

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw ma za zadanie uregulowanie podstawowych problemów ujawnionych w trakcie dotychczasowego funkcjonowania ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).

Niniejsza nowelizacja ma na celu wprowadzenie zmian służących m.in. ułatwieniu ubezpieczonym korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez skrócenie czasu oczekiwania na ich wykonanie, wzmocnieniu nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia, eliminacji nieprawidłowości w przepływie środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wiele z wprowadzanych zmian ma charakter systematyzujący i porządkujący funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, że w związku z zaawansowaniem prac niemożliwe było ze względów proceduralnych włączenie do niniejszego projektu powstałej później propozycji zmian związanych z umożliwieniem Narodowemu Funduszowi Zdrowia dochodzenia roszczeń od sprawców wypadków komunikacyjnych, w wyniku których Narodowy Fundusz Zdrowia poniósł koszty na leczenie ofiar wypadków. W Ministerstwie Zdrowia opracowano zatem drugą nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zwaną „ustawą OC”. Fakt ten wymaga odnotowania, z uwagi na możliwe połączenie obu projektów na etapie prac parlamentarnych. Ponadto należy zauważyć, że w niniejszej nowelizacji dokonano ujednoczenia z projektem ustawy o OC przepisów dotyczących gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 118-129).

Do najbardziej istotnych zmian wprowadzanych niniejszą ustawą należą przepisy, których implikacja wynika z konieczności stosowania Dyrektywy Transparencyjności – dyrektywa Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycząca przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku

przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (Dz.Urz. WE L 40 z 11.02.1989, str. 8; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, str. 345).

Zestawienie przepisów prawa Unii Europejskiej, których wdrożenie jest celem projektu ustawy	
Dyrektywa Przejrzystości (dyrektywa 89/105/EWG)	Projekt ustawy o zmianie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz niektórych innych ustaw.
Art. 3 ust. 1	Art. 1 pkt 20g
Art. 6 ust. 1	Art. 1 pkt 23f,g
Art. 6 ust. 2	Art. 7 pkt 3b

Ponadto nowymi rozwiązaniami jest: wprowadzenie zakazu uzyskiwania i oferowania korzyści majątkowych z tytułu refundacji leków oraz odpowiedzialności karnej za te działania, ułatwienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej komбатantom, między innymi przez wprowadzenie możliwości uzyskania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania, wprowadzenie możliwości korzystania z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i usług farmaceutycznych poza kolejnością.

Szczegółowe uzasadnienie najważniejszych zmian:

1. W art. 1 pkt 17-21 projektu, dotyczącym zmian wprowadzanych do art. 36-39 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono zmiany wynikające z konieczności dostosowania regulacji dotyczących systemu refundacji do wymogów określonych w Dyrektywie Transparencyjności. Uwzględnienie regulacji zawartych w Dyrektywie Transparencyjności obejmuje zapewnienie przestrzegania terminów na rozpatrzenie wniosków o umieszczenie leku na wykazie leków refundowanych i ustalenie ceny dla produktu leczniczego lub wyrobu medycznego refundowanego, wprowadzenie możliwości skargi do sądu administracyjnego od decyzji odmawiającej wpisania produktu leczniczego na wykazy refundacyjne oraz wprowadzenie tzw. „milczącej zgody” –

w przypadku niepodjęcia rozstrzygnięcia w przewidzianym prawem terminie, w stosunku do wniosku o ustalenie ceny dla produktu leczniczego już znajdującego się na wykazach. W art. 7 ustawy o cenach dodano ust. 7a-7c, które precyzują, jakie rozstrzygnięcia może podjąć Minister Zdrowia, rozpatrując wnioski o wpisanie leku na wykazy refundacyjne i ustalenie cen urzędowych. Przepisy wskazują również, od jakich decyzji Ministra przysługuje skarga wnioskodawcy do sądu administracyjnego.

2. W art. 1 pkt 34 projektu wprowadza się zmianę do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającą na dodaniu przepisów art. 63a i 63b oraz stanowiącego ich konsekwencję przepisu art. 192a (art. 1 pkt 90 projektu). Szczegółowe zmiany polegają na wprowadzeniu trzech rodzajów zakazów:

- 1) przyjmowania korzyści majątkowej, jeżeli jej uzyskanie jest uzależnione bezpośrednio lub pośrednio od poziomu obrotu lekami lub wyrobami medycznymi, podlegającymi refundacji ze środków publicznych oraz od działań osób prowadzących obrót lekami lub wyrobami medycznymi, które mogą prowadzić bądź prowadzą do zwiększenia poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych, podlegających refundacji ze środków publicznych;
- 2) przyjmowania przez lekarzy lub felczerów posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia korzyści majątkowych, których uzyskanie jest uzależnione od działań tych osób, które bezpośrednio lub pośrednio prowadzą do zwiększenia poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych;
- 3) przyjmowania przez osoby zaopatrujące świadczeniodawcę w leki i wyroby medyczne oraz przez świadczeniodawców korzyści majątkowych, których uzyskanie uzależnione jest bezpośrednio lub pośrednio od zakupu leku lub wyrobu medycznego, podlegającego finansowaniu ze środków publicznych.

Regulacje powyższe mają na celu ograniczenie możliwości tworzenia mechanizmów kreowania popytu na leki refundowane, który nie jest uzasadniony względami medycznymi. W szczególności proponowane przepisy mają na celu zakazanie osiągania korzyści materialnych przez podmioty uczestniczące w

obrocie lekami oraz wyrobami medycznymi innymi niż określone przepisami ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o cenach. Obecnie stosowane uregulowania nie zapobiegają funkcjonowaniu mechanizmów dystrybucji opartych o zasadę, że czym wyższy poziom sprzedaży leków refundowanych, tym wyższe rabaty na leki i wyroby medyczne niepodlegające refundacji. Zgodnie z obecnie funkcjonującymi zasadami lek, którego refundacja kosztuje podatnika np. 2 000 zł i za który pacjent zgodnie z obowiązującymi przepisami powinien zapłacić nie więcej niż 3,20 zł apteka osiąga określoną przepisami marżę w wysokości 12 zł. Zasady te jednak ulegają wypaczeniu, w sytuacji kiedy hurtownia udziela aptece np. 10% rabatu na wszystkie zakupywane w niej leki i produkty farmaceutyczne pod warunkiem wykonania określonego poziomu sprzedaży w danym okresie. W opisanej sytuacji rzeczywisty poziom korzyści osiąganych przez aptekę wyniósłby znacznie więcej niż 200 zł, które apteka uzyskałaby w postaci zniżek w zakupach leków niepodlegających refundacji, a których nie uzyskałaby apteka nierealizująca danego poziomu sprzedaży. Powyższy mechanizm powoduje, że osiągnięcie poziomu sprzedaży umożliwiającego korzystanie z preferencyjnych marż jest najłatwiejsze do osiągnięcia przez zwiększanie poziomu sprzedaży leków refundowanych. Wynika to z faktu, że znacznie łatwiej osiągnąć poziom sprzedaży w wysokości 20 000 zł sprzedając 10 opakowań leku refundowanego, za który pacjenci zapłacą łącznie 32 zł, niż sprzedać za tę kwotę leki niepodlegające refundacji.

Stosowanie tych mechanizmów prowadzi do nasilania się sygnalizowanych w mediach patologii polegających na:

- 1) powstawaniu korupcyjnych układów na linii lekarz–apteka (stwierdzone wypadki wypisywania recept na leki refundowane na pacjentów nieistniejących) oraz zagrożenie nasilania się zjawiska wypisywania leków, których stosowanie ze względów klinicznych jest zbędne lub nawet szkodliwe;
- 2) wypłacaniu pacjentom przez apteki prowizji za realizację recept na drogie leki i wyroby medyczne podlegające refundacji, co skłania ich z kolei do wyłudzenia recept od kilku lekarzy jednocześnie, co dla wielu stanowi stałe, dodatkowe źródło dochodów;

- 3) powstawaniu „czarnego rynku” na leki i wyroby medyczne sfinansowane przez polskiego podatnika, którego wyrazem jest funkcjonowanie sektora z tymi lekami, np. masowy wywóz tych leków z Polski, zwłaszcza za wschodnie granice;
- 4) ponoszeniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia nieuzasadnionych potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa kosztów, których roczny poziom, w ocenie Ministra Zdrowia, przekracza kwotę jednego miliarda złotych.

Z powyższych względów celem proponowanych przepisów jest uniemożliwienie stosowania instrumentów marketingowych, w których na poziom korzyści uzyskiwanych przez aptekę wpływ ma poziom sprzedaży leków refundowanych oraz ograniczenie negatywnych zjawisk systemowych będących tego konsekwencją.

Proponowane regulacje mają również zastosowanie w obrocie lekami finansowanymi ze środków publicznych nieobjętych refundacją, co wpłynie na poprawę gospodarki lekami.

Zgodnie z zasadą wolności działalności gospodarczej, wynikającą z art. 22 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ograniczenie tej wolności jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Przedłożony projekt w pełni uzasadniony jest potrzebą ochrony interesu publicznego w sytuacji niedostatecznego poziomu finansowania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i ograniczonych środków na ratowanie zdrowia i życia obywateli. W tym kontekście istotne są przepisy art. 68 Konstytucji RP, zgodnie z którymi każdy ma prawo do ochrony zdrowia, natomiast obowiązkiem władz publicznych jest zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na warunkach i w zakresie określonym ustawą. Tym samym jest uzasadnione, aby środki podatnika przeznaczone na refundację leków i wyrobów medycznych ze względu na czynniki inne niż zdrowotne mogły być przeznaczone na rozszerzenie możliwości refundacji leków i wyrobów medycznych niezbędnych do ratowania zdrowia i życia obywateli – co jest obecnie ograniczone ze względu na brak środków finansowych. Podkreślenia wymaga, że stosowanie zasady swobody działalności gospodarczej podlega ograniczeniom w obrocie lekami i produktami

medycznymi we wszystkich państwach UE, a szczególnie ściśle reglamentowany jest obrót lekami i produktami medycznymi finansowanymi ze środków publicznych. Skuteczne zastosowanie proponowanych zmian wymaga wyposażenia Narodowego Funduszu Zdrowia w uprawnienie do żądania od apteki informacji o treści każdej umowy, w tym także uzgodnienia dokonanego w jakiegokolwiek formie między apteką a hurtownią farmaceutyczną, których celem jest zakup leków lub wyrobów medycznych. Konsekwencją uchylania się przez aptekę od obowiązku udostępnienia informacji będzie powiadomienie wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, który, korzystając z art. 103 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.), będzie mógł cofnąć zezwolenie na prowadzenie apteki. Stworzenie takiej możliwości zapewni skuteczne egzekwowanie proponowanych przepisów ze względu na ograniczoną i stosunkowo niewielką liczbę podmiotów zajmujących się hurtowym obrotem lekami i wyrobami farmaceutycznymi finansowanymi ze środków publicznych.

Określone w art. 192a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dodanym przez art. 1 pkt 90 projektu przestępstwa stanowią typ kwalifikowany łapownictwa biernego i czynnego, określonego w art. 228 i 229 k.k. i zagrożone są surowszą karą niż typ podstawowy. Typy kwalifikowane określone w projektowanym art. 192a ust. 1 i 2 zmienianej ustawy zagrożone są karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. W przypadku natomiast mniejszej wagi, sprawca czynu będzie podlegał grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Jeżeli sąd za przestępstwo określone w art. 192a ust. 1-3 orzeknie karę 3 lat pozbawienia wolności lub surowszą i motywacja sprawcy zasługuje na szczególne potępienie, to sąd może orzec środek karny w postaci pozbawienia praw publicznych (art. 40 § 2 k.k.).

W przypadku skazania za przestępstwo łapownictwa biernego (wszystkich typów), wskazane może być orzeczenie środka karnego w postaci zakazu wykonywania określonego zawodu (lekarza, farmaceuty) (art. 41 § 1 k.k.), a także sąd orzeka

przepadek np. pieniędzy lub innego przedmiotu stanowiącego obiekt łapówki (art. 44 § 1 i 2 k.k.).

Podkreślenia wymaga, że przedkładany projekt nie zabrania stosowania promocji, dla klientów aptek, polegających na obniżeniu wysokości ryczałtów i odpłatności za leki, co uzasadnione jest badaniami, z których wynika, że stosowanie tego typu promocji może wprawdzie wpływać na decyzję klienta o wyborze apteki, jednak nie prowadzi do kreowania sztucznego popytu na leki finansowane ze środków publicznych.

Wprowadzenie do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych projektowanych przepisów art. 63a, art. 63b oraz art. 192a nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa. Regulacja będzie pozytywnie wpływać na zachowanie uczciwej konkurencji między podmiotami prowadzącymi obrót produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi podlegającymi finansowaniu ze środków publicznych, co osiągnięte zostanie przez ograniczenie praktyk i zjawisk preferujących podmioty stosujące nadużycia w gospodarce lekami.

Przewiduje się, że projektowane regulacje pozwolą znacząco ograniczyć wydatki NFZ przeznaczone na finansowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Przepis art. 63c stanowi systemowe dopełnienie przepisów art. 63a i 63b, ograniczając możliwość stosowania praktyk preferujących cenowo jedne hurtownie względem innych w zakresie leków podlegających finansowaniu ze środków publicznych. Różnicowanie cen przez producentów oraz importerów dla wybranych przez siebie hurtowni umożliwi tym hurtowniom stosowanie praktyk, których dotyczą art. 63a oraz 63b. Ponadto różnicowanie cen powoduje ograniczenia faktycznej dostępności danego leku do tych hurtowni (i współpracujących z nimi aptek), które uzyskały najbardziej korzystne warunki cenowe. Stan ten prowadzi do sytuacji, gdy dostęp pacjenta do danego leku lub wyrobu medycznego finansowanego ze środków publicznych jest ograniczony na skutek warunków cenowych zaoferowanych przez producenta lub importera hurtowniom farmaceutycznym albo wręcz możliwy tylko w określonej aptece współpracującej z

konkretną hurtownią farmaceutyczną. Występowanie różnic w cenach na konkretny lek sięgające nawet kilkuset procent powoduje, że selektywna polityka cenowa producentów i importerów oraz hurtowni wobec aptek tworzy istotne ryzyko ekonomiczne dla aptek niezależnych od tych hurtowni. Wprowadzenie przepisu ograniczy ryzyko podmiotów prowadzących obrót lekami i wyrobami medycznymi, które na skutek zastosowania cen dumpingowych przez konkurencję stają przed wyborem podporządkowania się polityce danej hurtowni lub bankructwa. Proponowane przepisy wzmocnią ochronę rynku leków i wyrobów medycznych refundowanych ze środków publicznych przed praktykami dumpingowymi stosowanymi w celu przejmowania kontroli nad siecią dystrybucji. Jednocześnie istotnie wzmocnią skuteczność stosowania przepisów ustawowych przeciwdziałających faktycznemu przejmowaniu kontroli przez hurtownie nad aptekami, co uznane zostało przez ustawodawcę za istotne zagrożenie interesów pacjenta. Podkreślić należy, że proponowane przepisy nie ograniczą konkurencji między poszczególnymi producentami i importerami, co wynika z faktu, że poza niektórymi lekami innowacyjnymi, które nie mają swoich odpowiedników, wszystkie pozostałe środki lecznicze posiadają po kilka lub kilkanaście równoważników. Nie ograniczą również konkurencji między hurtowniami, które będą mogły konkurować wysokością marż. Proponowane uregulowania są najbardziej korzystne dla tych producentów i importerów, którzy dla swojego produktu zaproponują cenę niższą niż konkurenci, co jest korzystne zarówno dla pacjenta, jak i podmiotów finansujących leki ze środków publicznych. Proponowany przepis przyczyni się do zwiększenia dostępu do leków i wyrobów medycznych dla pacjentów oraz długofalowo – obniżenia cen na leki. Proponowane rozwiązania dotyczą zakresu, który nie znajduje bezpośredniej analogii w stosunku do innych segmentów rynku. Wynika to z faktu, że w przeciwieństwie do innych wyrobów decyzja o nabyciu leku nie jest wynikiem swobodnej decyzji konsumenta, lecz przymusem wynikającym ze stanu zdrowia pacjenta. Ponadto istotnym czynnikiem różnicującym jest znaczny udział środków publicznych w finansowaniu leków. Uzasadnia to funkcjonowanie wysokiego poziomu regulacji rynku farmaceutycznego we wszystkich państwach UE.

3. Projektowane zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmierzają ponadto do wzmocnienia nadzoru Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia, co uzasadnione jest koniecznością zapewnienia prawidłowości funkcjonowania instytucji odpowiedzialnej za zabezpieczenie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz koniecznością właściwego realizowania przez Ministra Zdrowia polityki zdrowotnej.

Większy wpływ Ministra Zdrowia na działalność Narodowego Funduszu Zdrowia zostanie również zapewniony przez zmianę w art. 1 pkt 69 projektu, dotyczącą wprowadzenia w art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych konieczności uzyskania przez Prezesa Funduszu opinii konsultantów krajowych dla projektów decyzji Prezesa związanych z określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Merytoryczny wkład konsultantów, powoływanych przez Ministra Zdrowia, pozwoli nie tylko na ocenę projektów pod kątem medycznym, ale zapewni jednocześnie wpływ na przebieg procesu zawierania umów, gwarantując jego prawidłowość.

Istotne wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia zapewni ponadto zmiana w art. 1 pkt 79 projektu, dotycząca projektowanego art. 168a, który w znacznej mierze rozszerza kompetencje nadzorcze ministra w zakresie pracy organów Funduszu, wyposażając go w uprawnienia do zwoływania posiedzeń, ustalania porządku obrad, zobowiązania organów Funduszu do podejmowania określonych działań.

4. W zakresie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projekt jednocześnie określa spójny sposób rozpoznawania spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego oraz, eliminując wątpliwości interpretacyjne, odsyła w zakresie nieuregulowanym w ustawie odpowiednio do przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego. W art. 109 nie dokonywano zmian w przedmiocie organu rozpatrującego indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Pozostawiono te sprawy w kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Potrzeby zdrowotne ubezpieczonych realizuje nowelizowany przepisem art. 1 pkt 28 art. 49 ustawy, który ma na celu ułatwienie obywatelom dokumen-

towania prawa do świadczeń i ochronę prawną Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Projektowana ustawa jednocześnie realizuje interesy świadczeniodawców, dokonując przepisem art. 1 pkt 35 stosownych zmian w art. 64 ust. 6a-6c. Dodając powyższe przepisy, ustawa wyposaża świadczeniodawców w prawo do zgłaszania zastrzeżeń do protokołu z kontroli, przeprowadzanej w oparciu o przepisy ustawy.

Szczegółowe uzasadnienie pozostałych zmian:

1. Artykuł 1 pkt 1 projektu zakłada zmianę w art. 2 ust. 1 polegającą na dodaniu pkt 3, zgodnie z którym prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będą miały osoby, które nie ukończyły 18. roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu. W ten sposób przeniesiono dotychczasowe brzmienie art. 13 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do art. 2, co uzasadnione jest względami technicznymi, albowiem projektowany art. 2 zawiera przez to pełny katalog osób uprawnionych do świadczeń przysługujących na podstawie ustawy. Jednocześnie w powyższym przepisie wyraz „świadczeniobiorca” zastąpiono wyrazem „osoba”, dzięki czemu zostały usunięte pojawiające się wątpliwości na temat zakresu podmiotowego osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących zgodnie z tymi przepisami. W trakcie stosowania przepisów ustawy wystąpiły bowiem wątpliwości, czy kobiety w ciąży i dzieci, o których mowa w dotychczasowym art. 13, muszą spełniać wymogi określone w art. 8 ustawy o pomocy społecznej (kryteria dochodowe). Należy przy tym podkreślić, że niewątpliwą intencją ustawodawcy było objęcie wszystkich kobiet w ciąży, w okresie porodu i połogu oraz dzieci – obywateli polskich bezpłatną opieką medyczną. Wniosek taki wypływa również z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wprowadzana zmiana ma rozwiązać wszelkie wątpliwości, tak aby całkowicie wyjaśnić, że prawo do bezpłatnych świadczeń przysługuje wszystkim kobietom w ciąży, okresie porodu i połogu oraz dzieciom – obywatelom polskim niezależnie od

podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu czy spełnianiu kryteriów dochodowych i majątkowych.

2. Proponuje się w projekcie wprowadzenie zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegających na wykreśleniu w art. 3 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4, ust. 2 pkt 1, 2, 4, 5 (art. 1 pkt 2 projektu), art. 5 pkt 23 (art. 1 pkt 3 lit. e projektu), art. 25 ust. 2 (art. 1 pkt 14 projektu), art. 26 ust. 2 pkt 1 (art. 1 pkt 15 projektu) oraz art. 51 ust. 1, 3 (art. 1 pkt 29 projektu) sformułowania „(...) strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (...)”. Obecne brzmienie, z uwagi na wejście w życie w dniu 1 kwietnia 2006 r. decyzji Rady z dnia 27 lutego 2006 r. (2006/245/WE) w sprawie przyjęcia w imieniu Wspólnoty Europejskiej i jej Państw Członkowskich Protokołu do Umowy między Wspólnotą Europejską i Państwami Członkowskimi z jednej strony a Konfederacją Szwajcarską z drugiej strony w sprawie swobodnego przepływu osób, jest nieaktualne. Do krajów EFTA poza państwami UE należą bowiem Lichtenstein, Norwegia i Islandia (kraje Porozumienia EOG) oraz Szwajcaria (strona ww. protokołu). W związku z powyższym, wszystkie kraje EFTA (w tym także Szwajcaria) objęte zostają wspólnotowym mechanizmem koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
3. W art. 1 pkt 3 projekt wprowadza także zmianę w art. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczącą:
 - 1) pkt 13 – definicji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz jednocześnie regulacji przejściowej w art. 13 projektowanej ustawy, która stanowi konsekwencję zaproponowanej zmiany w pkt 13. Proponowane zmiany wynikają z konieczności zapewnienia pełnej zgodności z przepisami prawa Unii Europejskiej, tj. dyrektywy Rady 93/16/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. mającej na celu ułatwienie swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (Dz.Urz. WE L 165 z 07.07.1993, str. 1, z późn. zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz., 6, t. 2, str. 86, z późn. zm.). Proponowana zmiana tego punktu ma na celu dostosowanie do art. 36 dyrektywy 93/16/EWG, nakładającego na państwa członkowskie Unii Europejskiej obowiązek zapew-

nienia, by udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej było uzależnione od posiadania specjalistycznych kwalifikacji w dziedzinie medycyny rodzinnej (ang. general medical practice), uzyskanych w wyniku kształcenia spełniającego wymogi prawa wspólnotowego. Zakres podmiotowy tej regulacji, tj. oznaczenie kręgu osób, które po wejściu w życie proponowanych przepisów będą mogły udzielać świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, został określony po przeprowadzeniu konsultacji społecznych i przyjęciu propozycji przedstawionej przez Naczelną Radę Lekarską. Dodanie lekarza – specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej wiąże się z przepisem § 20¹⁴ zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz.Ur. MZiOS Nr 3, poz. 19, z późn. zm.), zgodnie z którym specjalizacja II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej została uznana za równorzędną ze specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Przyznanie lekarzom odbywającym specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej uprawnienia do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej jest zgodne z art. 36 ust. 1 zd. 2 dyrektywy 93/16/EWG. Zasadniczym celem wprowadzanych zmian jest ograniczenie dotychczasowego kręgu lekarzy uprawnionych do wykonywania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i wprowadzenie w to miejsce zamkniętego katalogu, co w konsekwencji zapewni pełną zgodność z przepisami dyrektywy 93/16/EWG. Tym samym wprowadzane przepisy uniemożliwią w przyszłości lekarzom, odbywającym obecnie szkolenia specjalistyczne w innej dziedzinie niż medycyna rodzinna, udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W wyniku nowelizacji przedmiotowych przepisów zasadniczą kwalifikacją, niezbędną do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej będzie specjalizacja w zakresie medycyny rodzinnej. Uzyskanie tej specjalizacji jest ułatwione przez uznanie medycyny rodzinnej za dziedzinę priorytetową (vide: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe;

Dz. U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7) oraz przez kierowanie do niej znaczącej liczby etatów rezydenckich.

Zgodnie z intencją dyrektywy 93/16/EWG świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej. Z uwagi jednak na fakt, że tak w Polsce, jak i w wielu krajach Unii Europejskiej nie jest możliwe zabezpieczenie wykonywania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie przez lekarzy specjalistów w zakresie medycyny rodzinnej, dyrektywa pozwala na pewne odstępstwa od tej zasady.

Dlatego przedmiotowy przepis dyrektywy dopuszcza utrzymanie dotychczasowych uprawnień do udzielania wyżej wymienionych świadczeń zdrowotnych przez osoby nieposiadające wymaganych kwalifikacji specjalistycznych, przyznając im tzw. prawa nabyte. W związku z powyższym proponuje się wprowadzenie przepisu przyznającego uprawnienia pod warunkiem posiadania odpowiedniego doświadczenia zawodowego.

Długość okresu doświadczenia zawodowego pozwalającego na zachowanie uprawnień do udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej została przyjęta zgodnie ze stanowiskiem Nr 64/04/IV z dnia 17 września 2004 r. Naczelnej Rady Lekarskiej, która samodzielnie określiła powyższe okresy po szerokich konsultacjach ze środowiskiem medycznym. Proponowane przepisy mają na celu zarówno określenie lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – z którymi Fundusz może zawrzeć umowę o udzielanie takich świadczeń – w taki sposób, aby liczba lekarzy była wystarczająca do potrzeb, jak i aby umowy te nie były zawierane z lekarzami, którzy udzielali świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez krótki okres czasu i nie zamierzają dalej udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach tego systemu.

Powyższe rozwiązania sankcjonują obecnie obowiązujący stan, tworząc precyzyjne zasady uznania praw nabytych osób udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w chwili obecnej, a równocześnie zabezpieczają przed udzielaniem w przyszłości świadczeń z zakresu

podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy do tego nieuprawnionych, tj. nieposiadających specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej.

Należy zaznaczyć, że rozwiązania przyjęte w art. 13 niniejszego projektu ustawy, stwarzają możliwość Narodowemu Funduszowi Zdrowia zawierania umów o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzami, którzy w dniu wejścia w życie ustawy będą udzielali tego typu świadczeń. Rozwiązanie to ma zapewnić Funduszowi zabezpieczenie udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez odpowiednią do potrzeb liczbę lekarzy oraz umożliwić lekarzom, którzy nie spełniają warunków określonych w art. 13 niniejszego projektu, uzupełnienie wymaganego okresu doświadczenia zawodowego;

- 2) pkt 14a – na potrzeby zmiany, o której mowa w art. 1 pkt 58 projektu ustawy, dotyczącej art. 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, po pkt 14 dodano pkt 14a, zawierający definicję migracji ubezpieczonych. Zmiana wynika z konieczności zapewnienia efektywnego i racjonalnego planowania środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasad uruchamiania rezerwy, dla spójności i przejrzystości treści i systematyki ustawy;
- 3) pkt 15a zawierającego definicję Narodowego Rachunku Zdrowia, w związku z powierzeniem Prezesowi Głównego Urzędu Statystycznego ustawowego zadania, związanego ze sporządzaniem Narodowego Rachunku Zdrowia, który – stosownie do projektowanego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisu art. 11 ust. 1a (art. 1 pkt 5 projektu) będzie uwzględniany przez ministra właściwego do spraw zdrowia przy obliczaniu kosztów średnich w sytuacjach, o których mowa w art. 94 i 95 rozporządzenia (EWG) nr 574/72.

W projektowanej definicji uwzględniono międzynarodową klasyfikację wydatków na ochronę zdrowia (International Classification for Health Accounts – ICHA),

opracowaną przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), stanowiącą podstawę rachunku, a także nadrzędne zasady, jakie powinny być uwzględnione przy sporządzeniu powyższego zestawienia;

- 4) pkt 20, tj. zmiany definicji osoby pobierającej emeryturę lub rentę, która ma charakter porządkujący. Wprowadzie przepisy ustawy (dział IV: Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu. rozdz. 1: Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozdz. 2: Składki na ubezpieczenie zdrowotne) w art. 75 ust. 1 oraz art. 85 ust. 9 wskazują płatnika składki na ubezpieczenie zdrowotne od emerytury lub renty transferowanej do Polski z zagranicy, tj. bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy, co wskazuje na jasne intencje ustawodawcy zmierzające do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego tej grupy osób. Jednakże w celu uniknięcia wątpliwości prawnych związanych z podleganiem obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby mieszkające w Polsce, a otrzymujące – najczęściej za pośrednictwem banku – świadczenia emerytalno-rentowe z innych państw członkowskich UE lub EFTA albo z państw trzecich, w świetle obecnie obowiązującej definicji osoby pobierającej emeryturę lub rentę, proponuje się zmianę tego przepisu przez uzupełnienie ww. definicji o osoby otrzymujące emeryturę lub rentę z zagranicy;
- 5) pkt 25, tj. zmiany definicji pielęgniarki, w której dodano – wśród specjalizacji – pielęgniarstwo zachowawcze. Zrezygnowano jednocześnie w definicji ze sformułowania „w ochronie zdrowia pracujących”. Uzasadniając tę zmianę, wskazać należy, że pielęgniarka ze specjalnością z zakresu pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących nie jest członkiem zespołu interdyscyplinarnego podstawowej opieki zdrowotnej w myśl założeń rozwoju medycyny rodzinnej w Polsce, natomiast jest osobą współpracującą z tym zespołem zgodnie z założeniami medycyny „zintegrowanej”. Dotychczas przyjęte rozwiązania organizacyjno-prawne w ochronie zdrowia nad pracującymi wyraźnie zostały wyłączone ze świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, a ich sposób finansowania określają odrębne przepisy. Podobnie nie znajdowały odzwierciedlenia w wojewódzkich planach zdrowotnych na rok 2006;

- 6) pkt 32, tj. zmiany definicji przepisów o koordynacji zawartej w słowniczku, która ma na celu doprecyzowanie, że rozumie się przez to dodatkowo również decyzje m.in. Komisji Administracyjnej do Spraw Zabezpieczenia Społecznego, które określają wzór Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz wzory innych formularzy, którymi posługują się instytucje poszczególnych państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego w celu prawidłowego zapewnienia praw osób przemieszczających się w ich granicach w zakresie świadczeń zdrowotnych;
 - 7) pkt 41, w którym dokonano redakcyjnej zmiany w definicji świadczeniodawcy. Propozycja polega na wykreśleniu z obowiązującego przepisu sformułowania „o której mowa w art. 50a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.)” i jest konsekwencją uchylecia wspomnianego przepisu przez ustawę z dnia 25 listopada 2004 r. o zmianie ustawy o finansach publicznych oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 273, poz. 2703).
4. W art. 1 pkt 4 projektu dokonano m.in. zmiany w art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponowana zmiana wynika ze względów praktycznych. W dotychczasowym brzmieniu ustawy przepis zawarty w punkcie 3 nakładał na wojewodę obowiązek przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kwartalnych informacji o programach zdrowotnych do 15 dnia miesiąca następującego po zakończeniu danego kwartału. W ocenie Ministerstwa Zdrowia nie ma potrzeby otrzymywania sprawozdań z realizacji programów zdrowotnych częściej niż raz w roku. Czas realizacji programów zdrowotnych na terenie województw często wynosi pół roku, a nawet rok, wobec czego w znaczącej liczbie sprawozdań w dwóch, trzech kwartałach informacje na temat realizowanych programów powtarzały się, z wyjątkiem ilości wydatkowanych środków finansowych i liczby zrealizowanych zadań. Niemniej w tak krótkich odstępach czasu i tak szczegółowe informacje nie wydają się konieczne dla Ministra Zdrowia. Dopiero po zakończeniu realizacji całego programu można było dokonać całościowej analizy tych sprawozdań. Ponadto kwestię tę podnosiły również jednostki samorządu terytorialnego, które

przygotowują dla wojewody powyższe informacje. W proponowanej zmianie wprowadzono obowiązek przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz programach zdrowotnych planowanych na ten rok. Przekazywanie tych danych raz w roku przyczyni się do otrzymywania konkretnych informacji przez Ministra Zdrowia, co wpłynie dodatnio na sposób realizacji polityki zdrowotnej państwa. Zmiana ta odciąży też wojewodów i samorządy terytorialne od tworzenia zbędnych danych.

Wprowadzono ponadto w art. 10 w ust. 2 i 3 powyższej ustawy (oznaczając dotychczasową treść jako ust. 1) określenie zakresu informacji dotyczących programów zdrowotnych, a także delegację do wydania rozporządzenia określającego sposób przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzór stosownych dokumentów, zawierających te informacje. Dzięki wydaniu tego rozporządzenia zostaną usunięte występujące w praktyce wątpliwości na temat zakresu i sposobu przekazywanych danych, a minister właściwy do spraw zdrowia uzyska pełną wiedzę na temat realizowanych na terenie kraju programów zdrowotnych, co umożliwi podejmowanie stosownych działań w tym zakresie.

5. W art. 1 pkt 5 projektu ustawy (zmiana w art. 11 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) dodano pkt 4a, w którym do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia dodano finansowanie świadczeń wynikających z art. 15 ust. 3 powyższej ustawy oraz innych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

W art. 11 ust. 1 pkt 9 powyższej ustawy oraz w konsekwencji także w art. 102 ust. 5 pkt 11 tej ustawy (zmiana z art. 1 pkt 52 projektu) wprowadzono zmianę polegającą na włączeniu informacji o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do sprawozdania z działalności Funduszu.

Ten jednolity dokument podlegać będzie przedłożeniu Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej przez Ministra Zdrowia w trybie określonym w art. 187, w terminie do dnia 31 sierpnia roku następnego. Informacja o dostępności faktycznie obecnie jest elementem sprawozdania z działalności Funduszu, zatem bezzasadne jest jej odrębne przedstawianie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej w terminie do dnia 30 czerwca (obecnie wynika to z art. 11 ust. 1 pkt 9), skoro zgodnie z art. 187 ust. 2 sprawozdanie z działalności przedstawiane jest Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej w terminie nie późniejszym niż koniec lipca.

W art. 11 po ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych proponuje się ponadto dodanie ust. 1a-1d, które nakładają na Ministra Zdrowia dodatkowe zadanie związane ze stosowaniem wspólnotowych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, a polegające na obliczaniu średnich kosztów, o których mowa w przepisach art. 94 i 95 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72. Zgodnie z przepisami art. 36 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez instytucję państwa członkowskiego na rachunek instytucji innego państwa członkowskiego, zgodnie z przepisami rozdziału I: Choroba i macierzyństwo ww. rozporządzenia, podlegają zwrotowi w całości. Zwroty odbywają się między instytucjami właściwymi (ubezpieczeniowymi) państw członkowskich Wspólnoty, w trybie przewidzianym przez rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72, bądź na podstawie udokumentowanych rzeczywistych wypłat (kosztów rzeczywistych), bądź na podstawie ryczałtu (kosztów średnich). Ryczałty mają zapewnić zwrot kwot możliwie najbliższych rzeczywiście poniesionym wydatkom. W Polsce kompetencje instytucji właściwej w rozumieniu wspólnotowych przepisów o koordynacji przysługują Narodowemu Funduszowi Zdrowia z 16 oddziałami wojewódzkimi. Większość wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej w systemie koordynacji jest ponoszona i rozliczana przez Fundusz. Obowiązek obliczania średniego kosztu rocznego na rodzinę oraz średniego kosztu rocznego na emeryta lub rencistę nałożono jednakże na ministra właściwego do spraw zdrowia. Powyższy przepis uzasadniony jest koniecznością zgromadzenia danych z możliwie wszystkich źródeł finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Powierzenie kompetencji do obliczenia kosztu średniego wynika z roli Ministra Zdrowia w systemie opieki zdrowotnej oraz pełnienia przez niego funkcji władzy, co pozwala zgromadzić potrzebne dane od wszystkich instytucji dysponujących stosownymi informacjami. Powyższa regulacja uzasadniona jest także koniecznością sprawowania przez Ministra Zdrowia nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, a obliczanie kosztu średniego – pełniące niezwykle ważną rolę – jest jedną z form realizowania powyższych kompetencji nadzorczych. Zasady kalkulacji kosztów średnich regulują przepisy art. 94 i 95 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72. Przedmiotowa kalkulacja posłuży do rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terytorium Polski osobom ubezpieczonym w pozostałych państwach członkowskich Wspólnoty, tj. mieszkającym w Polsce członkom rodzin pracowników najemnych lub osób prowadzących działalność na własny rachunek w innych państwach członkowskich oraz mieszkającym w Polsce emerytom/rencistom z innych państw członkowskich i członkom ich rodzin, w ramach mechanizmu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Wysokość kosztów średnich i związana z nimi wysokość przychodów polskiego systemu ochrony zdrowia zależy w dużym stopniu od zidentyfikowania wszystkich publicznych źródeł finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce i włączenia ich w przedmiotową kalkulację. Im niższy koszt średni, tym mniej środków finansowych Polska otrzyma w ramach zwrotu za leczenie tych osób w Polsce. Ze względu na wagę problemu oraz z uwagi na fakt, że w interesie Polski leży ujęcie wszystkich źródeł finansowania rzeczowych świadczeń zdrowotnych do kalkulacji ich kosztów średnich, proponuje się współpracę międzyresortową w zakresie naliczania kosztów średnich przez nałożenie obowiązku udzielania nieodpłatnie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Głównemu Urzędowi Statystycznemu informacji koniecznych do obliczeń na podmioty wymienione w art. 1 pkt 5 lit. b. projektu ustawy.

W powyższych obliczeniach uwzględniany będzie Narodowy Rachunek Zdrowia. W celu ustawowego zagwarantowania sporządzania i publikowania Narodowego Rachunku Zdrowia, w projektowanym przepisie art. 11 ust. 1c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

zaproponowano zapis, że Narodowy Rachunek Zdrowia stanowi badania prowadzone na zasadzie obowiązku w rozumieniu art. 7 ustawy o statystyce publicznej. Jednocześnie dla precyzyjnego określenia zakresu danych, jakie mają być wzięte pod uwagę przy wyliczeniu kosztów średnich, w projektowanym przepisie art. 11 ust. 1d powyższej ustawy wprowadza się uszczegółowienie pojęcia „świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”.

Narodowy Rachunek Zdrowia jest zintegrowanym systemem ujmującym wydatki na ochronę zdrowia w sposób wszechstronny. Podstawę tego systemu rachunku stanowi międzynarodowa klasyfikacja wydatków na ochronę zdrowia, na podstawie której można określić wszystkie źródła finansowania oraz przedmiot finansowania. Narodowy Rachunek Zdrowia jest jedyną publikacją w Polsce, która umożliwi zidentyfikowanie wszystkich źródeł finansowania ochrony zdrowia. Sporządzanie corocznie i publikowanie przez GUS Narodowego Rachunku Zdrowia spowoduje, że zostanie spełniony warunek, że kalkulacja średnich kosztów zostanie sporządzona w oparciu o publikowane, rzetelne i ogólnie dostępne dane.

W art. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmieniono ponadto ust. 2 pkt 2, dodając obok kompetencji ministra właściwego do spraw finansów publicznych do zatwierdzania sprawozdania finansowego Funduszu, kompetencję w zakresie przedkładania tego sprawozdania wraz z opinią ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym organ zatwierdzający sprawozdanie finansowe byłby odpowiedzialny za przedstawienie tego sprawozdania Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej. Obecnie za przedstawienie tego sprawozdania odpowiada Minister Zdrowia, który jednocześnie nie ma wpływu na termin zatwierdzenia sprawozdania finansowego, co w świetle obowiązujących obecnie przepisów pozostaje w gestii Ministra Finansów.

6. Proponowana w art. 1 pkt 6 projektu ustawy zmiana w zdaniu wstępnym w art. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegająca na wykreśleniu wyrazu „świadczeniobiorcom” ma na celu jasne i przej-

rzyste określenie i wyeliminowanie pojawiających się na gruncie obecnie obowiązujących przepisów wątpliwości interpretacyjnych związanych z ustalaniem uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej osób korzystających z tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, powołanych w art. 12 pkt 1-8. Jednocześnie uchylenie pkt 1 w dotychczasowym art. 12 i dodanie w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 12a (art. 1 pkt 7 projektu ustawy) w proponowanym brzmieniu, zmierza do jasnego określenia zakresu uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących osobom pozbawionym wolności.

Zmiana ta jednoznacznie przesądza o tym, że do osób pozbawionych wolności będą stosowane przepisy tej ustawy, dotyczące wyłącznie zasad i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej. Podstawą ich uprawnień do świadczeń nie będą zatem przepisy powyższej ustawy, a przepisy Kodeksu karnego wykonawczego. W związku z tym, że przepisy k.k.w. nie zakładają uprawnień osób pozbawionych wolności do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, odpowiednie uregulowanie zostało wprowadzone do art. 25 (art. 1 pkt 14 projektu), art. 26 (art. 1 pkt 15 projektu) i art. 97 (art. 1 pkt 49 projektu) projektowanej ustawy. Różnicowanie uprawnień osób pozbawionych i niepozbawionych wolności w tej mierze nie znajdowałoby racjonalnego uzasadnienia.

7. Zmiana w art. 1 pkt 8 projektu, polegająca na usunięciu przepisu ust. 1 w art. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest konsekwencją zmian wprowadzonych w art. 2. Jednocześnie proponowane nowe brzmienie art. 13 zmierza do jednoznacznego i przejrzystego określenia źródeł finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie ustawy.

Jednocześnie zmiana dokonana w art. 1 pkt 9 projektu, polegająca na dodaniu przepisu art. 13a w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika z rezygnacji z dotychczasowego przepisu art. 13 ust. 4, konieczności określenia w drodze rozporządzenia Rady Ministrów sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej dla określonej

kategorii osób oraz z konieczności dostosowania powyższego przepisu do zmian proponowanych w projekcie do art. 2 ust. 1 pkt 3 i 12a powyższej ustawy.

8. W art. 1 pkt 10 projektu, dotyczącym nowelizowanego art. 15 ust. 2, wyodrębniono wyraźnie opiekę paliatywną, oddzielając ją od świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Zmiana jest uzasadniona charakterem opieki paliatywnej. Opieka paliatywna jest opieką specjalistyczną. Włączenie jej do opieki długoterminowej powoduje niekorzystne skutki finansowe i chaos organizacyjny (np. koszt osobodnia w jednostce opieki paliatywnej/hospicyjnej jest wyceniany na 15 pkt, w jednostce opieki długoterminowej 6-8 pkt). Fakt, że niektóre oddziały w opiece długoterminowej kontraktują w Funduszu swoje usługi jako usługi paliatywne powoduje niewłaściwą alokację środków. Brak wyraźnego rozdzielenia opieki paliatywnej od długoterminowej (pielęgnacyjno-opiekuńczej) powoduje trudności w przestrzeganiu standardów, które są znacznie wyższe w opiece paliatywnej w porównaniu z opieką długoterminową, co odbija się na jakości świadczeń.
9. Wprowadzono ponadto przepisem art. 1 pkt 11 projektu zmianę do art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą świadczeniobiorca będzie uprawniony do uzyskania bezpłatnego orzeczenia lub zaświadczenia lekarskiego, związanego z orzecznictwem o niepełnosprawności. W świetle obowiązujących przepisów świadczeniobiorca był uprawniony do uzyskania takiego bezpłatnego zaświadczenia związanego m.in. z niezdolnością do pracy, zaś za orzeczenia związane z niepełnosprawnością zobowiązany był ponieść opłatę. Ponieważ różnicowanie uprawnień i obowiązków spoczywających na świadczeniobiorcach w tym zakresie należy uznać za nieuzasadnione i niecelowe, wprowadzono przedmiotową zmianę.
10. Przepisem art. 1 pkt 12 projektu ustawy wprowadzono zmianę w art. 21 w ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – zapisano, że okresowemu badaniu przez zespół oceny przyjęć podlegają listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale. W zakładach opieki zdrowotnej udzielających świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej listy oczekujących będą oceniane przez

kierownika świadczeniodawcy, ale nie będą dokonywali ich oceny (dotyczy to indywidualnych praktyk lekarskich). Wprowadzenie możliwości dokonywania oceny list oczekujących przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej uzasadnione jest brakiem konieczności powoływania zespołów oceny poza szpitalami, odejściem od biurokratyzowania procedur i ma na celu dobro pozostałych świadczeniodawców. W przypadku indywidualnych praktyk lekarskich ocena listy dokonywana będzie przez świadczeniodawcę. Dodatkowo w art. 21 powyższej ustawy dodano ust. 2a dotyczący możliwości powołania do zespołu oceny przyjęć przedstawiciela rady społecznej zakładu opieki zdrowotnej posiadającego ze względu na zakres obowiązków wykształcenie medyczne. Zmiana powyższa uzasadniona jest koniecznością zwiększenia przejrzystości funkcjonowania zespołu. Zmiana w ust. 4 wynika ze znowelizowanego brzmienia ust. 1 ustawy.

11. W art. 1 pkt 13 wprowadzono zmianę w art. 23 ust. 1, dotyczącą zakresu informacji przekazywanych przez świadczeniodawców prowadzących listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z projektem będą to dane o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania sporządzone w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 oraz numer PESEL świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, a w przypadku gdy świadczeniobiorcy nie nadano tego numeru, rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość. Proponowany przepis zapewni właściwą identyfikację nie tylko ubezpieczonych ale także innych świadczeniobiorców (w tym osoby bezdomne przez inne aniżeli numer PESEL dokumenty stwierdzające tożsamość). Dzięki temu rozwiązaniu realne stanie się monitorowanie przez Fundusz obecności poszczególnych świadczeniobiorców na kilku listach oczekujących na to samo świadczenie jednocześnie oraz monitorowanie rodzajów świadczeń wykazywanych na listach oczekujących. Prawidłowa i kompleksowa identyfikacja osób na listach oczekujących ma w założeniu skrócić okres oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz umożliwić zapewnienie lepszego planowania nakładów finansowych na określone typy świadczeń.

12. Proponowane zmiany w przepisach art. 25 ust. 1 (art. 1 pkt 14 projektu) i art. 26 ust. 1 (art. 1 pkt 15 projektu) mają na celu wprowadzenie terytorialnego podziału kompetencji między Ministrem Zdrowia a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kierowania na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju.

Zgodnie z proponowanym w art. 1 pkt 15 brzmieniem art. 26 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł kierować świadczeniobiorców oraz osoby odbywające karę pozbawienia wolności na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych, których nie wykonuje się w kraju oraz w państwach członkowskich UE, do państw trzecich, tj. państw niebędących członkiem Wspólnoty Europejskiej. W ten sposób kompetencje do kierowania tych osób na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, których nie wykonuje się w Polsce, pozostaną w gestii ministra właściwego ds. zdrowia.

Natomiast Prezes Funduszu (art. 25) będzie mógł wydawać, na wniosek podmiotów wskazanych w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w innych państwach członkowskich UE, zarówno w przypadku tych świadczeń opieki zdrowotnej, które nie są wykonywane w kraju, jak i tych, których świadczeniobiorca nie może otrzymać w terminie zwykle niezbędnym, uwzględniając przepisy wspólnotowe dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzeń 1408/71 i 574/72). Doprecyzowano, że uprawnienia te obejmują również osoby odbywające karę pozbawienia wolności.

Uzasadnieniem dla wprowadzenia tej zmiany jest potrzeba wprowadzenia jednolitych zasad wydawania świadczeniobiorcom zgody na planowane leczenie w innych państwach członkowskich UE/EFTA (posługiwanie się tym samym formularzem E 112) oraz zasad rozliczania ich kosztów między instytucjami państw członkowskich, uregulowanych w przepisach wspólnotowych.

Obecnie rozliczaniem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, na przeprowadzenie których świadczeniobiorca uzyskał skierowanie Ministra Zdrowia (tj. niewykonywanych w kraju) zajmuje się w imieniu Ministra Zdrowia Biuro Rozliczeń Międzynarodowych. Rozliczenia odbywają się bezpośrednio między BRM a

świadczeniodawcami. Ich podstawą są faktury wystawione przez zagraniczną placówkę opieki medycznej. W systemie koordynacji świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania takich samych cen świadczeń w odniesieniu do obywateli innych państw WE, jakie są stosowane wobec obywateli w państwie, w którym świadczenie zostało wykonane. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że za świadczenia udzielane poza systemem koordynacji budżet państwa ponosi wyższe koszty niż te, które system opieki zdrowotnej poniósłby, gdyby te świadczenia były realizowane i rozliczane zgodnie z przepisami wspólnotowymi (tj. na podstawie formularzy E 112 i E 125).

Wprowadzono również rozwiązania umożliwiające Prezesowi Funduszu wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu sanitarnego z przyczyn medycznych lub finansowych (obecnie Prezes nie ma prawnych możliwości pokrycia kosztów transportu ubezpieczonego do Polski, nawet jeżeli koszty leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w Polsce). Od decyzji Prezesa Funduszu będzie przysługiwała stronie skarga do sądu administracyjnego.

13. Przepisem art. 1 pkt 16 projektu ustawy wprowadzono do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepis art. 34a, który nakłada na lekarza lub felczera wystawiającego receptę obowiązek wpisania na recepcie numeru PESEL świadczeniobiorcy albo numeru dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w razie jego braku – numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość. Zaproponowane rozwiązanie umożliwi prawidłową weryfikację i identyfikację osób uprawnionych do leków i wyrobów medycznych na podstawie ustawy oraz zagwarantuje prawidłowy obrót produktami leczniczymi.
14. Przepisem art. 1 pkt 17 projektu ustawy dokonano ponadto zmiany w art. 36 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która polega na doprecyzowaniu brzmienia ust. 4 i 6, a także art. 37 ust. 3 powyższej ustawy oraz art. 5 ust. 4b ustawy o cenach przez wprowadzenie zmian wynikających z konieczności dostosowania polskich przepisów dotyczących systemu refundacji do Dyrektywy Transparencyjności (89/105 EWG). W powyższych przepisach określa się, że wykazy refundacyjne są aktualizowane nie

rzadziej niż co 90 dni. Ponadto w art. 36 w ust. 5 oraz w art. 37 w ust. 2 powyższej ustawy oraz w art. 5 ust. 4 ustawy o cenach uzupełniono treść upoważnień do wydania rozporządzeń dotyczących wykazów leków refundowanych. Wskazano, że Minister Zdrowia określając wykazy leków refundowanych, bierze pod uwagę stanowiska wyrażone przez Zespół do Spraw Gospodarki Lekami. Odniesienie się do stanowisk Zespołu w wytycznych do wydawania rozporządzeń ma na celu podkreślenie roli Zespołu w kształtowaniu wykazów.

15. Przepisem art. 1 pkt 18 projektu wprowadzono zmiany w art. 37 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynikające z konieczności dostosowania polskich przepisów dotyczących systemu refundacji do Dyrektywy Transparencyjności (89/105 EWG) (pkt 14 uzasadnienia).
16. Dodatkowo, przepisem art. 1 pkt 19 projektu dokonano zmiany w art. 38 ust. 4-6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiana w ust. 4 umożliwia świadczeniobiorcy zażądanie od apteki wydania innego leku niż wydany na receptę, co umożliwia niejednokrotnie zakup innego leku o tym samym zastosowaniu po niższej cenie po konsultacji z apteką. Jednocześnie zmiana zaproponowana w ust. 5 art. 38 powyższej ustawy precyzuje, że o identyczności leku nie decyduje wyłącznie nazwa międzynarodowa, lecz także dawka, wielkość i droga podania. Zmiana w ust. 6 ma charakter porządkowy i systematyzujący.
17. Przepisem art. 1 pkt 20 projektu ustawy dokonano zmiany w art. 39 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zmierza do ujednoczenia terminologii, związanej z określeniem podmiotów uprawnionych, zgodnie z ustawą – Prawo farmaceutyczne i ustawą o wyrobach medycznych, do złożenia do Ministra Zdrowia wniosku o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1, art. 37 ust. 2 pkt 2 powyższej ustawy. W art. 39 w ust. 1 wprowadza się zmianę polegającą na określeniu sztywnych terminów na składanie wniosków refundacyjnych. Ma to służyć jasnym i transparentnym zasadom rozpatrywania wniosków.
Proponowana zmiana w art. 39 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegająca na dodaniu ust. 1a-1c, zmierza do

sprecyzowania i uszczegółowienia procedury rozpoznawania wniosku, o którym mowa w art. 39 ust. 1. Projektowany ust. 1a jednoznacznie rozstrzyga pojawiające się w praktyce problemy, związane z określeniem, jak postępować w przypadku złożenia wniosku w terminie późniejszym niż określony w ust. 1. Ust. 1b jednoznacznie rozstrzyga o kolejności rozpoznawanych wniosków, zaś projektowany przepis ust. 1c wyposaża Ministra Zdrowia w kompetencję do weryfikacji pod względem zasadności pozostawiania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego na określonym wykazie, co uzasadnione jest koniecznością zapewnienia prawidłowej procedury w tym zakresie. Minister będzie dokonywał weryfikacji wykazów w drodze decyzji, od której będzie przysługiwała skarga do sądu administracyjnego.

Projektowana zmiana w ust. 2 w art. 39 powyższej ustawy zmierza do dostosowania treści wniosków, o których mowa w ust. 1, do aktualnych potrzeb. Rozszerzenie katalogu informacji, które powyższe wnioski powinny zawierać, wynika z konieczności zapewnienia bezpieczeństwa, rzetelności informacji i prawidłowej procedury, dostosowanej do wymogów praktyki.

Wprowadzono nowe elementy, jakimi są udowodniona dostępność do leku w chwili składania wniosku oraz zobowiązanie do zapewnienia ciągłości dostaw w przypadku umieszczenia leku na wykazach, a także kopia decyzji dopuszczenia do obrotu. Ma to zapobiec występowaniu na wykazach leków refundowanych tzw. leków duchów. Z wprowadzeniem nowych elementów we wnioskach refundacyjnych wiąże się zawarty w art. 10 projektu niniejszej ustawy przepis przejściowy.

Dodatkowo w art. 39 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych po ust. 2 dodaje się ust. 2a-2c, które wprowadzają zasadę odpłatności za wnioski o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 39 ust. 1. Opłaty będą wnoszone na rachunek urzędu obsługującego Ministra Zdrowia. Wprowadzenie opłat powinno przyczynić się do sprawnego rozpatrywania wniosków refundacyjnych.

Projektowane zmiany w art. 39 ust. 6 i 7 powyższej ustawy, a także wprowadzenie dodatkowych przepisów w proponowanych ust. 7a i 7b zmierzają do

jednoznacznego i precyzyjnego określenia procedury rozpatrywania przez Ministra Zdrowia wniosków, o których mowa w ust. 1, zaś delegacja dla Ministra Zdrowia, zawarta w zmienianym ust. 9, pozwoli ujednoczyć powyższą procedurę przez wprowadzenie wzoru wniosku, sposobu jego składania oraz formatu przekazywanych danych.

Ponadto w art. 39 wskazanej ustawy uchyla się ust. 5 i 8, dotyczące przekazywania wnioskodawcy stanowisk Zespołu oraz składania skargi do sądu administracyjnego. Usunięcie przepisów jest związane z wprowadzanymi przepisami art. 7 ust. 7a-7c do ustawy o cenach. Przedmiotowe zmiany mają na celu stworzenie spójnego, jednolitego systemu procedury oceny wniosków refundacyjnych w obydwu ustawach.

18. Przepisem art. 1 pkt 21 projektu dodano w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 39a-39c wprowadzające Rejestr Korzyści. Będą w nim ujawniane korzyści uzyskiwane przez członków wszystkich grup i zespołów, biorących udział w pracach nad przygotowaniem wykazów refundacyjnych. Ma to na celu wyeliminowanie konfliktu interesów, zapobieżenie korupcji i zapewnienie pełnej przejrzystości działań Zespołu. Informacje te obejmują także korzyści uzyskiwane przez małżonków tych osób.

Proponowana regulacja była wzorowana na przepisach ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby pełniące funkcje publiczne (Dz. U. Nr 106, poz. 679, z późn. zm.), co wydaje się zasadne, z uwagi na fakt, że członkowie takich zespołów mają wpływ na decyzje w zakresie wydatkowania środków publicznych.

19. Przepisem art. 1 pkt 22 projektu ustawy, dotyczącym nowelizowanego art. 43 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, upoważnienie ustawowe dla Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia wykazu leków, które może stosować osoba posiadająca tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, uzupełniono o wytyczne nakazujące Ministrowi Zdrowia zasięgnięcie opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej. Jednocześnie wprowadza się przepis, że osoba realizująca taką

receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, co zapewni, że z uprawnień tych będą korzystać wyłącznie osoby posiadające tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”. Powyższe rozstrzygnięcie jest uzasadnione potrzebą docenienia tak ważnej w sytuacji braku krwi i materiałów krwiopochodnych oraz szpiku kostnego i innych regenerujących się komórek i tkanek, a także narządów, grupy społecznej, jaką są krwiodawcy i dawcy przeszczepów. Dodatkowa konsultacja z Prezesem Funduszu, Naczelną Radą Lekarską i Naczelną Radą Aptekarską przy wydawaniu rozporządzenia gwarantować będzie pewność co do proponowanych rozstrzygnięć, przy jednoczesnym uwzględnieniu dostępności do leków, bezpieczeństwa ich stosowania oraz możliwości płatniczych Funduszu.

20. Wprowadzone przepisy art. 44 ust. 5 (art. 1 pkt 23 projektu), art. 45 ust. 5a (art. 1 pkt 24) i art. 46 ust. 6 (art. 1 pkt 25 lit. b) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają na celu wprowadzenie obowiązku odpowiedniego odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do skorzystania z leków, między innymi przez żołnierzy, inwalidów wojskowych i wojennych. Powyższe przepisy gwarantują pewność obrotu produktami leczniczymi i stanowią gwarancję, że z danych leków skorzystają wyłącznie osoby uprawnione. Jednocześnie zmiana polegająca na uchyleniu dotychczasowego art. 45 ust. 4 wynika z wprowadzenia do art. 34a brzmienia o identycznej treści jak dotychczasowy art. 45 ust. 4.
21. Przepisem art. 1 pkt 25 lit. a dokonano zmiany art. 46 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na rozszerzeniu warunku, jakiemu mają odpowiadać leki przysługujące podmiotom wskazanym w tym przepisie.
22. Przepisem art. 1 pkt 26, po art. 47 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodano art. 47b, który realizuje postanowienia art. 19 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Proponowana zmiana jest również konsekwencją polityki państwa, zmierzającej do otoczenia specjalną opieką inwalidów wojennych i wojskowych oraz kombatantów. Przyznanie tej grupie prawa

do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach wychodzi naprzeciw potrzebom społecznym, przy jednoczesnym docenieniu dokonań tych osób w walce za suwerenność i niepodległość Narodu Polskiego. Analogicznie do tej zmiany proponuje się w art. 3 projektu ustawy zmianę ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371, z późn. zm.). Jednocześnie należy podkreślić, że uposażenie osób, o których mowa w projektowanym art. 47b, nie będzie miało wpływu na realizację zadań, o których mowa w art. 20-23. Powyższe przepisy stanowią o ustalaniu list osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy wskazać, że art. 47b wprowadza szczególne uprawnienia do skorzystania ze świadczeń poza kolejnością. Z tej racji, osoby uprawnione w tym zakresie nie będą brane pod uwagę przy ustalaniu kolejności na listach oczekujących.

23. Przepisem art. 1 pkt 27 projektu ustawy, w ust. 4 art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dodano wyłączenie z konieczności przeprowadzania konkursu ofert w stosunku do realizatorów określonych w odrębnych przepisach. W nowelizowanej ustawie przepis zawarty w ust. 4 art. 48 nakazuje dokonywania wyboru realizatora programu zdrowotnego w drodze konkursu ofert. Od 1999 r. realizowany jest przez Ministra Zdrowia program o nazwie „Program psychiatrycznej opieki zdrowotnej”, który ma na celu poprawę stanu w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Realizatorzy zostali wymienieni z nazwy w rozporządzeniach:

- Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 269, poz. 2679, z późn. zm.),
- Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 79, poz. 692),

- Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854),

a więc nie ma potrzeby przeprowadzania konkursu ofert.

Proponuje się ponadto nowe brzmienie przepisu art. 48 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie wydaje się bowiem konieczne pozostawienie oferentom 30-dniowego terminu na przygotowanie potrzebnej dokumentacji i złożenie swojej oferty w Ministerstwie Zdrowia. 15 dni jest czasem wystarczającym na dokonanie tych czynności. Skrócenie terminu składania ofert konkursowych przyczyni się do skrócenia czasu wdrażania programu zdrowotnego.

24. Przepisem art. 1 pkt 28 projektu ustawy znowelizowano przepis art. 49 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co wynika z potrzeby dostosowania obecnych przepisów do wymogów identyfikacyjnych. Jak wynika z projektowanego art. 49 ust. 5, karta ubezpieczenia zdrowotnego, identyfikująca osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej, może jednocześnie pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Projektowany przepis ust. 4 jednocześnie wskazuje, że funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić również inny dokument typu elektronicznego, o ile zawiera dane wskazane w art. 49 ust. 3 pkt 1-3, co w swoim założeniu ma na celu odformalizowanie procedur związanych z potwierdzaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej lub umożliwiania potwierdzania wykonania świadczeń opieki zdrowotnej. Jak wynika ponadto z projektowanego art. 49 ust. 6, szczegółowe regulacje dotyczące tych dokumentów, a także zakres danych zawartych na karcie oraz tryb jej wydawania i anulowania, zostaną określone w rozporządzeniu Rady Ministrów.
25. Przepisem art. 1 pkt 29 projektu ustawy, dokonano odpowiedniej nowelizacji przepisu art. 51 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiana ta wynika z faktu, że dokumentem, który stanowi

potwierdzenie prawa do korzystania ze świadczeń na podstawie wspólnotowych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego jest obecnie Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (zastępująca stosowany do dnia 31 grudnia 2005 r. druk E 111), wydawana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, działający jako instytucja właściwa, na podstawie przepisów rozporządzeń wspólnotowych.

26. Przepisem art. 1 pkt 30 projektu dokonano zmiany brzmienia art. 53 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która jest podyktowana faktem, że osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji może ubiegać się w Polsce o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych (zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i ministra właściwego do spraw zdrowia) nie tylko na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a, ale także na podstawie innych przepisów rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71, np. art. 22 ust. 1 lit. b i c.
27. Znowelizowany przepisem art. 1 pkt 31 projektu ustawy, przepis art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, doprecyzowujący brzmienie obowiązujących obecnie przepisów, ma na celu ułatwienie dostępu do świadczeń :
 - 1) w zakresie treści decyzji wydawanej przez wójta potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zawarcie w tej decyzji danych identyfikujących świadczeniobiorcę, w tym PESEL, co ułatwia jego identyfikację. Obecnie napotyka się wiele trudności, w przypadku gdy w decyzji wymienione jest tylko imię i nazwisko lub adres świadczeniobiorcy;
 - 2) przez wprowadzenie zmiany mającej usprawnić proces wydawania i późniejszego obiegu decyzji potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany polegają na wydłużeniu okresu, w którym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z 30 do 90 dni, i określają, od kiedy ten okres biegnie, a także wprowadzają możliwość upoważnienia kierownika ośrodka pomocy społecznej do wydawania decyzji potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo wprowadzane przepisy ust. 6a oraz

ust. 9 mają na celu usystematyzowanie i usprawnienie procedury wydawania decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy.

Jednocześnie proponowany przepis art. 54 ust. 11 powyższej ustawy wyposaża wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy w uprawnienie do upoważnienia kierownika ośrodka pomocy społecznej do załatwiania spraw i wydawania decyzji dotyczących potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższy przepis ma na celu usprawnienie procedury z art. 54, czemu służyć ma możliwość przeniesienia ustawowej kompetencji do wydawania ww. decyzji na organy, które bezpośrednio posiadają informacje o danych, stanowiących podstawę stwierdzenia przesłanek uprawniających do otrzymania decyzji.

28. Przepisem art. 1 pkt 32 projektu ustawy dokonuje się zmiany art. 57 ust. 2 pkt 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na poszerzeniu katalogu osób uprawnionych do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania o kombatantów, co realizuje konstytucyjny postulat szczególnej opieki państwa nad tą grupą społeczną.

Jednocześnie zastąpienie pojęcia „dentysta” pojęciem „lekarz dentysta” ma na celu skorelowanie terminologii ustawowej z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

29. Przepisem art. 1 pkt 33 proponuje się zmianę w art. 63 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynikającą z konieczności zapewnienia prawidłowej procedury kontroli aptek przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W świetle obecnie obowiązujących przepisów Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponuje wystarczającymi instrumentami do przeprowadzania tej kontroli. Stosowanie do procedury kontrolnej odpowiednio przepisów o kontroli świadczeniodawców uzasadnione jest dobrem pacjenta i zapewnieniem prawidłowego wypełniania przez apteki obowiązków, nałożonych na nie, a wynikających z obowiązujących przepisów prawa. Kontrola realizowana przez podmiot finansujący świadczenia uzasadniona jest koniecznością zagwarantowania racjonalności wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia.

30. Przepisem art. 1 pkt 34 wprowadza się w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepis art. 63a. Powyższy przepis wprowadza szczegółowe rodzaje zakazów, które mają ograniczyć, a w dalszej konsekwencji wyeliminować praktykę nieuzasadnionego względami medycznymi kreowania popytu na leki refundowane. Celem proponowanych zmian – jak wskazano we wstępnej części uzasadnienia, jest uniemożliwienie stosowania instrumentów marketingowych, w których na poziom korzyści uzyskiwanych przez aptekę ma wpływ poziom sprzedaży leków refundowanych. Gospodarkę lekami uznać bowiem należy za mającą ogromną doniosłość i znaczenie, a wszelkie nieprawidłowości w tym zakresie należy skutecznie eliminować. Projekt stanowić ma instrument służący eliminowaniu wszelkich patologii i korupcjogennych mechanizmów w tym zakresie. Prawidłowa gospodarka lekami będzie zapewniona przez stworzenie zakazów uzyskiwania korzyści majątkowych przez osoby uczestniczące w gospodarce lekami, w tym przez osoby prowadzące obrót produktami leczniczymi, osoby świadczące usługi farmaceutyczne, przez lekarzy oraz osoby zaopatrujące świadczeniodawcę w produkty lecznicze i wyroby medyczne. W celu skutecznego zastosowania proponowanych zmian Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł żądać od kierownika apteki stosownych informacji o umowach lub innych uzgodnieniach między apteką a hurtownią farmaceutyczną, której celem jest nabycie leków lub wyrobów medycznych, a w razie stwierdzenia na podstawie tej informacji naruszenia zakazów, Fundusz będzie uprawniony zastosować instrumenty z art. 63b. Jednocześnie projektowany przepis art. 63c jest konsekwencją przepisów art. 63a i 63b, albowiem ogranicza możliwość stosowania praktyk preferujących cenowo jedne hurtownie względem innych w zakresie leków podlegających finansowaniu ze środków publicznych.
31. Przepisem art. 1 pkt 35 projektu dokonano zmiany w art. 64 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zmierza do zapewnienia prawidłowej weryfikacji dokumentacji medycznej w procedurze kontrolnej, którą Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje wobec świadczeniodawców oraz – przez odpowiednie stosowanie projektowanego art. 62 ust. 2, także aptek. Proponowany przepis umożliwia Funduszowi zasięgnięcie

opinii biegłego lub specjalisty w danej dziedzinie, w sytuacji gdy w ramach kontroli tej dokumentacji pojawia się konieczność zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień, wymagających wiadomości specjalistycznych. Dotychczasowe przepisy nie dają Funduszowi takiej możliwości. Dodatkowo, proponowany przepis ust. 5a stanowi gwarancję prawidłowego obiegu dokumentów kontrolnych.

W projektowanym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisie art. 64 ust. 6a-6c doprecyzowano przepisy dotyczące procedury kontrolnej – dodano możliwość zgłaszania przez świadczeniodawcę zastrzeżeń do protokołu, które następnie poddane będą analizie przez kontrolera. Przepis powyższy, usprawniający procedurę kontrolną zmierza do zwiększenia uprawnień podmiotu kontrolowanego i ma na celu zrównanie praw podmiotu kontrolowanego i kontrolującego oraz przyczynienie się do prawidłowego ustalenia stanu faktycznego, przez co realizuje postulaty świadczeniodawców.

32. Przepisem art. 1 pkt 36 projektu dokonano zmian w art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

1) w dodanym pkt 15a wskazano nowy tytuł do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym – pełnienie funkcji ławnika sądowego. Osoby pełniące tę funkcję będą podlegały obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tego tytułu, jeżeli nie podlegają temu obowiązkowi z innego tytułu. W konsekwencji wprowadzono zmiany w dalszych przepisach ustawy (art. 73 pkt 18, art. 75 ust. 3a, art. 81 ust. 8 pkt 1a i art. 85 ust. 17 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Zmiany zapewnią możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych ławnikom sądowym nieposiadającym innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Liczba bezrobotnych wybranych na ławników sądowych na kadencję 2004-2007 wynosi 7327 osób, trudno natomiast wskazać liczbę bezrobotnych ławników sądowych, którzy z tytułu wysokości uzyskiwanej diety stracą status bezrobotnego w ciągu roku kalendarzowego. Wysokość uzyskiwanej diety zależy bowiem od liczby posiedzeń sądowych, w których dany ławnik bierze udział. Wprowadzenie proponowanych przepisów korzystnie wpłynie na rynek

pracy – bezrobotni nie będą obawiać się podejmowania funkcji ławnika sądowego oraz brania udziału w większej liczbie posiedzeń sądowych, gdyż utrata statusu bezrobotnego nie będzie w takim przypadku łączyć się z utratą prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Przyjęcie proponowanego rozwiązania spowoduje konieczność zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz obliczania i pobierania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez sądy powszechne wypłacające diety ławnikom, którzy nie będą posiadać innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Należy zauważyć, że obowiązek ten będzie zatem ograniczony, gdyż nie będzie wykonywany w stosunku do tych ławników, którzy np. są zatrudnieni, mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych z uwagi na fakt, że ich małżonek podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu lub są bezrobotnymi;

- 2) w pkt 34 powyższego przepisu doprecyzowano określenia rolników i ich domowników niepodlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 3) w pkt 35 powyższego przepisu dokonano zmiany mającej na celu ujednoczenie zasad podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu członków rad nadzorczych. Tytułem do ich ubezpieczenia będzie posiadanie statusu członka rady nadzorczej (nie jak do tej pory otrzymywanie świadczenia pieniężnego, co pozostawało w sprzeczności z przepisem dotyczącym podstawy wymiaru składki). Powyższe rozstrzygnięcie pozwoli wyeliminować sytuację, w której członek rady nadzorczej podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu, przy jednoczesnym nieopłaceniu składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jednocześnie dodanie w projektowanym przepisie zastrzeżenia, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają ci członkowie rad nadzorczych, którzy posiadają miejsce zamieszkania na terytorium Polski, jednoznacznie rozstrzyga problemy interpretacyjne związane z określeniem obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego członków rad nadzorczych, którzy są obywatelami innych państw;
- 4) dodatkowo proponuje się zmianę w ust. 2 w art. 66 ustawy, przez eliminację z katalogu tytułów, zwolnionych z ubezpieczenia przez posiadanie statusu członka rodziny, tytułu bezrobotnego, określonego w pkt 24. W obecnym stanie

prawnym za osobę bezrobotną bez prawa do zasiłku, która jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, nie jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast np. za osobę pracującą, która jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej składka jest opłacana. Zgodnie z proponowanym przepisem urzędy pracy nie będą zobowiązane do badania sytuacji rodzinnej zarejestrowanych bezrobotnych. Proponowany przepis nie pozbawia osoby bezrobotne uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ będą one ubezpieczać się z tytułu posiadania statusu osoby bezrobotnej. Ponadto powyższe rozwiązanie wzmacnia ich uprawnienia w świetle pojawiających się w praktyce problemów związanych ze zgłaszaniem osób bezrobotnych jako członków rodzin (w szczególności w przypadku występujących konfliktów rodzinnych). Zmiana ta zwiększa przychody Funduszu ze składek, gdyż zwiększy się liczba osób, za które byłyby płacone składki. Zmiana ta wejdzie w życie w roku 2009. Jej skutek dla budżetu państwa wyniesie ok. 415 mln zł i w takiej samej wysokości dodatkowe przychody Funduszu.

33. Przepisem art. 1 pkt 37 projektu ustawy dokonano zmiany w art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez wykreślenie zastrzeżenia dotyczącego art. 9 rozporządzenia nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie. Obecnie proponowane brzmienie rozwiązuje problem dobrowolnego ubezpieczania się osób, które na terytorium UE nie mają obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, a które mogły często taniej niż we własnym kraju ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia, co w rezultacie niosło za sobą negatywne konsekwencje i skutki finansowe dla Funduszu. Proponowane rozwiązanie dotyczy także osób przebywających na urloпах bezpłatnych.
34. Przepisem art. 1 pkt 38 projektu dokonano zmiany brzmienia art. 69 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ma na celu jednoznaczne określenie, kiedy osobie korzystającej z urlopu bezpłatnego przysługują świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego. W czasie

urlopu bezpłatnego pracownik korzystający z niego pozostaje cały czas zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego, ale nie są odprowadzane składki na ubezpieczenie zdrowotne. Oznacza to, że NFZ zobowiązany jest do finansowania kosztów udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, w tym także na podstawie przepisów o koordynacji. Celem proponowanej zmiany jest zatem przeciwdziałanie praktykom polegającym na pobieraniu świadczeń zdrowotnych przez osoby, za które nie jest płacona składka na ubezpieczenie zdrowotne.

35. Przepisem art. 1 pkt 39 lit. a, dotyczącym art. 73 pkt 17 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz przepisem art. 1 pkt 40 lit. b tej ustawy, dotyczącym art. 75 ust. 17, doprecyzowuje się kolejne przepisy dotyczące członków rad nadzorczych. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego członków rad nadzorczych będzie powstawał z dniem powołania do rady, a nie jak dotychczas wraz z otrzymaniem świadczenia pieniężnego. Członków rad nadzorczych do ubezpieczenia zdrowotnego będą zgłaszać podmioty, w których działa rada nadzorcza, a nie jak dotychczas podmiot, który wypłacał świadczenie pieniężne.
36. Przepisem art. 1 pkt 41, dotyczącym art. 77 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokonano zmian w zakresie danych obejmowanych zgłoszeniem do ubezpieczenia przez dodanie w ust. 2 pkt 4a (płeć) i zmieniono wprowadzenie do wyliczenia w ust. 3, co spowoduje, że zgłoszenia członków rodziny ubezpieczonych będą przekazywane do ZUS i KRUS, zamiast bezpośrednio do Funduszu. Stosownie zmianie uległ ponadto art. 87 ust. 7 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 48 lit. a i b) – zgodnie z projektem dane członków rodziny będą przekazywane do Funduszu przez ZUS i KRUS. Zmiana ma na celu zapewnienie Funduszowi informacji na temat członków rodzin osób ubezpieczonych oraz ujednoczenie trybu przekazywania niezbędnych danych.
- 37.:
 - 1) przepisem art. 1 pkt 42 projektu, dotyczącym art. 80 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokonano zmiany, która polega na zmianie minimalnej kwoty stanowiącej

podstawę wymiaru składki rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej z kwoty odpowiadającej wysokości świadczenia pielęgnacyjnego na kwotę odpowiadającą wysokości minimalnego wynagrodzenia. Zmiana w art. 80 ust. 2 ma na celu wyrównywanie obecnie istniejących dysproporcji w wysokości opłacanych składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, gdzie składki płacone przez rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej kształtują się na bardzo niskim poziomie. Proponowana zmiana spowoduje wzrost minimalnej wysokości miesięcznej składki do kwoty 81 zł (obecnie średnia wysokość płaconej składki wynosi 55,50 zł). Zmiana ta wejdzie w życie w roku 2008. Jej skutek dla budżetu państwa wyniesie ok. 6,5 mln zł, natomiast dodatkowe przychody Funduszu wyniosą ok. 7,5 mln zł;

- 2) projektowana z kolei powyższym przepisem projektu zmiana w art. 80 ust. 3 polega na zmianie podstawy wymiaru składki dla rolników i domowników (wskazanych w art. 66 ust. 1 pkt 34 oraz ust. 1 pkt 1 lit. b) z kwoty odpowiadającej wysokości świadczenia pielęgnacyjnego na kwotę odpowiadającą wysokości minimalnego wynagrodzenia. Zmiana w art. 80 ust. 3 ma na celu wyrównywanie obecnie istniejących dysproporcji w wysokości opłacanych składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne za wyżej wymienione grupy ubezpieczonych. Proponowana zmiana spowoduje wzrost płaconej składki z 37,80 zł do 89,01 zł. Zmiana ta wejdzie w życie w roku 2008. Jej skutek dla budżetu państwa wyniesie ok. 160 mln zł.

38. Przepisem art. 1 pkt 43 projektu, dotyczącym art. 81 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokonano zmiany w ust. 8 dotyczącej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne dla bezrobotnych i osób pobierających świadczenie lub zasiłek przedemerytalny. Proponowane zmiany w art. 81 mają na celu wyrównywanie obecnie istniejących dysproporcji w wysokości opłacanych składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, gdzie składki płacone przez budżet państwa za powyższe osoby kształtują się na bardzo niskim poziomie. Powoduje to, że za te grupy osób, które mają takie samo prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych, przekazywane do Funduszu środki finansowe są znacznie zaniżone. Proponowana zmiana spowoduje wzrost płaconej składki z 30,24 zł do 49,03 zł za osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku, natomiast z 30,24 zł do 66,41 zł za osoby niepobierające zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego. Zmiana ta wejdzie w życie w roku 2008. Jej skutek dla budżetu państwa wyniesie ok. 316 mln zł w zakresie osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku oraz ok. 17 mln zł w zakresie osób niepobierających zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego, i w takiej samej wysokości wzrosną przychody Funduszu.

Jednocześnie zmiana art. 81 ust. 8 pkt 12 powyższej ustawy stanowi konsekwencję zmian w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego członków rad nadzorczych (wcześniejsze zmiany to art. 66 pkt 35, art. 73 pkt 17, art. 74 ust. 17 i art. 75 ust. 17). Podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne członków rad nadzorczych pozostał przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

39. Przepisem art. 1 pkt 44 projektu wprowadzano w art. 82 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmianę, która umożliwi pobieranie składek na ubezpieczenie zdrowotne od każdego źródła przychodów w ramach jednego tytułu określonego w art. 66 ust. 1 powyższej ustawy. Zaproponowana zmiana ma na celu wyeliminowanie problemów interpretacyjnych, jakie pojawiły się w związku ze stosowaniem poprzednio obowiązujących przepisów, związanych z definicją „jednego tytułu” oraz licznych wątpliwości dotyczących ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego m.in. w sytuacji jednoczesnego pobierania przez osobę uprawnioną emerytury i renty (częściowej renty).
40. Przepisem art. 1 pkt 45 projektu uchylono w art. 83 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 4-6, co jest konsekwencją rezygnacji ze zbierania przez Fundusz danych o składkach obniżonych do wysokości zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych. Dane te nie są w żaden sposób użyteczne dla Funduszu.
41. Przepisem art. 1 pkt 46 projektu, dotyczącym art. 84 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dodano ust. 3, w którym

określono, jakie informacje powinien przekazywać ubezpieczony samodzielnie opłacający składkę na ubezpieczenie zdrowotne bezpośrednio do Funduszu. Dzięki temu rozwiązaniu powstanie możliwość identyfikacji składki.

42. Przepisem art. 1 pkt 47 projektu, dotyczącym art. 85 ust. 16 i 17 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokonano zmiany, która jest konsekwencją przepisów jednoznacznie określających zasady obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego członków rad nadzorczych. Przepis – z uwagi na zmianę brzmienia przepisu stanowiącego o tytule do ubezpieczenia w art. 66 ust. 1 pkt 35 powyższej ustawy, wyraźnie identyfikuje płatnika składki na ubezpieczenie zdrowotne członka rady nadzorczej.
43. Przepisem art. 1 pkt 48 projektu zmieniono w art. 87 ust. 7 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nakładające na ZUS i KRUS obowiązek przekazywania Funduszowi danych o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodziny ubezpieczonych, a także opłaconych przez nich składkach. Dodano także ust. 13 i 14 umożliwiające Funduszowi otrzymywanie danych z centralnej ewidencji PESEL. Zmiany te mają umożliwić Funduszowi weryfikację i aktualizację baz danych.
44. Przepisem art. 1 pkt 49 projektu zaproponowano zmianę w art. 97, polegającą na powierzeniu Narodowemu Funduszowi Zdrowia rozliczania z zagranicznymi instytucjami właściwymi i instytucjami miejsca zamieszkania kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych i innych finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów (w przypadku medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, z wyłączeniem czynności wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym) – w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, uzasadniona jest koniecznością rozwiązania problemów, jakie pojawiają się w związku z obecnym brakiem możliwości rozliczania kosztów świadczeń opieki finansowanych z budżetu państwa.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma podstaw prawnych do rozliczania kosztów wyżej wymienionych świadczeń z zagranicznymi instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania. Może wyłącznie pośredniczyć w tej procedurze, jako instytucja właściwa w systemie koordynacji, a następnie przekazywać środki zwrócone przez te instytucje do budżetu państwa. Tryb przekazywania tych środków określają projektowane przepisy.

45. Przepisem art. 1 pkt 50 projektu, dotyczącym art. 99 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zmieniono ust. 6, w związku z odesłaniem w projektowanym przepisie pkt 4 odpowiednio do art. 112 ust. 1 pkt 2-8, ma to charakter porządkujący i systematyzujący.
46. Przepisem art. 1 pkt 51 projektu dokonuje się zmiany w art. 100 w ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na dodaniu pkt 6a, który wyposaża Radę Funduszu w uprawnienie do dokonywania wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu. Powołanie biegłego rewidenta umożliwia sporządzenie rzetelnego sprawozdania finansowego, zaś wyposażenie Rady Funduszu w taką kompetencję wynika z usytuowania Rady w strukturze organów Narodowego Funduszu Zdrowia.
47. Przepisem art. 1 pkt 52, dotyczącym art. 102 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokonuje się następujących zmian:
 - 1) ust. 3 – zmiana uzasadniona jest koniecznością eliminacji wątpliwości związanych z tym, kto w przypadku odwołania przez Prezesa Rady Ministrów Prezesa Funduszu pełniłby jego funkcję. Wprowadzono przepis stanowiący, że Prezes Rady Ministrów powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa, za czym przemawiają względy praktyczne i racjonalizm;
 - 2) ust. 5 pkt 4 – zmiana jest konsekwencją zmiany w art. 120 ust. 2 powyższej ustawy;
 - 3) ust. 5 pkt 11, przez wprowadzenie przepisu, że sprawozdania z działalności Funduszu zawierać powinny w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu. Sprawoz-

danie zawierające taką informację pozwoli m.in. Ministrowi Zdrowia na realizowanie jego ustawowych kompetencji;

4) dodaje się ust. 5 pkt 21a, na podstawie którego Prezes Funduszu uzyska kompetencję do przeprowadzania w szczególnie uzasadnionych przypadkach kontroli świadczeniodawców i aptek. Uprawnienie to obecnie nie przysługuje Prezesowi Funduszu, natomiast trzeba wskazać, że występuje konieczność przeprowadzania dodatkowej kontroli nie tylko przez oddziały wojewódzkie Funduszu, lecz również przez centralę Funduszu.

48. Przepisem art. 1 pkt 53 projektu dokonuje się zmiany w art. 103 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dodaje się ust. 6a, co, podobnie jak zmiana w art. 99 ust. 6, jest związane z odesłaniem w projektowanym przepisie w pkt 6 odpowiednio do art. 112 ust. 1 pkt 2-8, a to ma charakter porządkujący i systematyzujący.

49. Przepisem art. 1 pkt 54 projektu zmienia się art. 106 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co, podobnie jak zmiana w art. 99 ust. 6 oraz w art. 103, pozostaje w związku z odesłaniem w projektowanym przepisie pkt 8 odpowiednio do art. 112 ust. 1 pkt 2-8, co ma charakter porządkujący i systematyzujący.

50. Przepisem art. 1 pkt 55 projektu dokonuje się następujących zmian w art. 107 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- 1) w ust. 1 doprecyzowano, że dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo reprezentowania Funduszu na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału;
- 2) w ust. 5 dokonano zmiany pkt 3, przez poszerzenie katalogu zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o przedstawianie radzie oddziału projektu planu finansowego oddziału na rok następny;
- 3) w ust. 5a doprecyzowano zakres właściwości miejscowej dyrektora oddziału;
- 4) w ust. 5 pkt 20 do kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dodano uprawnienie do zawierania umów o dobrowolne ubezpieczenie

zdrowotne. W obecnym stanie prawnym uprawnienie to należy w sposób domniemany do kompetencji Prezesa Funduszu;

5) zmiana w ust. 6, przez odwołanie się do przepisu art. 112 ust. 1 pkt 2-9, ma charakter porządkujący i systematyzujący.

51. Przepisem art. 1 pkt 56 dokonuje się zmian w art. 109 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegających na wprowadzeniu:

1) w ust. 3 możliwości zgłaszania wniosku o rozpatrzenie indywidualnej sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego oprócz ubezpieczonego, również przez ZUS, KRUS bądź inne organy emerytalno-rentowe lub instytucje działające na podstawie przepisów o koordynacji oraz członków rodziny ubezpieczonego. Dotyczy to spraw o objęcie ubezpieczeniem, kiedy osoba objęta obowiązkiem ubezpieczenia nie jest zainteresowana w ustaleniu tego obowiązku, a także spraw w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku;

2) w dodanym ust. 6 doprecyzowano, że przy wydawaniu przez dyrektora oddziału wojewódzkiego decyzji w sprawach indywidualnych zastosowanie mają przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

52. Przepisem art. 1 pkt 57 projektu dokonuje się zmiany art. 112 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ma na celu uniemożliwienie pracownikom Narodowego Funduszu Zdrowia bycia jednocześnie członkami Rady NFZ oraz rad oddziałów wojewódzkich Funduszu, a także posłami, posłami do Parlamentu Europejskiego oraz senatorami. Powyższa zmiana podyktowana jest koniecznością zapewnienia prawidłowego wykonywania zadań związanych z funkcjonowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia realizowanych przez osoby niezależne, niezaangażowane w pełnienie innych funkcji publicznych. Zmiana art. 112 ust. 1 umożliwi zatrudnianie lekarzy prowadzących praktyki lekarskie (tj. regulowaną działalność gospodarczą) za zgodą Prezesa NFZ. Zmiany art. 99 ust. 6, art. 103 ust. 6, art. 106 ust. 7 i art. 107 ust. 6 wynikają ze zmiany treści art. 112 i mają charakter porządkowy.

53. Przepisem art. 1 pkt 58 projektu wprowadza się następujące zmiany w art. 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

1) zmiana w ust. 2 pkt 1 lit. c, która ma na celu dodatkowe, czyli ponad wskazane w art. 118 ust. 3 pkt 2, uwzględnianie bieżącej migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu do świadczeniodawców oraz aptek z innego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Konieczność tej zmiany wynika z faktu, że uwzględnianie migracji wskazane w art. 118 ust. 3 pkt 2 odbywa się przede wszystkim w momencie tworzenia planu finansowego Funduszu na rok następny, w ramach algorytmu podziału środków, na podstawie dostępnych danych z roku poprzedniego (migracja bazowa), natomiast bieżąca migracja rejestrowana w roku wykonywania planu finansowego może odbiegać od migracji bazowej. W związku z tym zakłada się dodatkowe korygowanie migracji w trakcie roku wykonywania planu. Przewiduje się, że:

a) środki z utworzonej rezerwy zostaną skierowane wyłącznie do tych oddziałów wojewódzkich Funduszu, gdzie wynik migracji bieżącej, rozumiany jako różnica między wartością udzielonych w tym oddziale świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych spoza tego oddziału a wartością świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym tego oddziału na terenie pozostałych oddziałów wojewódzkich Funduszu, będzie większy niż wynik migracji bazowej (uwzględniany w algorytmie podziału środków),

b) uruchomienia rezerwy będzie dokonywał Prezes Funduszu na podstawie bieżących danych sprawozdawczych,

c) w trakcie kolejnych uruchomień rezerwy wynik migracji bieżącej będzie liczony narastająco od początku roku;

2) w ust. 3 pkt 2, która wraz ze zmianą dokonaną w art. 5 ustawy (definicja migracji) oznacza, że przy uwzględnianiu migracji ubezpieczonych będzie uwzględniana również wartość leków refundowanych wykupionych przez ubezpieczonych zarejestrowanych w jednym oddziale wojewódzkim Funduszu w aptekach znajdujących się na terenie innych oddziałów wojewódzkich

Funduszu. Uwzględnianie tych danych jest możliwe na podstawie informacji znajdujących się obecnie na receptach – na podstawie numeru oddziału wojewódzkiego znajdującego się na receptach. Niemniej sprawdzenie wiarygodności tych danych możliwe będzie jedynie po planowanym wprowadzeniu numerów PESEL na wszystkich receptach dotyczących leków refundowanych. W związku z tym zaproponowano regulację przejściową w art. 11 ust. 1 projektu niniejszej ustawy.

W zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych, w związku z tym, że część tych świadczeń jest uwzględniana przy obliczaniu wskaźnika migracji, we wskaźniku dotyczącym świadczeń wysokospecjalistycznych uwzględniane byłyby pozostałe świadczenia wysokospecjalistyczne, czyli udzielane na terenie danego oddziału wojewódzkiego ubezpieczonym zarejestrowanym w tym oddziale wojewódzkim Funduszu;

- 3) w ust. 4, która zawiera mechanizm zabezpieczający odpowiednią wysokość środków na świadczenia zdrowotne w oddziałach wojewódzkich Funduszu. Przepis ten został wprowadzony ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z nowym sposobem podziału środków na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu. Biorąc pod uwagę doświadczenie związane z wprowadzeniem w życie tych przepisów, proponuje się dodanie dodatkowego mechanizmu zabezpieczającego przedstawionego w art. 11 ust. 2 projektu niniejszej ustawy. Zgodnie z tym przepisem w okresie kolejnych 3 lat odbyłaby się dodatkowa korekta wysokości środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu, tak aby rozłożyć w czasie skutki wprowadzenia proponowanego sposobu podziału środków na regiony.

Pozostałe zmiany w tym przepisie mają charakter doprecyzowujący.

54. Przepisem art. 1 pkt 59, dotyczącym art. 120 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz przepisem art. 1 pkt 60 projektu, dotyczącym art. 121 powyższej ustawy, dokonuje się zmian, które polegają przede wszystkim na przesunięciu oraz skróceniu terminów dotyczących sporządzania planu finansowego Funduszu na rok następny i mają na celu

umożliwienie Funduszowi przyspieszenia terminu rozpoczęcia procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok następny. Ponadto proponuje się włączenie ministra właściwego do spraw zdrowia do procesu sporządzania corocznej prognozy przychodów Funduszu na kolejne 3 lata, co, biorąc pod uwagę podstawowy cel przedmiotowej nowelizacji, jest zasadne, także z uwagi na znaczenie tych prognoz dla planowania przez Ministra Zdrowia kierunków polityki zdrowotnej.

55. Przepisem art. 1 pkt 61 projektu dokonuje się zmiany w art. 124 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ma na celu uelastycznienie procesu zmiany planu finansowego Funduszu, jak również doprecyzowanie trybu zmiany planu finansowego. Rozszerza się zakres zmian w planie finansowym Funduszu, które mogłyby być dokonywane w trybie uproszczonym. Pozwoli to na skuteczniejsze zarządzanie gospodarką finansową Funduszu, w tym również przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, dostosowując plan finansowy Funduszu do rzeczywistych potrzeb wynikających z konieczności zabezpieczenia świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej. Uproszczenie trybu zmian nie oznacza jednak osłabienia nadzoru nad działalnością Funduszu, gdyż powyższe przesunięcia podlegają nadzorowi ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych – po pierwsze organ nadzoru jest informowany o zamiarze dokonania takich przesunięć, po drugie w powyższych sprawach Prezes Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich będą wydawać stosowne decyzje, które później, zgodnie z art. 163-164, będą badane (w przypadku decyzji Prezesa Funduszu) albo będą mogły być badane (w przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu) przez organ nadzoru.
56. Przepisem art. 1 pkt 62 wprowadzono zmiany w art. 125 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które mają na celu, wraz ze zmianą w zdaniu wstępnym w art. 118 ust. 3, wyodrębnienie szeregu przychodów Funduszu, które ze względu na ich źródło dotyczą wprost poszczególnych oddziałów wojewódzkich. Będzie dotyczyło to przychodów:

- nieujętych w pierwotnym planie finansowym Funduszu, z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami korygującymi koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych oraz z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami z działalności finansowej,
- pochodzących z dotacji przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższe środki będą wyłączone spod działania algorytmu podziału środków między oddziały wojewódzkie Funduszu i zostaną przydzielone bezpośrednio tym oddziałom wojewódzkim, których dotyczą, z przeznaczeniem na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Dotychczasowa dyspozycja art. 125 została przeniesiona do art. 129 powyższej ustawy.

57. Przepisem art. 1 pkt 63 projektu ustawy wprowadzono zmiany w art. 126 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które mają na celu skorelowanie terminów sporządzenia i zatwierdzenia sprawozdania finansowego oraz sprawozdania z realizacji planu finansowego Funduszu.
58. Przepisem art. 1 pkt 64 projektu ustawy wprowadzono zmiany w art. 129 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które mają na celu przede wszystkim uporządkowanie sytuacji, która miała miejsce w ostatnich dwóch latach, kiedy znaczące środki finansowe pochodzące przede wszystkim z wyższych niż planowano przychodów Funduszu ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne nie mogły być przeznaczone na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w roku, w którym dokonuje się podziału zysku. Jednocześnie obserwowane były znaczące przekroczenia przez świadczeniodawców wartości kosztów wynikających z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zmiany wprowadzone w ust. 3-5 tego artykułu dają możliwość zmiany planu finansowego Funduszu, zgodnie z którą możliwe byłoby przeznaczenie dodatkowych środków na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Wysokość środków, która zostałaby w ramach takiej zmiany przydzielona oddziałom wojewódzkim Funduszu, byłaby ograniczona do wysokości

zysku przeznaczanego na fundusz zapasowy, a jednocześnie uwzględniałyby sposób prowadzenia gospodarki finansowej w tych oddziałach.

Ponadto ust. 1 tego artykułu stanowi, że zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy może być przeznaczony wyłącznie na pokrycie strat z lat ubiegłych oraz fundusz zapasowy. Fundusz zapasowy może stanowić źródło finansowania m.in. wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proponowane przepisy przewidują kompetencję Rady Funduszu do decydowania nie tylko o przeznaczeniu zysku, ale także o pokryciu straty.

W związku z powyższym wprowadzenie przedmiotowych przepisów usprawni gospodarowanie środkami publicznymi przeznaczonymi na świadczenia zdrowotne, gdyż środki niewykorzystane w roku poprzednim nie będą na kontach, lecz zostaną przeznaczone na zakontraktowanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych.

59. Przepisem art. 1 pkt 65 projektu, w art. 130 w ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wydłużono termin do sporządzenia przez Prezesa NFZ rocznego sprawozdania, zaś w ust. 4 doprecyzowano, że niewydanie opinii w przedmiocie zatwierdzenia sprawozdania z wykonania planu finansowego w terminie 14 dni jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii, co umożliwi sprawne zatwierdzanie sprawozdania. Zmiana ma na celu ujednoczenie procedury z procedurą zatwierdzania planu finansowego.
60. Przepisem art. 1 pkt 66 projektu wprowadzono zmianę w art. 135 w ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ma na celu zwiększenie jawności i przejrzystości informacji o umowach zawieranych ze świadczeniodawcami.
61. Wprowadzany przepisem art. 1 pkt 67 projektu przepis art. 136a do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma na celu ustawowe uregulowanie kwestii obowiązku posiadania przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za udzielanie lub zaniechanie udzielenia świadczeń

oraz za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

Potrzeba ustawowego uregulowania tej kwestii sygnalizowana była w pismach dyrektorów szpitali oraz w mediach. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej podmiotami, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia CO, są podmioty, które mogą przyjmować zamówienie na świadczenia zdrowotne od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej:

- 1) niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 2) osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 3) osoby wykonujące grupową praktykę lekarską i grupową praktykę pielęgniarek i położnych;
- 4) osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej oraz spełniającymi warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi, że umowa może zawierać zastrzeżenie o zobowiązaniu świadczeniodawcy do zawarcia umowy OC. NFZ wymaga od szpitali zawarcia takiej umowy przed podpisaniem umowy o udzielanie świadczeń. Proponowana zmiana ma na celu jednoznaczne uregulowanie tej kwestii przez nałożenie obowiązku posiadania przez świadczeniodawcę umowy OC.

62. Przepis art. 1 pkt 68 projektu wprowadza następujące zmiany w art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- 1) w ust. 1 dokonano zmiany brzmienia tego przepisu przez zmianę wyrazów „sposób wyceny” na „sposób finansowania”, ponieważ było to pojęcie niejednoznaczne. Wątpliwości budziło, czy jest to wycena z punktu widzenia NFZ, czy też sposobu wyceny dokonywanej przez świadczeniodawców w ofertach. Ogólne warunki umów powinny zawierać ustalenia odnośnie do modelu finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń;
 - 2) dodano ust. 1a wskazujący, że projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie dotyczy ustalania standardów postępowania i procedur medycznych, które są określane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie odrębnych przepisów;
 - 3) z uwagi na fakt, że z dotychczasowego doświadczenia przy uzgodnieniach projektu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wynika, że jego zaakceptowanie przez wszystkie strony biorące udział w negocjacjach jest nie do osiągnięcia, zachowuje się kompetencję ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże dodaje się do wytycznych konieczność wzięcia pod uwagę w proponowanych przepisach ewentualnych ustaleń poczynionych w trakcie uzgodnień ze świadczeniodawcami;
 - 4) w ust. 6 – zmiany terminu uzgodnienia projektu ogólnych warunków umów, co uzasadniają względy praktyczne. Dodatkowo do wytycznych, które Minister Zdrowia będzie brał pod uwagę przy wydawaniu rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, dodano treść ustalonych warunków projektu. Proponowane rozwiązanie powoduje, że niektóre uzgodnione postanowienia projektu, mimo nieuzgodnienia go w całości, będą mogły zostać uwzględnione w treści rozporządzenia. Jednocześnie wprowadzono zastrzeżenie, że rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów nie będzie zmieniane częściej niż co dwa lata, co uzasadnione jest stałością umów, trwałością warunków, pewnością przepisów prawa.
63. Przepisem art. 1 pkt 69 wprowadza się zmianę w art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ma na celu

poddanie merytorycznej ocenie konsultantów medycznych projektów decyzji Prezesa Funduszu związanych z określaniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców. Tym samym ta także ważna sfera działalności Funduszu, odnosząca się do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poddana zostanie ocenie niezależnych od Funduszu konsultantów krajowych, dzięki czemu możliwe będzie wyeliminowanie występujących uchybień już na etapie określania wyżej wymienionych warunków, co niewątpliwie wpłynie pozytywnie na przebieg procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

64. Przepisem art. 1 pkt 70 projektu, dotyczącym art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dodano do powyższego przepisu pkt 4, 5 i 6, w których jako dodatkowe przyczyny odrzucenia oferty dodano sytuacje, kiedy m.in. potencjalny świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną albo gdy oferent lub oferta nie spełnia wymaganych przepisami warunków, albo kiedy oferta jest nieważna z mocy odrębnych przepisów (np. złożona przez osobę niemającą zdolności do czynności prawnych w rozumieniu Kodeksu cywilnego).
65. Przepisem art. 1 pkt 71 projektu, dotyczącym art. 153 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ust. 3 dodano obowiązek sporządzenia uzasadnienia w przypadku nieuwzględnienia protestu. Takie uzasadnienia przyspieszą późniejsze procedury odwoławcze.
66. Przepisem art. 1 pkt 72 wydłużono w art. 154 w ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych termin dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na rozpatrzenie odwołania w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
67. Przepisem art. 1 pkt 73, w art. 156 w ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono obowiązek zawierania umów o udzielanie świadczeń na czas nieoznaczony w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z uwagi na charakter tych świadczeń oraz określono termin wypowiedzenia umów tego rodzaju. Z uwagi także na charakter

świadczeń, w projektowanym ust. 3 sprecyzowano, że w przypadku zaistnienia sytuacji skutkującej rozwiązaniem umowy, świadczeniodawca niezwłocznie informuje świadczeniobiorców o terminie rozwiązania umowy oraz możliwości uzyskania świadczeń u innych świadczeniodawców. Powyższa regulacja zapewni kontynuację leczenia i trwałość udzielanych świadczeń.

68. Przepisem art. 1 pkt 74 projektu wprowadzono zmianę art. 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającą na doprecyzowaniu w ust. 2 terminu wniesienia zażalenia przez świadczeniodawcę, oraz dodaniu ust. 2a stanowiącego, że Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ dotyczące realizacji umowy, zobowiązuje dyrektora do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
69. Przepisem art. 1 pkt 75 projektu wprowadzono zmianę art. 163 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która dotyczy doprecyzowania katalogu działań organów Narodowego Funduszu Zdrowia, w odniesieniu do których Minister Zdrowia posiada uprawnienie do stwierdzania ich nieważności. Jest podyktowana praktyką działalności Funduszu, który szereg znaczących działań podejmuje poza określonymi w dotychczasowym brzmieniu tego artykułu uchwałach Rady NFZ oraz decyzjach Prezesa NFZ i dotyczy m.in. szczegółowych materiałów informacyjnych w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
70. Zmieniane przepisem art. 1 pkt 77 przepisy art. 165 ust. 1 pkt 5 oraz ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmierzają do wyposażenia Ministra Zdrowia w instrumenty pozwalające kontrolować apteki w zakresie refundacji leków. Ministrowi Zdrowia zapewnia się uprawnienie do żądania udostępnienia przez aptekę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków, a w przypadku ich nieudostępnienia, zgodnie z projektowanym przepisem art. 167 ust. 2, minister będzie mógł nałożyć na kierownika apteki karę upomnienia lub karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

Dodatkowo w ust. 3 artykułu 165 wprowadza się przepis, wyposażający Ministra Zdrowia w kompetencję do wydania aptece zaleceń mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości w działaniu, a w razie ich nieusunięcia – stosownie do projektowanego przepisu art. 170 ust. 2 minister będzie uprawniony do nałożenia na aptekę kary pieniężnej.

Proponowane przepisy dotyczące kontroli aptek przez Ministra Zdrowia mają na celu zapewnienie realnych instrumentów, które mogłyby być przez Ministra stosowane, w sytuacji gdyby apteka prowadziła nieprawidłową działalność w zakresie refundacji leków.

71. Przepisem art. 1 pkt 78 projektu przewidziano zmianę w art. 167 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wynika z konieczności rozdzielenia kompetencji Ministra Zdrowia do kontroli Funduszu oraz aptek. Różne rodzaje kar, które Minister Zdrowia będzie mógł nakładać na podmioty naruszające prawo lub interesy świadczeniobiorców (a w przypadku Funduszu także statut), odpowiadają dolegliwości i społecznej szkodliwości bezprawnych działań, podejmowanych przez te podmioty.
72. Przepisem art. 1 pkt 79 projektu dodano art. 168a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wzmacniający kompetencje nadzorcze ministra właściwego do spraw zdrowia. Zgodnie z art. 168a minister właściwy do spraw zdrowia będzie miał prawo zwoływania, w terminie przez siebie ustalonym, posiedzeń organów kolegialnych, natomiast wszystkim organom określonym w art. 168 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister może zalecić podjęcie określonych działań. W związku z użyciem sformułowania „zaleconych działań”, rozumieć należy przez to działania nie tylko określonej formy, lecz także określonej treści.

W przypadku niepodjęcia działań wskazanych przez ministra będzie on mógł nałożyć karę pieniężną odpowiednio na Przewodniczącego Rady Funduszu, Prezesa Funduszu i jego zastępców oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa. W przedmiotowych sprawach minister będzie wydawał decyzje administracyjne (zmiana w art. 181 ust. 2), a kary (zmiana art. 183 ust. 1) będą

podlegały egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Należy przy tym podkreślić, że zbyt słaby nadzór ministra właściwego do spraw zdrowia (odpowiadającego konstytucyjnie za zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) stanowił jeden z zarzutów Trybunału Konstytucyjnego wobec ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03) stwierdził m.in.:

„W przepisach zamieszczonych poza rozdziałem 13 ustawy o NFZ brak jest też podstaw dla stosowania innych środków nadzorczych. Wadliwe jest w tym kontekście, zawarte w art. 153 ust. 1 pkt 2 ustawy o NFZ stwierdzenie, że minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór (stosując kryterium legalności) nad działalnością świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem. Należy wyraźnie stwierdzić, że w świetle ustawy minister nie posiada wystarczających środków prawnych umożliwiających wykonywanie takiego nadzoru. Ustawodawca w art. 155 ust. 1 i następnych ustawy o NFZ określił bowiem wyraźnie jedynie podstawy i zasady przeprowadzenia kontroli w tym zakresie. Nie stworzył natomiast materialnoprawnych podstaw do władczych działań, które odpowiadałyby wymaganiom przewidzianym przez k.p.a. dla decyzji administracyjnych. (...) W konkluzji należy stwierdzić, że przyjęta w art. 36 ust. 1, a rozwinięta w innych przepisach zaskarżonej ustawy, konstrukcja systemu finansowania świadczeń zdrowotnych nie realizuje koniecznych – w świetle zasady demokratycznego państwa prawnego – wymagań w zakresie zapewnienia należytej kontroli i nadzoru nad gospodarowaniem środkami publicznymi, co wiąże się także z brakiem zagwarantowania stosownych procedur egzekwowania odpowiedzialności organów państwa za realizację powierzonych im w tej sferze zadań publicznych. (...) Jak to już zaznaczono, zasadnicze znaczenie z punktu widzenia konstytucyjnego wzorca ma problem właściwego określenia kompetencji jak i procedur kontrolnych bądź nadzoru, determinujących kwestię odpowiedzialności za właściwą realizację zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia.”

73. Przepisem art. 1 pkt 81 projektu wprowadzono zmianę art. 171 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wynika z konieczności zapewnienia Ministrowi Zdrowia realnych instrumentów nadzoru i kontroli nad aptekami, które, stosownie do projektowanego przepisu ust. 2, będą – w razie rażącego naruszenia prawa lub interesów świadczeniobiorców, karane karą pieniężną. Uzasadnienia powyższego rozwiązania należy upatrywać w konieczności zapewnienia właściwego systemu refundacji leków, którego gwarantem jest Minister Zdrowia.
74. Przepisem art. 1 pkt 83 projektu zmieniono ust. 3 w art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projektowana zmiana ma na celu umożliwienie Ministrowi Zdrowia zlecenie przeprowadzenia kontroli przez osobę upoważnioną, nie przez pracownika, co uzasadnione jest racjonalizmem, związanym często z koniecznością zlecenia takiej kontroli wyspecjalizowanym podmiotom (osobom), które niekoniecznie są pracownikami Ministerstwa.
- Dodanie ust. 4a w powyższym przepisie doprecyzowuje uprawnienia kontrolera Ministra Zdrowia.
75. Przepisem art. 1 pkt 84 projektu w art. 179a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych doprecyzowano uprawnienia kontrolne ministra właściwego do spraw finansów publicznych – usunięto w ten sposób lukę prawną. W konsekwencji uchylono w art. 173 ust. 10.
76. Przepisem art. 1 pkt 85 projektu wprowadzono zmianę w art. 181 w ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ma na celu poszerzenie katalogu przypadków, w których minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne, o sprawy określone w art. 168a ust. 2.
77. Konsekwencją wprowadzenia przepisem art. 1 pkt 86 projektu art. 168a ust. 2 do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest dodanie powyższego przepisu do katalogu z art. 183 ust. 1.

78. Przepisem art. 1 pkt 87 projektu ustawy wprowadzono zmianę w art. 187 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest ona konsekwencją odpowiednich zmian w art. 11 ust. 1 pkt 9 oraz w art. 102 ust. 5 pkt 11, polegających na włączeniu informacji o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do sprawozdania z działalności Funduszu. Ten jednolity dokument podlegać będzie przedłożeniu Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej przez Ministra Zdrowia w terminie do dnia 31 sierpnia roku następnego. Informacja o dostępności faktycznie obecnie jest elementem sprawozdania z działalności Funduszu, zatem bezzasadne jest jej odrębne przedstawianie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej w terminie do dnia 30 czerwca (obecnie wynika to z art. 11 ust. 1 pkt 9), skoro zgodnie z art. 187 ust. 2 sprawozdanie z działalności przedstawiane jest Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej w terminie nie późniejszym niż koniec lipca. Dla sprawnego wywiązania się z obowiązków, termin lipcowy z art. 187 ust. 2 zmieniono konsekwentnie na termin sierpniowy.
79. Przepisem art. 1 pkt 88 projektu w art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodano uprawnienie do zbierania i przetwarzania przez ministra właściwego do spraw zdrowia danych świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, a także umożliwiono zbieranie danych: o dacie zgłoszenia i wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, typie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, danych o płatniku składki oraz o uprawnieniach honorowych dawców krwi, inwalidów wojennych i osób represjonowanych oraz o dacie zgonu. Jednocześnie zrezygnowano z informacji o stanie cywilnym – usunięto w ten sposób niekonsekwencję przepisów o zbieraniu i przetwarzaniu danych (art. 188 ust. 3 pkt 2a oraz art. 188 ust. 4). W art. 188 ust. 2 wprowadzono dodatkowo możliwość uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych umożliwiających wykonanie zadań wynikających ze stosowania umów międzynarodowych, o których mowa w art. 26 ust. 2 pkt 1 ustawy. Należy zauważyć, że umowy międzynarodowe w zasadzie nie regulują kwestii przetwarzania danych osobowych albo odsyłają w tym zakresie do regulacji zawartych w przepisach krajowych.

80. Przepisem art. 1 pkt 89 projektu w art. 190 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych doprecyzowano brzmienie ust. 1 i uchylony został ust. 4. Przepis art. 190 ust. 4 nie jest obecnie stosowany w praktyce, ponieważ NFZ otrzymuje pełne dane ewidencyjne z ZUS. Ponadto wpływające do NFZ w minimalnym zakresie dane z resortów wymienionych w przepisie nie wyczerpują potrzeb informacyjnych Funduszu oraz są przekazywane w zawierającym błędy arkuszu EXCEL. Przepis art. 190 ust. 4 pochodzi z okresu, kiedy nie działał centralny wykaz ubezpieczonych – ustawodawca miał wówczas na celu uzupełnienie przez resorty informacji z ich rozproszonych baz danych. Wobec faktu, że aktualnie wszystkie dane ewidencyjne są przekazywane do ZUS, a ten przekazuje je do NFZ, uchylenie ust. 4 w art. 190 jest zasadne.
81. Przepisem art. 1 pkt 90 projektu w dziale IX ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodano po art. 192 powyższej ustawy art. 192a, który wprowadza odpowiedzialność karną za uzyskiwanie i oferowanie korzyści materialnych z tytułu refundacji leków (art. 63a i 63b).
82. Przepisem art. 1 pkt 91 projektu uchyla się art. 243 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co jest konsekwencją zmian dotyczących przepisów o składkach na ubezpieczenie zdrowotne.
83. Merytoryczna zmiana w załączniku do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynikająca z art. 1 pkt 92, ma na celu przywrócenie finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie układu nerwowego (leczenia padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego), kiedy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna, a także rozszerzenia zakresu badań diagnostycznych wykonywanych przy użyciu PET.
84. Proponowana przepisem art. 2 projektu ustawy zmiana do ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, polegająca na uchyleniu art. 17, uzasadniona jest tym, że ten przepis dotyczy przydziałów samochodów osobowych w systemie gospodarki nakazowo-rozdzielczej i w obecnym systemie ekonomicznym nie ma racji bytu, a kwestie związane z zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne regulowane są w odpowiednich przepisach ustawy o

świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktach wykonawczych.

85. Przepisem art. 3 projektu dokonuje się zmiany w ustawie o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, która jest konsekwencją zmiany dokonanej w art. 47a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokonane zmiany mają na celu poprawienie zasad dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla kombatantów.
86. Przepisem art. 4 projektu dokonuje się następujących zmian w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej:
 - 1) w pkt 1, dotyczącym art. 54 dokonuje się zmiany, polegającej na wprowadzeniu możliwości finansowania odpłatnych świadczeń zdrowotnych ze środków zakładów ubezpieczeniowych na podstawie zawartych umów ubezpieczenia ma na celu poszerzenie katalogu środków finansowych, które uzyskiwać może samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Rozwiązanie powyższe jest uzasadnione rozwijającą się dziedziną ubezpieczeń prywatnych i względami praktycznymi, albowiem często osoby, które otrzymują odpłatne świadczenia zdrowotne, posiadają polisy ubezpieczeniowe. Proponowane rozwiązanie umożliwia zatem przepływ środków finansowych od prywatnego ubezpieczyciela do świadczeniodawcy;
 - 2) w pkt 2 dodano w art. 67 ust. 6-10 – przepisy mające charakter wyjątkowy, nadzwyczajny, gdyż będą one miały zastosowanie nie tylko w przypadku klęski żywiołowej (jak to jest w przypadku art. 67a ust. 1 ustawy), lecz do każdej sytuacji, w której brak będzie zagwarantowania udzielania określonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przewiduje się procedurę działania w sytuacji kryzysowej. W procedurze powyższej uczestniczyć będzie minister zdrowia, podmiot nadzorujący zoz i dyrektor oddziału NFZ. Wszystkie te organy wyposażono w szereg kompetencji związanych z działaniem zmierzającym do przywrócenia stanu, w którym świadczenia zdrowotne byłyby zapewnione. Minister Zdrowia będzie informował podmiot nadzorujący o braku zapewnienia świadczeń, po czym podmiot

nadzorujący podejmować będzie działania interwencyjne. Proponuje się szczegółowy obieg informacji o stanie realizacji działań interwencyjnych, co konieczne jest m.in. do właściwego przepływu środków przeznaczonych na finansowanie podejmowanej interwencji.

87. Proponowana w art. 5 zmiana w ustawie o statystyce publicznej nakłada na Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego obowiązek corocznego sporządzania i publikowania Narodowego Rachunku Zdrowia. Nowe zadanie konieczne jest do właściwej realizacji zadań, nałożonych na ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie obliczania kosztu średniego za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone na podstawie przepisów o koordynacji. Przy obliczaniu tych kosztów, Narodowy Rachunek Zdrowia będzie rzetelnym, pewnym źródłem wiedzy o wydatkach publicznych poniesionych na służbę zdrowia. Pierwszy Narodowy Rachunek Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy, zostanie sporządzony za rok 2006, stąd też wprowadzono przepis wyłączający stosowanie Rachunku przy obliczaniu kosztów średnich za lata 2004 i 2005.

88. Przepisem art. 6 projektu uchyla się art. 10 ustawy o publicznej służbie krwi, co uzasadnione jest względami porządkowymi, albowiem, z uwagi na treść proponowanych w projektowanej ustawie przepisów dotyczących uprawnień weteranów walk o niepodległość, uchylany przepis nie znajduje racji bytu.

89. Proponowana zmiana w art. 7 projektu dotyczy ustawy o cenach. W art. 5 powyższej ustawy wprowadza się ograniczenie w zakresie posiadania akcji lub udziałów oraz zasiadania we władzach spółek i przedsiębiorstw zajmujących się wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, w stosunku do osób, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i opinii dla Zespołu do Spraw Gospodarki Lekami, a także ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej.

W art. 6 ustawy o cenach dodano ust. 1a-1c dotyczące opłat za wnioski o ustalenie ceny urzędowej, analogicznie jak w art. 39 ust. 2a-2c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ponadto w art. 7 ustawy o cenach dodano ust. 7a-7c, które precyzują, jakie rozstrzygnięcia może podjąć Minister Zdrowia, rozpatrując wnioski o wpisanie leku

na wykazy refundacyjne i ustalenie cen urzędowych. Przepisy wskazują również, od jakich decyzji Ministra przysługuje możliwość skargi wnioskodawcy do sądu administracyjnego.

Do projektu ustawy nie mogą zostać dołączone te projekty aktów wykonawczych, które zawierają wykazy leków i ich cen, ponieważ tworzenie tych wykazów następuje w szczególnym trybie. Rozporządzenia zawierające wykazy leków oraz ich ceny są wydawane po rozpatrzeniu wniosków o umieszczenie leku na wykazie oraz o ustalenie ceny tego leku. Wnioski mogą być składane przez podmiot odpowiedzialny oraz importera równoległego, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, a także wytwórcę wyrobów medycznych, jego autoryzowanego przedstawiciela albo importera, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565). Wykazy te, zgodnie z projektem ustawy, będą aktualizowane nie rzadziej niż co 90 dni.

90. Zmiana, dokonana przepisem art. 8, dotyczy m.in. art. 28 Prawa farmaceutycznego i zmierza do wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, związanych z procedurą wpisu produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na podstawie zezwolenia do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obecne brzmienie wprowadza jednoznaczne rozstrzygnięcie w tym zakresie.

W związku z koniecznością zagwarantowania Narodowemu Funduszowi Zdrowia realnych instrumentów w zakresie gospodarki lekami, dokonuje się zmiany w art. 81 ust. 2 pkt 1 Prawa farmaceutycznego. Zgodnie z proponowanym przepisem, zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej będzie mogło być cofnięte, jeżeli przedsiębiorca będzie uniemożliwiał lub utrudniał wykonywanie czynności urzędowych, także przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednocześnie proponowana w art. 103 zmiana punktu 5 w ust. 2 ma na celu wyeliminowanie prowadzonej przez apteki praktyki przekazywania danych umieszczonych na receptach oraz danych dotyczących ilości, rodzaju lub nazw wydanych produktów leczniczych. Praktyka taka w swoim założeniu zmierza bowiem do wykorzystywania powyższych danych w celach marketingowych i w szerszej

perspektywie przyczynia się do kształtowania ordynacji lekiem. Wyeliminowanie takiej praktyki w stosunku do wszystkich, z wyłączeniem podmiotów uprawnionych, zapewni właściwą ordynację lekami, która umotywowana będzie wyłącznie dobrem pacjenta, nie zaś ukierunkowana na zysk.

91. Zmiana dokonana przepisem art. 9 projektu, dotycząca ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. Nr 197, poz. 1661, z późn. zm.), nawiązuje do treści proponowanego art. 192a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i prowadzić będzie do zmian umożliwiających skuteczniejsze, bardziej efektywne zwalczanie przestępczości korupcyjnej w systemie ochrony zdrowia. Propozycje zawarte w projekcie mają na celu poszerzenie zakresu podmiotów odpowiedzialnych za działania korupcyjne wymienione w art. 192a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) – został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej wraz z uwagami zgłoszonymi w trakcie uzgodnień zewnętrznych. W trakcie prac nad projektem żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania uczestnictwem w pracach na tym projektem w trybie określonym w art. 7 wyżej wymienionej ustawy.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt ustawy swoim zakresem wywiera wpływ na następujące podmioty:

- 1) Narodowy Fundusz Zdrowia – zwiększy się zakres finansowanych świadczeń,
- 2) minister właściwy do spraw finansów publicznych – poprawią się możliwości nadzoru nad finansami Funduszu,
- 3) minister właściwy do spraw zdrowia – m.in. powstanie obowiązek prowadzenia Rejestru Korzyści, dodane zostaną uprawnienia w zakresie wprowadzania przez firmy ubezpieczeniowe produktów ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego,
- 4) wojewodowie – zostanie wydane rozporządzenie umożliwiające uporządkowane przekazywanie danych w zakresie wymaganym przez ustawę,
- 5) świadczeniodawcy – zwiększy się zakres finansowanych świadczeń,
- 6) osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia, obywatele polscy posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, nieubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia – poprawi się zakres dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Konsultacje społeczne

Projekt był przesłany do konsultacji między innymi: marszałkom województw, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, stronie samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, rektorom uczelni medycznych, instytutom, Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Inwalidów Wojennych RP, Związkowi Sybiraków, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK

NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Stomatologów, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, stowarzyszeniom pacjentów, Ogólnopolskiej Izbie Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, Polskiej Izbie Przemysłu Farmaceutycznego i Wyrobów Medycznych POLFARMED, Izbie Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”.

Projekt w ramach konsultacji społecznych został przesłany do Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, jednakże nie był przedmiotem obrad posiedzenia plenarnego tej Komisji. Projekt był omówiony na posiedzeniu Zespołu ds. Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, który zgłosił zastrzeżenia dotyczące zmian w sposobie uwzględniania migracji. Zespół zgłosił również uwagę do art. 155a, który był przewidziany w pierwotnej wersji projektu, a zakładał, po spełnieniu określonych przesłanek możliwość rozwiązania przez ministra właściwego do spraw zdrowia umowy ze świadczeniodawcą. W ocenie Zespołu przepis powyższy zakładał zbyt daleko idącą ingerencję władzy publicznej w sferę stosunków cywilnoprawnych. Zespół zakwestionował ponadto zasadność wprowadzenia art. 156 ust. 3-5, jako przepisów zakładających wzmocnienie pozycji Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców. Zespół również krytycznie odniósł się do art. 159a, zakładającego możliwość nakazania przez ministra właściwego do spraw zdrowia świadczeniodawcom podjęcia stosownych działań antykryzysowych w przypadku braku zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na danym terytorium.

W wyniku uwzględnienia uwag Zespołu, zrezygnowano z wprowadzenia art. 155a oraz art. 159a. Zaproponowano jednakże zmiany w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w art. 67, zakładające możliwość podjęcia przez organy sprawujące nadzór nad świadczeniodawcami działań zmierzających do zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i podjęcia w tym zakresie działań antykryzysowych.

Będzie to zatem działanie niezakładające centralizacji rozstrzygnięć i mające swoje umocowanie w obecnie obowiązujących przepisach.

W art. 156 w ust. 2 wprowadzono co do zasady zawieranie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na czas nieoznaczony, co uzasadnione jest jej charakterem oraz koniecznością zapewnienia kontynuacji leczenia i trwałości udzielanych świadczeń. Zwrócić należy uwagę, że projekt w obecnym brzmieniu zawiera przepisy art. 156 ust. 3 i 4, których celem nie jest uzależnianie świadczeniodawców od warunków narzucanych przez podmiot finansujący świadczenia. Proponowane przepisy zmierzają wyłącznie do poinformowania świadczeniobiorców o rozwiązaniu umowy z Funduszem i możliwości uzyskania świadczeń u innych świadczeniodawców. W istocie zatem proponowany przepis w ust. 3 ma na celu ochronę pacjentów. Ograniczenie, o którym mowa w projektowanym ust. 4, dotyczy wyłącznie liczby umów, jakie dany świadczeniodawca może podpisać z Funduszem w określonym zakresie. Przepis powyższy nie ingeruje zatem w treść (w tym warunki) poszczególnych umów zawieranych z podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec z kolei zgłaszanych uwag, że wskaźniki migracji określane są na podstawie danych o migracji z roku o dwa lata wcześniejszego i trudności z uzyskaniem bardziej aktualnych danych o tym mocno zmieniającym się procesie, przyjęto koncepcję rozliczania migracji ubezpieczonych „na bieżąco”, co jest związane z pominięciem wskaźników migracji przy podziale środków na świadczenia między oddziały wojewódzkie Funduszu.

Projekt w ramach konsultacji społecznych został przesłany do Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej. W ocenie UKIE projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej, z wyjątkiem następujących regulacji:

1. Powołując się na wystosowane przez Komisję Europejską w dniu 23 grudnia 2005 r. zarzuty formalne dotyczące braku implementacji dyrektywy 89/105/EWG, UKIE podniosło brak przejrzystych reguł odnoszących się do ustalania cen oraz zasad refundacji leków.
2. Odnośnie do nowelizowanego art. 25 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych UKIE podniosło, że wskutek przyjętej linii

orzecnictwa ETS utrzymanie proponowanego brzmienia przepisu będzie „niekorzystne”, z uwagi na konieczność zwrotu skarżącym kosztów leczenia w pełnej wysokości.

3. Odnośnie do art. 36 ust. 4 i nast. ww. ustawy UKIE podniosło, że projekt nie przewiduje pełnego zastosowania dyrektywy 89/105/EWG w przypadku refundacji leków z importu docelowego.
4. UKIE zakwestionowało także występujące w projekcie rozdzielenie decyzji o refundacji leku i o cenie od publikacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, podnosząc, że dopiero publikacja rozporządzenia daje prawo do sprzedaży leku refundowanego. W ocenie UKIE narusza to art. 2 ust. 1 dyrektywy 89/105/EWG, zgodnie z którym podjęcie decyzji o ustaleniu ceny powinno być równoznaczne z możliwością wprowadzenia leku na rynek.
5. Odnośnie do art. 39 ust. 1 i 1a ww. ustawy UKIE podniosło, że określenie terminów składania wniosków w określonych terminach stanowi zagrożenie dla przestrzegania terminów, o których mowa w dyrektywie 89/105/EWG.
6. Odnośnie do art. 39 ust. 2 pkt 8 ww. ustawy UKIE podniosło, że regulacja ta „stawia pod znakiem zapytania możliwość umieszczenia w wykazach leków z importu równoległego”, co może naruszać zasadę swobody przepływu towarów.
7. Odnośnie art. 63a ww. ustawy UKIE podniosło, iż z zakresu działania tego przepisu należy wyłączyć istniejące praktyki handlowe dotyczące rabatów lub cen stosowane przez podmioty odpowiedzialne i ich przedstawicieli do osób prowadzących obrót hurtowy lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji.
8. UKIE podniosło również, że „projekt wskazuje wadliwość w zakresie procedur prowadzących do refundacji leku lub wyrobu medycznego. Niesprecyzowana została rola Zespołu doradzającego Ministrowi Zdrowia w zakresie decyzji refundacyjnych ani rola rekomendacji Zespołu w odniesieniu do decyzji podejmowanych przez Ministra Zdrowia. Nie odzwierciedlono w ww. procedurach zasad podejmowania decyzji w sprawie refundacji/ustalenia ceny w formie decyzji administracyjnych.

Stanowisko Ministra Zdrowia wobec ww. uwag UKIE:

Ad 1. W odpowiedzi na zarzuty formalne Komisji Europejskiej z dnia 23 grudnia 2005 r., Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 15 lutego 2006 r. (znak: MZ-IEP-085-3925-1/GM/06) udzieliło obszernych wyjaśnień: odnośnie do aktualnie obowiązującego prawa dotyczącego systemu refundacji, odnośnie do braku przestrzegania postanowień dyrektywy 89/105/EWG oraz odnośnie do planowanych prac nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach mającymi między innymi na celu doprecyzowanie przepisów dotyczących procedury rozpatrywania wniosków refundacyjnych. Ponadto Ministerstwo Zdrowia wywiązało się z obowiązku wynikającego z art. 11 dyrektywy i poinformowało KE o wszystkich krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych dotyczących systemu refundacji. Obecnie Komisja Europejska na bieżąco informowana jest o każdej kolejnej nowelizacji wykazów leków refundowanych.

W udzielonej Komisji Europejskiej odpowiedzi, Ministerstwo Zdrowia poinformowało między innymi, że w Polsce funkcjonuje system rozporządzeń, jako aktów prawa powszechnie obowiązującego, dotyczących umieszczenia danego leku w krajowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych oraz ustalenia ceny urzędowej na ten lek. Tak zdefiniowany system nie stoi jednakże w sprzeczności z postanowieniami dyrektywy 89/105/EWG.

Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało również w dniu 5 lutego 2007 r. na uzupełniające zarzuty formalne dotyczące domniemanej niezgodności prawa polskiego dotyczącego refundacji i ustalania cen na produkty lecznicze z prawem wspólnotowym.

Ad 2. Minister Zdrowia wyraża stanowisko o niezasadności uwzględnienia zgłaszanych przez UKIE propozycji, mających na celu przeniesienie do ustawy uprawnień, które mogą wynikać z orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.

Po pierwsze stwierdzić należy, że orzeczenia ETS są wiążące tylko w danej sprawie i nie mogą stanowić samodzielnej podstawy nabycia praw.

Jeżeli w ETS lub sądzie powszechnym pojawią się sprawy, w których stan faktyczny będzie podobny do tego, na podstawie którego zostało już wydane orzeczenie ETS, sądy będą korzystały z orzecznictwa ETS i orzekały na korzyść skarżących pacjentów. Nie ma zatem uzasadnienia dla dokonywania w tym przedmiocie proponowanych zmian legislacyjnych, albowiem adaptacja orzeczeń ETS powinna odbywać się na poziomie stosowania, nie zaś tworzenia prawa. Sądy, rozstrzygając w przedmiotowych sprawach, będą musiały uwzględnić wskazaną przez ETS możliwość odstępstwa od zasady swobodnego przepływu usług ze względu na zagrożenie zdrowia publicznego. Ryzyko poważnego naruszenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego może stanowić podstawę do stosowania barier. Wprowadzenie do ustawy proponowanych przez UKIE rozwiązań mogłoby doprowadzić do zaburzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia i może uzasadniać stosowanie bariery w zakresie swobodnego świadczenia usług. W konsekwencji Narodowy Fundusz Zdrowia powinien zachować uprawnienie w zakresie kontroli pacjentów korzystających bez uprzedniej zgody z leczenia w innym państwie członkowskim UE.

Ponadto propozycja UKIE jest niekompletna, a wprowadzenie tak ogólnie sformułowanego przepisu i tak nie pozwoli na jego zastosowanie w praktyce. Należy mieć bowiem na uwadze fakt, że wycena poszczególnych procedur medycznych stosowanych przez NFZ nawet w ramach tego samego województwa jest różna i NFZ nie będzie w stanie ustalić kwoty, jaką powinien zwrócić pacjentowi za przeprowadzone za granicą leczenie.

- Ad 3. Minister Zdrowia wyraża stanowisko, że zgoda Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację produktu leczniczego sprowadzanego w ramach importu docelowego nie dotyczy kształtowania ceny w krajowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Zgoda Prezesa dotyczy bowiem rozstrzygnięcia co do refundacji ceny określonej przez producenta produktu leczniczego. Prezes w tym przypadku w oparciu o informacje dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa leku oraz jego ceny w porównaniu do innych

leków o tym samym wskazaniu terapeutycznym rozstrzyga, czy istnieje możliwość refundacji produktu leczniczego.

Przepisy dyrektywy 89/105/EWG mają zastosowanie do wszystkich krajowych środków mających na celu kontrolę cen produktów leczniczych przeznaczonych do użytku przez człowieka czy też ograniczających asortyment produktów leczniczych objętych krajowym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Tymczasem, jak była o tym mowa powyżej, Prezes Funduszu rozpatruje wystąpienie o refundację pojedynczego leku sprowadzonego w ramach tzw. importu docelowego dla indywidualnego pacjenta, co oznacza, że działania Prezesa Funduszu nie mają charakteru kontrolowania cen produktów leczniczych przeznaczonych do użytku przez człowieka czy też ograniczania asortymentu produktów leczniczych objętych krajowym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Dlatego w ocenie Ministra nie mają zastosowania w tym przypadku przepisy dyrektywy 89/105/EWG.

Ad 4. Zaproponowana przez Ministra Zdrowia procedura rozpatrywania wniosków refundacyjnych jest oparta na założeniu, że rezultatem pozytywnie rozpatrzonego wniosku jest umieszczenie leku w wykazie leków refundowanych oraz ustalenie ceny urzędowej tego leku, skutkiem natomiast negatywnego rozpatrzenia wniosku jest wydanie decyzji administracyjnej Ministra Zdrowia odmawiającej umieszczenia leku na wykazie. Od decyzji tej wnioskodawcy przysługuje prawo złożenia skargi do sądu administracyjnego. Wykazy leków refundowanych obowiązują na podstawie rozporządzeń, jako aktów prawa powszechnie obowiązującego. Należy podkreślić, że w wielu krajach Unii Europejskiej rozstrzygnięcia dotyczące refundacji leków przedstawiane są w jednej generalnej publikacji.

Zaproponowany w projekcie ustawy system refundacyjny stanowi, zdaniem Ministra Zdrowia, optymalne rozwiązanie, które z jednej strony implementuje przepisy dyrektywy 89/105/EWG, a z drugiej strony nie stoi w sprzeczności z Konstytucją, w tym w szczególności z polskim systemem źródeł prawa.

Odnosnie natomiast do podnoszonego przez UKIE zarzutu, jakoby podmiot, którego lek został usunięty z urzędu przez Ministra Zdrowia z wykazów leków

refundowanych, pozbawiony jest jakichkolwiek środków odwoławczych, należy wskazać, że taka regulacja występuje w art. 39 ust. 1a-1e projektu ustawy.

Ad 5. Nie można zgodzić się z wątpliwościami UKIE, że umożliwienie składania wniosków jedynie w określonych terminach stanowi zagrożenie dla przestrzegania terminów, o których mowa w dyrektywie 89/105/EWG. Wprowadzenie konstrukcji polegającej na składaniu wniosków w konkretnych terminach (art. 39 ust. 1 i ust. 1a projektu ustawy) ma na celu wyeliminowanie takiego zagrożenia i zabezpieczenie przestrzegania terminów, o których mowa w dyrektywie. Procedura refundacyjna zaproponowana w projekcie ustawy daje możliwość uporządkowania prac nad kolejnymi wykazami leków refundowanych. W konsekwencji składanie wniosków refundacyjnych w określonych terminach pozwoli na przestrzeganie wynikających z obowiązujących ustaw terminów.

Ad 6. Odnośnie do podniesionej w pkt 6 kwestii refundacji leków pochodzących z importu równoległego należy zauważyć, że już w aktualnie obowiązującym stanie prawnym istnieje możliwość automatycznej refundacji leków, niezamieszczonych w wykazach refundacyjnych, w tym również leków z importu równoległego, na podstawie art. 38 ust. 5. Zgodnie z art. 38 ust. 5 apteka może wydać lek niezamieszczony w wykazach refundacyjnych, a podlegający refundacji, o tej samej nazwie międzynarodowej lub własnej, tej samej dawce, wielkości i drodze podania, pod warunkiem że jego cena nie jest wyższa od limitu ceny, a jeżeli limit nie został ustalony – od ceny leku zamieszczonego w wykazach.

Ponadto należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia już wcześniej doprecyzowało brzmienie art. 38 ust. 5 na podstawie uwag zgłoszonych przez UKIE.

Minister Zdrowia nie może wyrazić zgody na umieszczanie w wykazach refundacyjnych leków, które nie mają zagwarantowanej dostępności. Właśnie jedną z istotnych przesłanek warunkujących umieszczenie leku na liście jest jego dostępność. Ustawa, dając pacjentowi prawo nabywania

produktu leczniczego po obniżonej cenie, jednocześnie musi zagwarantować możliwość realizacji tego prawa. Umieszczenie na liście refundacyjnej produktu leczniczego niedostępnego dla pacjenta powoduje, że nie może on korzystać z uprawnień wynikających wprost z ustawy. W konsekwencji może to również spowodować doprowadzenie do sytuacji, że pacjent za potrzebny mu lek będzie zmuszony zapłacić więcej niż opłata zagwarantowana ustawowo.

- Ad 7. Ustosunkowując się z kolei do uwagi nr 7, dotyczącej art. 63a, Minister zwraca uwagę, że proponowana w powyższym piśmie zmiana ma charakter merytoryczny i nie była zgłaszana na etapie uzgodnień międzyresortowych. W związku z powyższym Minister stoi na stanowisku o niezasadności jej uwzględnienia.
- Ad 8. Nie można zgodzić się również z zarzutem, że niesprecyzowana została rola Zespołu ds. Gospodarki Lekami w zakresie podejmowania decyzji refundacyjnych. Zespół jest ciałem o charakterze opiniodawczo-doradczym Ministra Zdrowia, który zgodnie z ustawą o cenach przedstawia Ministrowi Zdrowia stanowiska w zakresie ustalania wykazów leków refundowanych. W projekcie ustawy uzupełniono wytyczne do wydawania rozporządzeń refundacyjnych, zgodnie z którymi Minister Zdrowia określa wykazy, biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez Zespół do Spraw Gospodarki Lekami. Nie jest zatem wadliwa w tym względzie procedura refundacyjna i nie pozostaje ona w sprzeczności z dyrektywą 89/105/EWG.

Ponadto przedmiotowy projekt w ramach konsultacji społecznych został przesłany do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w celu zaopiniowania w zakresie właściwości tego podmiotu.

W odpowiedzi GODO pismem z dnia 18 maja 2006 r. (znak: GI-DP-023/23/05/06/79) zgłosił uwagi do projektu, a następnie przedstawiciel GODO uczestniczył również w konferencji uzgodnieniowej.

W wyniku przeprowadzonych uzgodnień uwzględniono uwagi GIODO, z wyjątkiem uwagi odnoszącej się do art. 49 ust. 5 (obecnie zarówno w projekcie i ustawie obowiązującej jest to art. 49 ust. 3), przewidującego otwarty katalog danych, jakie będą znajdowały się na karcie ubezpieczenia, uzasadniając to faktem, że w tym zakresie projekt nie wprowadza zmian w stosunku do obowiązującego stanu prawnego.

Należy także zauważyć, że w toku dalszych prac część przepisów, do których GIODO zgłaszała uwagi, została z projektu usunięta, zatem uwagi zgłoszone przez GIODO stały się nieaktualne.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego

Zmiany dokonane w załączniku spowodują wzrost kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia: zmiana w ust. 2 pkt 1 lit. a (leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego) przez dodanie słów „z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna” – ok. 1,68-2,1 mln zł. Prawdopodobna liczba osób wymagających wszczepienia stymulatora rocznie zawiera się między 20-25 dzieci oraz 20-25 dorosłych. Zgodnie z katalogiem świadczeń szpitalnych na 2004 r. (kod 5.06.00.0001257) – leczenie padaczki lekoopornej przez implementację stymulatora nerwu błędnego (wraz z kosztem stymulatora):

- 4.200 punktów x 40 zabiegów x 10,00 zł = 1,68 mln zł,
- 4.200 punktów x 50 zabiegów x 10,00 zł = 2,1 mln zł.

Wejście w życie przedmiotowej regulacji nie spowoduje kosztów dla pozostałych jednostek sektora finansów publicznych.

Wprowadzenie niniejszą ustawą dodatkowego zadania dla ministra właściwego do spraw zdrowia, polegającego na obliczaniu średnich kosztów, o których mowa w art. 94 i 95 rozporządzenia Rady (EWG) nie będzie stanowić tytułu do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa na ten cel. Minister otrzymywać będzie nieodpłatnie wszelkie dane niezbędne do oszacowania tego kosztu. Wyposażenie

Ministra w dodatkową kompetencję nie powinno także spowodować wzrostu kosztów obsługi administracyjnej.

Podobnie dodatkowych skutków finansowych nie powinno wywołać wprowadzenie w projektowanej ustawie uregulowań art. 165-187, zwiększających kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jednocześnie należy podkreślić, że regulacja przewidziana we wprowadzanym art. 12a nie tworzy nowej kategorii osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z czym nie wpłynie na zwiększenie wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane tym osobom.

Zmiany wprowadzane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące utworzenia, prowadzonego przez Ministra Zdrowia, Rejestru Korzyści (art. 39a powyższej ustawy), nie powinny powodować wzrostu obciążenia pracą w stopniu uzasadniającym zatrudnianie nowych pracowników do obsługi administracyjnej Rejestru.

Z wprowadzanymi zmianami dotyczącymi obowiązkowego ubezpieczenia OC nie powinny wiązać się dodatkowe skutki finansowe dla objętych nimi podmiotów. Należy bowiem zauważyć, że wprowadzenie w ustawie obowiązkowego ubezpieczenia OC jest w istocie usankcjonowaniem istniejącej w tym zakresie praktyki – tym razem jednakże (zgodnie z zasadami konstytucyjnymi) obowiązek ubezpieczeniowy zyskuje rangę ustawową. Fundusz bowiem, przy zawieraniu kontraktów ze świadczeniodawcami, również obecnie wymaga przedstawienia polisy ubezpieczeniowej. Obowiązki w tym zakresie były regulowane zarządzeniami Prezesa Funduszu, a od 2005 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).

Postanowienia dotyczące ubezpieczenia OC zawarte są w § 4 rozporządzenia.¹⁾

Szacunkowe skutki finansowe nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej		
Lp.	ZMIANA	SZACUNEK FINANSOWY

1	Ograniczenia antykorupcyjne dla aptek na leki refundowane	Ograniczenie wydatków NFZ na finansowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych – b.d.
2	Odpłatność za wnioski o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych na wykazach leków	Dochód budżetu państwa – b.d.
3	Zwiększenie podstawy wymiaru składki płaconej przez budżet państwa za rolników (od 2008 r.)	Wzrost przychodów NFZ o ok. 160 mln ²⁾ zł i w takiej samej wysokości wzrost wydatków budżetu państwa
4	Zmiana podstawy wymiaru składki dla rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej (od 2008 r.)	Dodatkowe przychody Funduszu w wysokości ok. 7,5 mln zł i zmniejszenie dochodów budżetu państwa o ok. 6,5 mln zł
5	Zmiana podstawy wymiaru składki dla bezrobotnych bez prawa do zasiłku (od 2008 r.) Płacenie składki za wszystkich bezrobotnych bez prawa do zasiłku, niezależnie od bycia członkiem rodziny (od 2009 r.)	Wzrost przychodów NFZ o ok. 316 mln ³⁾ zł i w takiej samej wysokości wzrost wydatków budżetu państwa Wzrost przychodów NFZ o ok. 416 mln zł i w takiej samej wysokości wzrost wydatków budżetu państwa
6	Objęcie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego członków rad nadzorczych	b. d.
7	Zwiększenie podstawy wymiaru składki opłacanej za osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego (od 2008 r.)	Wzrost przychodów NFZ o ok. 17 mln ⁴⁾ zł i w takiej samej wysokości wzrost wydatków budżetu państwa
8	Zmiana załącznika – rozszerzenie wskazań do badań PET	Wzrost wydatków NFZ – b.d.
9	Zmiana załącznika – leczenie padaczki	Wzrost kosztów NFZ o ok. 1,68 – 2,1 mln zł
10	Konieczność zatrudnienia 2 osób w organie prowadzącym ewidencję PESEL	Koszt ok. 50 tys. zł
11	Przedstawiciel w Komisji Nadzoru Finansowego	Koszt ok. 180 tys. zł

Zwiększenie wydatków Funduszu będzie wynikało z powierzenia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia kompetencji w zakresie kierowania świadczeniobiorców (a nie tylko, jak dotychczas, ubezpieczonych) na leczenie lub

badania diagnostyczne zarówno wykonywane, jak i niewykonywane w kraju (dotychczas kompetencje Prezesa obejmowały wyłącznie świadczenia wykonywane w kraju) oraz fakultatywnego finansowania w uzasadnionych przypadkach kosztów transportu sanitarnego.

Zgodnie z danymi Biura Rozliczeń Międzynarodowych koszty leczenia świadczeniobiorców w krajach UE wyniosły w 2005 r. – 1 652 780,45 zł, a koszty transportu sanitarnego – 54 828,36 zł.

W związku z powyższym należy szacować, że koszt Funduszu z tytułu kierowania świadczeniobiorców na leczenie w krajach UE, wraz z kosztami transportu, wyniesie ok. 2 mln zł.

Nie jest możliwe wiarygodne oszacowanie kosztów ponoszonych przez Fundusz z tytułu nieplanowego leczenia świadczeniobiorców. Mając jednakże na uwadze niewielką, w stosunku do ubezpieczonych, liczbę tych osób, można przyjąć, że nie będzie to wzrost o zasadniczym charakterze.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację regionów.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Wejście w życie regulacji będzie mieć pozytywny wpływ na ochronę zdrowia ludności, przez poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz

rozszerzenie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Wejście w życie regulacji nie będzie mieć wpływu na warunki życia ludności.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

1

- 1) § 4. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o zobowiązaniu świadczeniodawcy do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy.
2. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia, wynosi równowartość w złotych:
- 1) 46 500 euro w odniesieniu do:
 - a) zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
 - c) grupowej praktyki lekarskiej prowadzącej działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
 - 2) 25 000 euro w odniesieniu do:
 - a) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
 - b) grupowej praktyki pielęgniarek, położnych prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
 - 3) 12 000 euro w odniesieniu do:
 - a) osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej,
 - b) podmiotów realizujących w ramach umów wyłącznie czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.
3. Kwoty, o których mowa w ust. 2, ustalane są przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

2)

Kwota świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych – 420 zł
kwota minimalnego wynagrodzenia – 989 zł
przeciętna liczba ubezpieczonych w m-cu – 260.000 (zgłoszone przez KRUS do ustawy budżetowej na 2006 r.)
 $(260.000 \times 989 \text{ zł} \times 9\% \text{ (wymiar składki w roku 2007)} \times 12 \text{ m-cy}) - (260.000 \times 420 \text{ zł} \times 9\% \text{ (wymiar składki) } \times 12 \text{ m-cy}) = 277\,711\,000 \text{ zł} - 117\,936\,000 \text{ zł} = 159\,775\,000 \text{ zł}.$

3)

Świadczenie pielęgnacyjne – 420 zł

- podstawowa kwota zasiłku dla bezrobotnych w roku 2007 – 544,80 zł
- podstawowa kwota zasiłku dla bezrobotnych w roku 2008 – 557,20 zł
- szacunek liczby bezrobotnych bez prawa do zasiłku, za które składkę opłaca budżet państwa – 1.402.000
- szacunek liczby bezrobotnych bez prawa do zasiłku, które obecnie są członkami rodzin osób ubezpieczonych (na podstawie danych ZUS, GUS i NFZ – 690.500)

$1.402.000 \times (544,80 \text{ zł} \times 9\% \times 12 - 420 \text{ zł} \times 80\% \times 9\% \times 12) = 316\,151\,000 \text{ zł}$ (dotyczy roku 2008)
 $690.500 \times 557,20 \text{ zł} \times 12 \times 9\% = 415\,526\,328 \text{ zł}$ (dotyczy roku 2009).

4)

Kwota świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych – 420 zł

kwota świadczenia przedemerytalnego I-II.2008 – 721,48 zł
kwota świadczenia przedemerytalnego III-XII.2008 – 737,84 zł

szacowana liczba osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – 40.000

$40.000 \times (((721,48 \text{ zł} \times 9\% \text{ (wymiar składki w roku 2007)}) - (420 \text{ zł} \times 80\% \times 9\%)) \times 2 \text{ m-ce} + ((737,84 \text{ zł} \times 9\% \text{ (wymiar składki w roku 2007)}) - (420 \text{ zł} \times 80\% \times 9\%)) \times 10 \text{ m-cy}) = 40.000 \times ((64,93 \text{ zł} - 30,24 \text{ zł}) \times 2 \text{ m-ce} + (66,41 \text{ zł} - 30,24 \text{ zł}) \times 10 \text{ m-cy}) = 40.000 \times (69,38 \text{ zł} + 361,70 \text{ zł}) = 17\,243\,200 \text{ zł}.$

01/10zb