



Business Centre Club

Warszawa, 30 października 2018 r.

OPINIA

dotyczy: projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Mniej pieniędzy na leczenie pacjentów i coraz więcej kontroli

Analiza projektowanych ustawą zmian daje podstawy do stwierdzenia, że godzą one w świadczeniodawców. Oznaczają jeszcze więcej kontroli, szybciej przeprowadzanych, aby jak najwięcej pieniędzy uzyskać od podmiotów, których misją jest ratowanie życia i leczenie pacjentów.

Leczenie, którego potrzebuje każdy obywatel, powinno być ze strony państwa wspomagane i dawać podmiotom narzędzia do tego, aby było ono szybsze i bardziej efektywne. Tymczasem, NFZ otrzymuje w zasadzie prerogatywy do karania bez kontroli, tylko na podstawie zdalnej weryfikacji. Kontrolerzy otrzymują swobodne uprawnienia i mnóstwo instrumentów kontrolnych, podczas gdy świadczeniodawcom dokłada się obowiązków i wymagań w zakresie posiadanych zasobów sprzętowych, kadrowych i teleinformatycznych.

Nakłada się również nowe obowiązki płacowe związane z różnymi podwyżkami wynagrodzeń dla pracowników ochrony zdrowia, nie dając nic w zamian świadczeniodawcom, aby poprawić ich sytuację finansową. Każda ostatnia, nowa regulacja w zakresie działalności podmiotów leczniczych to kolejny krok do zwiększenia zadłużenia podmiotów i utrudnienia prowadzonej działalności. Skutkiem będzie zabranie podmiotom środków finansowych przeznaczonych na leczenie pacjentów, powodując dalsze ograniczenie dostępu do świadczeń i jeszcze dłuższe kolejki oczekujących.

Szczegółowe uwagi BCC:

W art. 1 projektowanej ustawy zaproponowano zmiany w ustawie o świadczeniach. W miejsce dotychczasowej regulacji art. 64, określającego zakres i tryb kontroli realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzono Dział IIIA, regulujący kompleksowo ten obszar działalności Funduszu przez ujęcie w regulacjach również kontroli ordynacji leków i kontroli aptek. Projektowane zmiany w obszarze kontroli obejmują:

1) przeniesienie uprawnień kontrolnych Funduszu na poziom Prezesa Funduszu – w dotychczasowych regulacjach realizacja kontroli jest zadaniem dyrektorów oddziałów, a kompetencja kontrolna Prezesa Funduszu jest ograniczona do sytuacji wyjątkowych.

2) utworzenie korpusu kontrolerskiego – w dotychczasowych regulacjach kontrolerzy zatrudnieni w Funduszu nie są objęci żadnymi szczególnymi regulacjami dotyczącymi wymogów szkoleniowych, posiadania uprawnień kontrolerskich (na kształt profesjonalnej kadry kontrolerskiej Najwyższej Izby Kontroli, czy Krajowej Administracji Skarbowej).

3) przeniesienie podległości służbowej pracowników kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu do struktur centrali Funduszu, gdyż zgodnie z dotychczasowymi regulacjami realizacja kontroli jest zadaniem dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Utworzenie korpusu kontrolerskiego i skupienie uprawnień kontrolnych na poziomie Prezesa Funduszu ma na celu wzmocnienie roli kontroli w działalności Funduszu. Projektowane przepisy umożliwią to, aby wszyscy pracownicy kontroli stali się pracownikami zatrudnionymi w strukturze centrali Funduszu i tym samym realizowali politykę kontrolną Prezesa Funduszu.

Zmiana ta ma na celu zarówno unifikację realizacji zadań i ocen podmiotów kontrolowanych, jak i ocen pracy kontrolerów. Obecny system, co potwierdziły kontrole instytucjonalne oddziałów wojewódzkich, nie daje takich gwarancji. Zarówno dobór prób, oceny, jak i skutki kontroli różnią się w zależności od oddziału prowadzącego kontrolę. Włączenie wydziałów kontroli w struktury Departamentu Kontroli centrali Funduszu ma wyeliminować te nierówności.

4) ujednolicenie trybu kontrolnego dla wszystkich podmiotów kontrolowanych -dotychczasowe regulacje ustawy o świadczeniach i ustawy refundacyjnej w odmienny sposób regulują tryb kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli ordynacji leków i kontroli aptek. Utrzymanie odmienności rozwiązań jest w ocenie projektodawcy niezasadne i nieuzasadnione merytorycznie, skutkuje bowiem zróżnicowanym trybem odwoławczym dla kontrolowanych podmiotów, gdyż w przypadku aptek zawierają powtórzenia przez prawodawcę uprawnień do trybu odwoławczego do Prezesa Funduszu(odwołania). Prawo w tym zakresie wynika bowiem z art. 42 ustawy refundacyjnej (zażalenie). Przepis art. 42 ust. 1 ustawy o refundacji daje podmiotowi prowadzącemu aptekę uprawnienie do złożenia zażalenia na czynności związane z realizacją umowy, a zatem również możliwość złożenia zażalenia od wyników kontroli (w tym zaleceń pokontrolnych). Dlatego też niecelowe jest powtarzanie tego uprawnienia w ust. 16, w sposób odrębny, jako „odwołania” do Prezesa Funduszu.

Regulacja ta wprowadza ustawową podstawę pozwalającą na realizację kontroli refundacji przez – działających z upoważnienia Prezesa Funduszu, np.: pracowników centrali Funduszu – co w dotychczasowej regulacji było ograniczone tylko do uprawnień dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;

5) ograniczenie dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego. Zaproponowane zmiany wynikają z długotrwałego postępowania kontrolnego związanego z koniecznością sporządzania protokołu kontroli (zawiera ustalenia stanu faktycznego), przy którym zawarte jest prawo do złożenia zastrzeżeń do protokołu (w terminie 7 dni oraz 14 dni na ich rozpatrzenie), a następnie obowiązek sporządzenia wystąpienia pokontrolnego (zawiera ocenę i ewentualne zalecenia pokontrolne), do którego podmiot kontrolowany ponownie ma prawo złożenia zastrzeżeń (w terminie 7 dni oraz 14 dni na ich rozpatrzenie). Zaproponowane zmiany mają na celu:

- a) wprowadzenie jednego dokumentu z kontroli, tj. wystąpienia pokontrolnego, zawierającego ustalenia stanu faktycznego oraz ocenę skontrolowanej działalności oraz ewentualne zalecenia pokontrolne - umożliwi to jednoczesne zapoznanie się podmiotu kontrolowanego zarówno z ustaleniami, jak i z oceną skontrolowanej działalności,
- b) usprawnienie i istotne skrócenie czasu na przeprowadzenie jednostkowej kontroli co najmniej o połowę w odniesieniu do obecnie obowiązującego trybu. Wprowadzenie jednego dokumentu pokontrolnego skróci czas procedowania od momentu wszczęcia kontroli do jej zakończenia o około 30 dni, licząc maksymalny czas na złożenie uwag do protokołu i udzielenie odpowiedzi. Bezpośrednio wpłynie to na liczbę przeprowadzonych kontroli. Dodatkowo można założyć, że gromadzenie ustaleń w jednym dokumencie i skrócenie trybu odwoławczego wpłynie na jakość ustaleń;

Uwaga w odniesieniu do całego punktu 5):

Skrócenie czasu trwania kontroli będzie także skutkowało szybszym o ok. 15-30 dni dokonaniem płatności ewentualnych kar i zwrotów środków – zmiana jest niekorzystna dla finansów świadczeniodawców.

7) ponadto, projektowane regulacje przewidują następujące instrumenty usprawniające prowadzenie procesu kontrolnego i realizujące zasadę ekonomiki procesu kontroli:

- a) utworzenie trybu umożliwiającego uproszczoną weryfikację danych i wyciąganie w oparciu o tak powzięte ustalenia konsekwencji wobec podmiotów kontrolowanych (dodawane do ustawy o świadczeniach art. 61v i 61w),
- b) wprowadzenie trybu kontroli „na legitymację” umożliwiającego rozpoczęcie kontroli bez zawiadomienia w sytuacjach enumeratywnie wymienionych w projekcie ustawy,
- c) umożliwienie wykorzystania w procesie kontroli informacji zgromadzonych przed wszczęciem postępowania kontrolnego – projektowana regulacja wpłynie na efektywność realizowanych zadań kontrolnych. Dotychczasowa regulacja w znacznym stopniu spowalnia proces kontroli, uniemożliwiając wykorzystanie wyników kontroli przeprowadzonych przez inne instytucje kontrolne, a nawet przez sam Fundusz (obecnie mogą być wykorzystane materiały uzyskane tylko w danej kontroli),
- d) uzyskanie nieodpłatnych informacji zgromadzonych w aktach spraw, zbiorach danych, ewidencjach i rejestrach przez organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne oraz państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne, w tym również z informacji zapisanych w postaci elektronicznej, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów. Ponadto wprowadzono obowiązek współdziałania z Prezesem Funduszu organów administracji rządowej i samorządowej, państwowych i samorządowych osób prawnych oraz państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych, które będą udzielać Prezesowi Funduszu pomocy przy wykonywaniu zadań kontrolnych. Projektowany przepis ma na celu stworzenie dla Funduszu drogi dostępu do danych zawartych w zbiorach danych, ewidencjach i rejestrach prowadzonych przez podmioty dotychczas nie zobligowane do udostępniania danych Funduszowi. Dostęp do tych zasobów przyczyni się do możliwości zestawiania danych a w efekcie do podejmowania przez Fundusz działań o charakterze uszczelniającym gospodarkę finansową Funduszu. Należy jednak podkreślić, iż przy wykonywaniu zadań kontrolnych Prezes Funduszu nie będzie mógł żądać zaświadczeń ani dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego, jeżeli są one możliwe do ustalenia przez Fundusz samodzielnie,
- e) uzyskanie informacji o wynikach z innych kontroli i inspekcji przeprowadzonych w jednostkach administracji rządowej i samorządzie terytorialnym;

W odniesieniu do całego punktu 7), jest to niekorzystne dla świadczeniodawców wprowadzenie trybu kontroli „na legitymację”

Ponadto, w odniesieniu do:

- 1) art. 61a. ust. 1 pkt 1 – dotychczas dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ mogli prowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. w zakresie organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności. Proponowana zmiana, poza tym że będzie to od teraz kompetencją Prezesa Funduszu, dodaje jeszcze do tego zakresu prowadzenie kontroli jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zasadniczym pytaniem jest, w jaki merytoryczny sposób będzie prowadzona kontrola jakości przez Prezesa Funduszu, który jest jedynie dysponentem środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej? Kto fizycznie będzie prowadził kontrolę jakości świadczeń skoro osobą wskazaną w art. 61e ust. 1 i 2 (czyli co do zasady kontrolerem, poza ewentualnie powołanymi biegłymi), upoważnioną do prowadzenia kontroli, może być każdy pracownik Funduszu. **W projektowanych zmianach brakuje regulacji dotyczącej wskazania, że kontroler musi być specjalistą w danej dziedzinie medycyny, która będzie podlegała kontroli Funduszu.**

Ponadto, w jaki sposób NFZ będzie prowadził kontrolę jakości? Czy będzie wzywał pacjentów, bądź ich wizytował celem oceny jakości wdrożonego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego? Wybór ścieżki diagnostyczno-leczniczej należy przecież do lekarza, który postępuje zgodnie z aktualną i najlepszą swoją wiedzą, doświadczeniem i znajomością problemów pacjenta. **Projektowane zmiany to kolejny cios w lekarzy, którzy już nigdy nie będą mogli być pewni, że ich decyzje były właściwe i kontroler ich nie zakwestionuje.**

- 2) art. 61a ust. 1 - usuwa się uprzednio wskazany enumeratywnie przepis, że kontrola dotyczy dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej. Tzn. że dokumentacja medyczna nie będzie już przedmiotem kontroli? Czy kontrola dokumentacji ma zdaniem projektodawcy mieścić się w ramach kontroli realizacji innych obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę w związku z realizacją umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej? Przepis tego wprost nie rozstrzyga. Co gorsza, taki zapis (podkreślenie) sprowadza się do tego, że kontrolować można wszystko.
- 3) art. 61a ust. 1 pkt 2 – projektodawca wskazuje, że kontrola będzie dotyczyła udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami – tzn. którymi? **Katalog powinien zostać zawężony poprzez wymienienie w szczególności, których przepisów to dotyczy.**
- 4) art. 61e ust. 5 pkt 6 – skoro w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli wskazuje się przewidywany termin jej zakończenia to z przepisu tego wynika, że kontrola może zostać przedłużona. W takim przypadku, proponujemy aby **projektodawca precyzyjnie określił na jakich zasadach lub z zastosowaniem jakich przepisów można ją przedłużyć.**
- 5) art. 61e ust. 5 – **proponujemy dodać punkt informujący o kwalifikacjach kontrolera w zakresie danej dziedziny medycyny, której kontrola dotyczy.** Taka konieczność wynika z faktu, że podmiot kontrolowany musi posiadać wiedzę o przygotowaniu i doświadczeniu kontrolera do prowadzenia kontroli. Podmiot kontrolowany musi też wiedzieć, że

odpowiedzi, których będzie udzielał w trakcie kontroli, będą przekazywane osobie, która posiada odpowiednią wiedzę i że będą one przez tą osobę zrozumiane, a są to często informacje wyrażone w „języku medycznym”, koniecznym w przypadku precyzyjnego określenia każdego z etapów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i zastosowanych procedur.

- 6) art. 61i ust. 4 – zgodnie z tym przepisem, kontrola lub poszczególne jej czynności mogą być prowadzone również poza godzinami pracy podmiotu kontrolowanego, w tym dniach wolnych od pracy i w porze nocnej, w przypadku, gdy np. przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia. Po pierwsze, projektodawca nie wskazał, gdzie taka kontrola miała by być prowadzona. Jeśli w budynkach świadczeniodawcy, to będzie się to wiązało z dodatkowymi kosztami, które świadczeniodawca musiałby ponieść na zapewnienie ochrony i obsługi budynku, zarówno administracyjnej jak i organizacyjnej. Po drugie, zgodnie z art. 61a ust. 1 i 2:

Art. 61a. 1. *Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności w zakresie:*

- 1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;*
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 3) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;*
- 4) przestrzegania zasad wystawiania recept;*
- 5) realizacji innych niż określone w pkt 2-4 obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę w związku z realizacją umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

2. *Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji uprawnień i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów prawa, podmiotów, którym ustawa przyznaje takie uprawnienia i obowiązki w zakresie:*

- 1) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;*
- 2) przestrzegania zasad wystawiania lub realizacji recept.*

Wyżej wymieniony katalog nie zawiera upoważnienia do przeprowadzenia przez Prezesa NFZ kontroli związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, czy niezbędnych dla przeciwdziałania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia. Mowa o tym dopiero w art. 61u, który powinien zostać wskazany bezpośrednio po art. 61a, w celu zgromadzenia w jednym miejscu podstaw kontroli.

- 7) art. 61j ust. 1 pkt 1 – tzn. jakie wszelkie dokumenty finansowo-księgowe miałby badać kontroler albo biegły? **Określenie wszelkie jest zbyt szerokie i zbyt ogólne. Zawężenie ich do zakresu kontroli jest również zbyt ogólne.** Z kontrolą można, co do zasady, połączyć całą działalność podmiotu leczniczego. Badanie takich dokumentów to za duże i zbyt daleko posunięte uprawnienia przyznane kontrolerom.
- 8) art. 61j ust. 2 – z tego przepisu wynika, że dokumentacja medyczna będzie jednak podlegała badaniu i ocenie. Zgodnie z brzmieniem tego artykułu, badanie dokumentacji medycznej będzie przeprowadzane przez osoby posiadające wykształcenie medyczne lub wykonujące

zawód medyczny, tj. osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Zmianę w zakresie kwalifikacji osób przeprowadzających kontrolę dokumentacji medycznej należy ocenić pozytywnie, o ile kontrolujący będą kontrolować tylko te dziedziny medycyny, w których posiadają te kwalifikacje i doświadczenie – co niestety jednoznacznie nie wynika z treści projektowanego artykułu. Dotychczas, zdecydowana większość kontroli prowadzonych przez NFZ była prowadzona przez osoby nie mające odpowiednich kwalifikacji w kontrolowanej dziedzinie. Lekarz ortopeda kontrolował np. chirurgię klatki piersiowej.

9) art. 61j ust. 3 – projektodawca wskazuje, że kontroler jest upoważniony do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego. Czy to znaczy, że może wchodzić i „zaglądać” gdzie chce, kiedy chce i jak chce? Projektodawca nie może użyć takiego sformułowania, jak swobodne poruszanie się. **Bezsprzecznie, należy doprecyzować co projektodawca ma na myśli w tym zakresie, pozostawiając albo katalog zamknięty dla czynności, do których upoważniony jest kontroler, albo w ogóle usunąć cały niedopracowany ustęp.** Czy celem projektodawcy jest nadanie kontrolerom uprawnień równoznacznych organom ścigania?

10) art. 61j ust. 4 – jeśli chodzi o niezwłoczność przedstawienia do kontroli żądanych dokumentów i innych nośników informacji oraz terminowe udzielanie wyjaśnień, udostępnianie urządzeń technicznych, a w miarę możliwości oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem, które ma zapewnić kontrolerowi kierownik podmiotu kontrolowanego, to oczywistym jest, że zawsze podmiot przedstawia żądane informacje niezwłocznie, jednak projektodawca musi pamiętać że ich żądanie, a następnie przygotowanie i przekazanie kontrolerom nie może wpływać na organizację udzielania świadczeń i ograniczać dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. W podmiocie leczniczym udziela się świadczeń zdrowotnych, które służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych skomplikowanych i specjalistycznych procedur wynikających z procesu leczenia, do którego wchodzi całość i ciągłość świadczeń od profilaktyki po rehabilitację. Pracownicy podmiotu kontrolowanego na co dzień wykonują powierzoną im pracę i nie mogą być nagle od niej oderwani (z reguły jest to praca wymagająca i stresująca, czasochłonna i terminowa) żeby przedłożyć już natychmiast kontrolerowi dokumenty, wyjaśnienia itp. W codziennej praktyce można się spotkać z sytuacjami, że kontrolerzy nie rozumieją takich sytuacji i zakładają określony termin na przygotowanie dokumentów, który jeśli się przedłuża z przyczyn niezależnych od kontrolowanego (np. zbyt duży nakład pracy), jest interpretowany przez kontrolerów jako celowe utrudnianie kontroli. Dlatego w niniejszym ustępie, **BCC proponuje dodać zapis, że „(..) w szczególności niezwłoczne, z uwzględnieniem nakładów pracy podmiotu kontrolowanego, przedstawienie do kontroli żądanych dokumentów (...).**

Jednocześnie, chcąc usprawnić i przyspieszyć proces przekazywania dokumentów w celu szybszej i sprawniejszej kontroli, projektodawca powinien rozważyć przekazanie dodatkowych środków finansowych z NFZ dla wyznaczonych pracowników podmiotu kontrolowanego w czasie kontroli, na zapłatę za ich pracę w godzinach nadliczbowych. **Z uwagi na rolę jaką pełnią podmioty lecznicze, bieżące funkcjonowanie firmy i prowadzenie działalności nie może być zaburzane podczas kontroli NFZ.** W świetle tego oraz w związku z

koniecznością udostępnienia kontrolerom urządzeń technicznych podczas kontroli, należy dodać zapis o odpłatności.

W związku z powyższym, proponujemy nowe, następujące brzmienie:

„Kierownik podmiotu kontrolowanego zapewnia kontrolerowi oraz osobie, o której mowa w art. 61e ust. 2, warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności niezwłoczne, z uwzględnieniem nakładów pracy podmiotu kontrolowanego, przedstawienie do kontroli żądanych dokumentów i innych nośników informacji, terminowe udzielanie wyjaśnień oraz udostępnianie urządzeń technicznych, a w miarę możliwości oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem – za które podmiot kontrolowany pobiera opłatę.

- 11) art. 61j ust. 5 – w przypadku wykonania czynności dla kontrolera, o których mowa w niniejszym ustępie, np. wykonania skanów lub sporządzenia wyciągów z dokumentów, podmiot kontrolowany powinien pobierać od NFZ opłatę.

Niezrozumiałym jest, dlaczego zadłużone i tak podmioty, których zobowiązania ciągle rosną, mają za darmo sporządzać „kopie-skany” dokumentów dla NFZ? Zazwyczaj, w zależności oczywiście od przedmiotu i zakresu kontroli, jest to ilość od kilkudziesięciu do nawet kilku tysięcy stron. Materiały i urządzenia biurowe się zużywają i są coraz bardziej wyeksploatowane. Stale rośnie cena energii elektrycznej i wszelkich dóbr, w tym materiałów eksploatacyjnych do tych urządzeń. Przy takich ilościach dokumentów, jakie są przetwarzane przez kontrolerów podczas kontroli, są to już bardzo znaczące kwoty. Dodatkowo, dochodzą czynności wymagające zaangażowania pracownika podmiotu i oddelegowania go tylko do tych czynności. Nie ma tym samym podstaw do odstępowania od pobierania w tym przypadku opłaty od NFZ.

- 12) art. 61l ust. 2 należy dodać zapis, że kierownik podmiotu lub osoba przez niego upoważniona ma prawo **do swobodnego i niezwłocznego** wglądu do akt kontroli i sporządzania z nich odpisów, **na każdym etapie kontroli**, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.

Skoro NFZ ma otrzymywać wszystko niezwłocznie i ma mieć swobodny dostęp, to podmiot kontrolowany musi również mieć taką możliwość. Akta kontroli są podstawą wystąpienia pokontrolnego, więc na każdym etapie podmiot kontrolowany musi mieć do nich dostęp.

- 13) art. 61q ust. 2 – projektodawca zakłada, że w razie nieobecności kierownika właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego kontrolerzy NFZ mają upoważnienie do przeprowadzenia oględzin w obecności pracownika czynnego, a jeśli go nie będzie to przywołanego świadka będącego funkcjonariuszem publicznym. Przepis ten pokazuje brak zrozumienia dla działalności podmiotów i ich nierówne, bardzo podrzędne traktowanie w stosunku do NFZ. Czy projektodawca nie przewidział takiej możliwości, wynikającej z podstawowych zasad dobrej współpracy, że kontroler i kierownik podmiotu kontrolowanego mogą po prostu wspólnie ustalić termin oględzin? Zapis powinien zostać skonstruowany właśnie w ten sposób:

„Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego, w terminie ustalonym przez strony z uwzględnieniem organizacji i czasu pracy kontrolowanej komórki organizacyjnej. Termin przeprowadzenia oględzin nie może być wyznaczony później niż 3 dni

od dnia powzięcia przez kierownika podmiotu kontrolowanego informacji od kontrolera o zamiarze przeprowadzenia oględzin.” **Taki zapis zdecydowanie usprawni przeprowadzenie kontroli i jednocześnie uwzględni specyfikę działalności podmiotów leczniczych, które nie mogą też ograniczać dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom, z uwagi na konieczność przeprowadzenia kontroli.**

- 14) art. 61t ust. 1 – czas na zgłoszenie zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, które zgodnie z projektem będzie konsumowało też dotychczasowy protokół kontroli, powinien być wydłużony do co najmniej 21 dni.

Termin 14 dni to zdecydowanie za krótki okres na zajęcie stanowiska, szczególnie że jak wskazano wyżej, wystąpienie pokontrolne ma zawierać całą informację o stanie faktycznym, która dotychczas była określana oddzielnie jako protokół kontroli. Kontrolowany powinien mieć co najmniej 21 dni na rzetelne uzasadnienie swojego stanowiska i odniesienie się do wszelkich ustaleń kontroli. Określenie tego czasu na 21 dni i tak znacząco przyspieszy cały proces kontroli, o czym mowa w uzasadnieniu projektu zmian w tym zakresie.

- 15) art. 61x. ust. 3 – brak elementarnego przepisu dotyczącego kwalifikacji pracowników Funduszu do przeprowadzania kontroli. **Należy dodać zapis, że kontroler, który będzie oceniał postępowanie merytoryczne personelu medycznego oraz będzie badał dokumentację medyczną musi posiadać wykształcenie i specjalizację tożsame z kontrolowaną dziedziną medycyny.** Lekarz chirurg nie może kontrolować zakresu interny czy torakochirurgii. Wydaje się to logiczne, a jednak projektodawca pominął taki zapis w warunkach jakie musi spełnić kandydat na kontrolera Funduszu. Kontroler powinien mieć specjalistyczną wiedzę w przedmiocie kontroli. Wiedzę nie tylko teoretyczną, ale przede wszystkim praktyczną, popartą doświadczeniem w wykonywaniu zawodu medycznego.

Kontakt do eksperta:

Wiktor Masłowski

przewodniczący Komisji BCC ds. usług zdrowotnych
tel. 22 32 11 400
e-mail: wiktor.maslowski@bcc.org.pl

Kontakt dla mediów:

Emil Muciński

rzecznik, Instytut Interwencji Gospodarczych BCC
tel. 602 571 395, 22 58 26 113
e-mail: emil.mucinski@bcc.org.pl; instytut@bcc.org.pl

Business Centre Club istnieje od 1991 roku. Jest prestiżowym Klubem przedsiębiorców i największą w kraju, ustawową organizacją indywidualnych pracodawców. Grupa BCC składa się z Klubu BCC, Związku Pracodawców BCC i Studenckiego Forum BCC. Członkowie BCC zatrudniają ponad 400 tys. pracowników, obroty firm sięgają 20 miliardów złotych. Wśród członków BCC znajdują się największe korporacje krajowe i zagraniczne. Członkami Klubu są także uczelnie wyższe, wydawnictwa, szpitale, prawnicy, dziennikarze, naukowcy, lekarze, wojskowi i studenci. BCC prowadzi działania w blisko 250 miastach i 23 łóżach regionalnych na terenie całej Polski. Koncentruje się na działaniach na rzecz rozwoju gospodarki i pomocy przedsiębiorcom. BCC jest członkiem Rady Dialogu Społecznego. Koordynatorem wszystkich działań BCC jest Marek Goliśzewski.
Kontakty prasowe: <http://www.bcc.org.pl/Eksperci.244.0.html>, więcej: <http://www.bcc.org.pl> oraz: <http://www.facebook.com/pages/Business-Centre-Club>