projekt z dnia 07.04.2014 r.

Ustawa

z dnia.....2014 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[1)]

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.[2)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1 pkt 6a otrzymuje brzmienie:

„6a) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją";";

2) w art. 5:

a) po pkt 29 dodaje się pkt 29a w brzmieniu:

„29a) program polityki zdrowotnej - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany,

---

[1)] Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290 1623, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra oraz jednostki samorządu terytorialnego;",

b) pkt 30 otrzymuje brzmienie:

„30) program zdrowotny - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 31d;",

c) pkt 38 otrzymuje brzmienie:

„38) świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego;",

d) dotychczasową treść pkt 42a oznacza się jako pkt 42b i dodaje się pkt 42a w brzmieniu:

„42a) taryfa świadczeń - zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji;";

3) w art. 11 w ust. 1:

a) uchyla się pkt 2,

b) pkt 4 i 4a otrzymują brzmienie:

„4) finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

4a) planowanie, przekazywanie i rozliczanie dotacji z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8;",

c) dodaje się pkt 9a w brzmieniu:

„9a) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, Zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu oraz dyrektorów i członków rad oddziałów wojewódzkich Funduszu.";

4) art. 13a otrzymuje brzmienie:

„Art. 13a. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3,

2) o których mowa w art. 12 pkt 2-6 i 9-11, art. 12a, art. 15 ust. 2 pkt 12 oraz art. 26

- uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz zapewnienie skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.";

5) uchyla się art. 15a;

6) w art. 18 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. W przypadku, gdy świadczeniobiorca lub jego przedstawiciel ustawowy, do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy opłata, o której mowa w ust. 1 i 2, nie wnoszą tej opłaty, a stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie, w którym przebywa, opłatę tę obowiązani są wnosić w kolejności:

1) osoba, na której w stosunku do świadczeniobiorcy ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny;

2) gmina właściwa ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.

5. Opłatę, o której mowa w ust. 1 i 2, mogą wnosić także inne osoby niż wymienione w ust. 4.";

7) w art. 20:

a) w ust. 1 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.",

b) w ust. 2 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) dołącza do prowadzonej listy oczekujących skierowanie przedstawione przez świadczeniobiorcę, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.”,

c) po ust. 2 dodaje ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. Świadczeniobiorca jest obowiązany dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących. Niedostarczenie oryginału skierowania we wskazanym terminie oznacza skreślenie z listy oczekujących.

2b. W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, świadczeniodawca zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania.”,

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.”,

e) po ust. 10 dodaje się ust. 10a–10g w brzmieniu:

„10a. W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorcy wpisani na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, mogą wpisywać się na listy oczekujących prowadzone przez innych świadczeniodawców wykonujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.

10b. Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć według daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy.

10c. Świadczeniodawca, który wykonywał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy oraz oryginał skierowania. Za wydanie zaświadczenia świadczeniobiorca nie ponosi opłaty.

10d. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

10e.W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie nastąpiło z powodu siły wyższej.

10f. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących przepis ust. 10b stosuje się odpowiednio.

10g. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w ust. 1, prowadzi się w postaci elektronicznej.",

f) dodaje się ust. 12 i 13 w brzmieniu:

„12. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, zwanej dalej „diagnostyką onkologiczną", lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej „leczeniem onkologicznym", świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Do listy tej nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie ust. 11.

13. Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście określonej w ust. 12, na podstawie karty leczenia onkologicznego oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu;
3) chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie;
4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.";

8) uchyla się art. 22;

9) art. 23 otrzymuje brzmienie:

„Art. 23. 1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą:

1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c i d, dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca;

2) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;

3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

2. Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.

3. Oddział wojewódzki Funduszu informuje, na żądanie, świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej i o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

4. Świadczeniodawca przekazuje co najmniej raz w tygodniu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczeń informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

5. Informację o której mowa w ust. 4, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując ją co najmniej raz w tygodniu.

6. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 9 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1-5 i 7–8.

7. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20 i 21, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę w trybie art. 64.

8. Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2 i 4, przekazywanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

9. Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8 oraz informacje o których mowa w ust. 4, w szczególności poprzez bezpłatną linię telefoniczną.

10. Prezes Funduszu co miesiąc przekazuje informacje, o których mowa w ust. 8, systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 i Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183).";

10) w art. 23a ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20, prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczenia jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20, przekazuje dane zawarte w listach oczekujących na udzielenie świadczenia do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.";

11) w art. 31a ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia mając na uwadze stan zdrowia świadczeniobiorców, uwzględniając dane zawarte w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych i Ogólnopolskiej Mapie Potrzeb Zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1, oraz wyniki monitorowania stopnia realizacji map, określa w drodze rozporządzenia, priorytety zdrowotne.";

12) w dziale II po rozdziale 1a dodaje się rozdział 1aa w brzmieniu:

„Rozdział 1aa

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 31la. 1. Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej jest prowadzona na podstawie planu działania Agencji sporządzanego na rok kalendarzowy.

2. Prezes Agencji sporządza projekt planu działania Agencji dotyczący taryfikacji i przedstawia go do zaopiniowania Prezesowi Funduszu oraz Radzie do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa, w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Prezes Funduszu oraz Rada do spraw

Taryfikacji przedstawiają opinie w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.

3. Prezes Agencji przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. plan działania Agencji z opinią Prezesa Funduszu i Rady do Spraw Taryfikacji do zatwierdzenia w terminie do dnia 15 listopada roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza plan działania Agencji w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia może w terminie, o którym mowa w ust. 4 zalecić wprowadzenie zmian w planie działania Agencji, określając termin ich wprowadzenia nie dłuższy niż 7 dni.

6. W przypadku nieprzedstawienia planu działania Agencji w terminie, o którym mowa w ust. 3, niewprowadzenia w nim przez Agencję zmian określonych w ust. 5 albo niezatwierdzenia planu, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza plan działania Agencji.

Art. 31lb. 1. Prezes Agencji określa taryfę świadczeń, w danym zakresie, w formie obwieszczenia publikowanego w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji i na stronie internetowej Agencji.

2. Przed określeniem taryfy świadczeń w danym zakresie Prezes Agencji zasięga opinii Rady do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa.

3. Rada, o której mowa w ust. 2, wydaje opinie w terminie 30 dni od dnia zwrócenia się o jej wydanie.

Art. 31lc. 1. Agencja jest uprawniona do gromadzenia i przetwarzania danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń.

2. W przypadku konieczności pozyskania danych od świadczeniodawców Agencja zawiera umowy ze świadczeniodawcami, którzy zapewniają najwyższą jakość i kompletność przekazywanych danych. Umowa może przewidywać wynagrodzenie dla świadczeniodawcy z tytułu przekazywania danych.

3. Warunkiem zawarcia umowy, o której mowa w ust. 2, jest prowadzenie przez świadczeniodawcę rachunku kosztów zgodnie z zaleceniami dotyczącymi standardu rachunku kosztów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 5.

4. Organy administracji rządowej oraz Fundusz udzielają nieodpłatnie Agencji danych koniecznych do ustalenia taryfy świadczeń.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców, kierując się potrzebą ujednolicenia sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach tych świadczeń.";

13) tytuł rozdziału 1b otrzymuje brzmienie:

„Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji";

14) w art. 31n:

a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a i 1b w brzmieniu:

„1a) ustalanie taryfy świadczeń;

1b) opracowanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 5;",

b) pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych, technologiach medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach oraz zasadach ustalania taryfy świadczeń;";

15) w art. 31o ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Prezes Agencji wykonuje swoje zadania przy pomocy zastępcy Prezesa Agencji do spraw Oceny Technologii Medycznych oraz zastępcy Prezesa Agencji do spraw Taryfikacji. Zakresy zadań zastępców Prezesa Agencji określa statut Agencji.";

16) po art. 31s dodaje się art. 31sa i 31sb w brzmieniu:

„Art. 31sa. 1. Przy Prezesie Agencji działa Rada do spraw Taryfikacji, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.

2. Do zadań Rady do spraw Taryfikacji należy:

1) przygotowywanie opinii o ustalanej taryfie świadczeń i jej zmianach;

2) opiniowanie planu działania Agencji;

3) realizacja innych zadań zleconych przez Prezesa Agencji.

3. W skład Rady do spraw Taryfikacji wchodzi 10 członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym 3 spośród osób zgłoszonych przez reprezentatywne organizacje świadczeniodawców w rozumieniu art. 31sb ust. 1, oraz 2 członków zgłoszonych przez Prezesa Funduszu.

4. Wyboru 3 członków Rady do spraw Taryfikacji spośród osób zgłoszonych przez reprezentatywne organizacje świadczeniodawców dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę kryterium liczby osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej łącznie u świadczeniodawców zrzeszonych w organizacji świadczeniodawców, która dokonała zgłoszenia.

5. Kadencja Rady do spraw Taryfikacji trwa 6 lat. W przypadku gdy członek Rady do spraw Taryfikacji zostanie odwołany przed upływem kadencji, kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji odwołanego członka Rady do Spraw Taryfikacji.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady do spraw Taryfikacji, na umotywowany wniosek Prezesa Agencji, przed upływem kadencji w przypadku:

1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;

2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie obowiązków członka Rady;

3) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;

4) uchylania się od wykonywania obowiązków członka Rady albo nieprawidłowego wykonywania tych obowiązków;

5) niespełniania wymagań, o których mowa w ust. 7 i 8;

6) niezłożenia deklaracji, o której mowa w ust. 9.

7. Członkiem Rady do spraw Taryfikacji może być wyłącznie osoba, która:

1) posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, zarządzania jednostkami ochrony zdrowia i rachunku kosztów w tych jednostkach, dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady;

2) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;

3) korzysta z pełni praw publicznych.

8. Członkowie Rady do spraw Taryfikacji, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej oraz osoby, z którymi członkowie tej Rady pozostają we wspólnym pożyciu, nie mogą:

1) być członkami organów lub przedstawicielami podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

2) posiadać akcje lub udziały w podmiotach, o których mowa w pkt 1;

3) prowadzić działalności gospodarczej w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

4) prowadzić zajęć zarobkowych w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z podmiotami określonymi w pkt 1-3.

9. Członkowie Rady do spraw Taryfikacji składają oświadczenie o niezachodzeniu okoliczności określonych w ust. 8 i pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, zwane dalej „deklaracją o braku konfliktu interesów":

1) przed powołaniem do składu tej Rady;

2) przed każdym posiedzeniem tej Rady.

10. Osoby niebędące członkami Rady do spraw Taryfikacji, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i innych opracowań w formie pisemnej i ustnej dla tej Rady, w przypadku zaistnienia okoliczności określonych w art. 8, składają oświadczenie, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, zwane dalej „deklaracją konfliktu interesów", dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu:

1) przed przyjęciem zlecenia;

2) przed każdym posiedzeniem tej Rady, którego dotyczy zlecenie.

11. W posiedzeniach Rady do spraw Taryfikacji mogą brać udział eksperci oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego tej Rady, bez prawa głosu. Osoby te obowiązane są do złożenia deklaracji konfliktu interesów.

12. W przypadku ujawnienia konfliktu interesów członka Rady do spraw Taryfikacji, Rada do spraw Taryfikacji wyłącza tego członka z udziału w pracach tej Rady oraz informuje o tym Prezesa Agencji.

13. Deklaracje o braku konfliktu interesów weryfikuje Centralne Biuro Antykorupcyjne.

14. Pracami Rady do spraw Taryfikacji kieruje przewodniczący wybierany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu większością 2/3 głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków w głosowaniu tajnym.

15. Rada do spraw Taryfikacji podejmuje uchwały zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady do spraw Taryfikacji.

16. Szczegółowy tryb pracy Rady do spraw Taryfikacji określa regulamin pracy uchwalany przez tę Radę i zatwierdzany przez Prezesa Agencji.

17. Pierwsze posiedzenie Rady do spraw Taryfikacji zwołuje Prezes Agencji.

18. Członkom Rady do spraw Taryfikacji przysługuje:

1) wynagrodzenie w wysokości nieprzekraczającej kwoty przeciętnego wynagrodzenia za udział w każdym posiedzeniu Rady do spraw Taryfikacji, jednak nie więcej niż trzykrotność przeciętnego wynagrodzenia miesięcznie;

2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 Kodeksu pracy.

19. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady do spraw Taryfikacji, uwzględniając zakres zadań Rady do spraw Taryfikacji oraz zadania przewodniczącego.

Art. 31sb. 1. Za reprezentatywną organizację świadczeniodawców, uważa się taką organizację:

1) która zrzesza świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 10.000 osób oraz

2) której organ uprawniony do reprezentowania złoży ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oświadczenie dotyczące spełniania warunku, o którym mowa w pkt 1, pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, nie później niż do dnia 30 kwietnia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi jawny wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

3. W przypadku reprezentatywnej organizacji świadczeniodawców wpisanej do wykazu reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, oświadczenie określone w ust. 1 pkt 2, składa się corocznie, nie później niż do dnia 30 kwietnia. Niezłożenie takiego oświadczenia w terminie, skutkuje usunięciem takiej organizacji z wykazu reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, wraz z oświadczeniami, o których mowa w ust. 1 pkt

2, w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i na stronie internetowej tego urzędu.";

17) w art. 31t:

a) w ust. 2 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) odpis na taryfikację świadczeń, o którym mowa w ust. 5-7;",

b) w ust. 4:

- po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) koszty pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;",

- dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) działania Rady do spraw Taryfikacji.",

c) dodaje się ust. 5-7 w brzmieniu:

„5. Planowana wysokość odpisu na taryfikację świadczeń na dany rok obrotowy wynosi 0,07 % planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za ten rok obrotowy. Planowana wysokość odpisu na taryfikację świadczeń za dany rok obrotowy jest pomniejszana o wysokość zatwierdzonego zysku netto Agencji za poprzedni rok obrotowy.

6. Odpis na taryfikację świadczeń jest przekazywany przez Fundusz w ostatnim dniu każdego miesiąca w wysokości 0,07 % należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne planowanych na ten miesiąc.

7. Od kwoty nieprzekazanej przez Fundusz w terminie odpisu na taryfikację świadczeń Agencja pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.";

18) po art. 32 dodaje się art. 32a i 32b w brzmieniu:

„Art. 32a. 1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32.

2. Świadczeniobiorca, u którego w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy albo u którego lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy, ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58.

3. Kartę leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz, o którym mowa w ust. 1 albo ust. 2.

4. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wydawać karty leczenia onkologicznego, jeżeli określony dla niego indywidualny wskaźnik skuteczności rozpoznawania nowotworów jest co najmniej równy minimalnemu wskaźnikowi rozpoznawania nowotworów.

5. Oddział wojewódzki Funduszu, z którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo z którym zawarł umowę świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, u którego ten lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej, informuje tego lekarza oraz świadczeniodawcę o ustaleniu indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznania nowotworów.

6. Oddział wojewódzki Funduszu informuje lekarza oraz świadczeniodawcę, o którym mowa w ust. 5, o nie osiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i obowiązku odbycia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, prowadzonego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

7. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może wydawać kart leczenia onkologicznego od dnia otrzymania od oddziału wojewódzkiego Funduszu informacji, o której mowa w ust. 6, do dnia przedstawienia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przez lekarza zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów.

8. Jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wyda kartę leczenia onkologicznego po otrzymaniu od oddziału wojewódzkiego Funduszu informacji, o której mowa w ust. 6, a przed przedstawieniem oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, oddział wojewódzki Funduszu jest uprawniony do nałożenia kary umownej w wysokości określonej w umowie, o której mowa w ust. 5.

9. Jeżeli zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej następuje w związku z okolicznościami określonymi w ust. 7, zmiana ta nie jest zaliczana do zmian, od liczby których uzależniony jest obowiązek wniesienia opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1.

10. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 5, oraz świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, przydziela zakresy

liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi kart leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy ci przydzielają udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej lekarzom zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi kart leczenia onkologicznego

11. Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi karty leczenia onkologicznego mogą być wykorzystane tylko raz.

12. Diagnostykę onkologiczną przeprowadza się w okresie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia zgłoszenia się świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy ją wykonującego, chyba że z przyczyn niezależnych od tego świadczeniodawcy nie jest to możliwe.

13. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) sposób ustalania indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów,

2) minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów

- biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia jego miarodajnego i obiektywnego charakteru oraz uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej realizacji wydawania kart leczenia onkologicznego.

Art. 32b. 1. Świadczeniodawca sporządzający dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie świadczeniobiorcy posiadającemu kartę leczenia onkologicznego kopię tej dokumentacji, za wykonanie której świadczeniodawca nie pobiera opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245). Kopia dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego stanowi załącznik do karty leczenia onkologicznego.

2. W przypadku:

1) gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego, świadczeniobiorca pozostawia kartę leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który wykonywał tę diagnostykę;
2) zakończenia leczenia onkologicznego, świadczeniobiorca pozostawia kartę leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który zakończył to leczenie.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56. Kartę leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

4. Karta leczenia onkologicznego zawiera:

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
   a) nazwisko i imię (imiona),
   b) datę urodzenia,
   c) oznaczenie płci,
   d) adres miejsca zamieszkania,
   e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
   f) w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz adres jego miejsca zamieszkania;
2) oznaczenie świadczeniodawcy, w tym lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej;
3) datę sporządzenia;
4) dane dotyczące objawów;
5) dane dotyczące badań diagnostycznych;
6) dane o skierowaniu do lekarza specjalisty;
7) dane dotyczące diagnostyki onkologicznej;
8) rozpoznanie;
9) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej;
10) plan leczenia onkologicznego;
11) unikalny numer identyfikacyjny.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty leczenia onkologicznego, mając na celu zapewnienie właściwej realizacji diagnostyki leczenia lub leczenia onkologicznego.";

19) po art. 33a dodaje się art. 33b w brzmieniu:

„Art. 33b. 1. W przypadku gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga wykonywania procedur medycznych stosowanych w leczeniu szpitalnym, ale nie wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach podmiotu leczniczego, świadczeniodawca zapewnia zakwaterowanie w innym miejscu, w którym świadczy się usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 196) na wniosek świadczeniobiorcy. Fakt ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

2. Świadczeniobiorcy, który korzysta z zakwaterowania na podstawie ust. 1, przysługuje, na jego wniosek, transport z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń. Fakt ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

3. Świadczeniodawca, który zapewnił zakwaterowanie na podstawie ust. 1, ponosi odpowiedzialność za szkody, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wynikające wyłącznie z udzielania lub zaniechania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.";

20) w dziale II rozdział 4 otrzymuje brzmienie:

„Rozdział 4

„Programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej

Art. 48. 1. Programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Fundusz, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego.

2. Programy lekowe, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, opracowuje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, realizuje, finansuje, monitoruje, nadzoruje i kontroluje Fundusz, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Do tych programów stosuje się przepisy ust. 3 i 5 oraz art. 48b ust. 5 i 6.

3. Programy, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności:

1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;

2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;

3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

4. Programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku jeżeli dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, o których mowa w ust. 1, realizowanych przez ministrów oraz Fundusz muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

5. Programy, o których mowa w ust. 1, mogą być realizowane w okresie jednego roku albo wielu lat.

Art. 48a. 1. Ministrowie i jednostki samorządu terytorialnego sporządzają projekt programu, o którym mowa w art. 48 ust. 1, na podstawie odpowiednich map, o których mowa w art. 95a ust. 1. Projekt programu jest przekazywany do Agencji celem jego zaopiniowania.

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do programu, o którym mowa w art. 48 ust. 1, będącego kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie.

3. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu na podstawie:

1) kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1 – w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra;

2) kryteriów, o których mowa w art. 48 art. 4 i art. 31a ust. 1 – w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego.

Art. 48b.1. W przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

2. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, podmiot, o którym mowa w art. 48 ust. 1, ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

3. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 2, określa się w szczególności:

1) przedmiot konkursu ofert;

2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej;

3) termin i miejsce składania ofert.

4. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

5. W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez Fundusz, dokonuje on wyboru realizatora tego programu i zawiera z nim umowy, na zasadach i w trybie określonych dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Do wyboru realizatora programu, o którym mowa w art. 48 ust. 1, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.";

21) w art. 57 w ust. 2 uchyla się pkt 3 i 6;

22) w art. 66:

a) w ust. 1:

- pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty;",

- pkt 20 otrzymuje brzmienie:

„20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;",

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, z tytułów, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 26-28a, 30 i 33.";

23) w art. 67:

a) po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:

„3b. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej kształcących się członków rodziny pomiędzy 18. a 26. rokiem życia ustaje po upływie odpowiednio:

1) 6 miesięcy od dnia skreślenia z listy uczniów lub listy słuchaczy zakładu kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty albo zakończenia nauki;

2) 4 miesięcy od dnia skreślenia z listy studentów lub listy uczestników studiów doktoranckich albo zakończenia kształcenia.",

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17 i 20, ustaje po upływie:

1) 6 miesięcy od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia – w przypadku osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17;

2) 4 miesięcy od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia – w przypadku osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20.";

24) w art. 68 dodaje się ust. 13 w brzmieniu:

„13. Oddział wojewódzki Funduszu jest obowiązany niezwłocznie, nie później niż w terminie 21 dni od dnia wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomić pisemnie osobę, o której mowa w ust. 1, oraz wolontariusza, o którym mowa w ust. 2 o tym fakcie.";

25) w art. 73:

a) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20, powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu posiadania statusu członka rodziny , a wygasa z dniem ukończenia szkoły wyższej lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich;",

b) po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, powstaje z dniem rozpoczęcia kształcenia w Krajowej Szkole Administracji Publicznej i złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a wygasa z dniem ukończenia tej szkoły.";

26) w art. 75 po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. W przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z innego państwa członkowskiego, bank kieruje do oddziału wojewódzkiego Funduszu, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby otrzymującej takie świadczenie, zapytanie dotyczące podlegania przez tę osobę ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej.

1b. W przypadku, o którym mowa w ust. 1a, zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następuje do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym bank

otrzymał od oddziału wojewódzkiego Funduszu informację potwierdzającą podleganie danej osoby ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej, z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty.";

27) po art. 75 dodaje się art. 75a w brzmieniu:

„Art. 75a. 1. Szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, szkoły wyższe oraz jednostki prowadzące studia doktoranckie przekazują nieodpłatnie do Centrali Funduszu, za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, odpowiednio informacje o uczniach, słuchaczach zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, studentach oraz uczestnikach studiów doktoranckich, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, są przekazywane w terminie 7 dni od dnia:

1) rozpoczęcia odpowiednio roku szkolnego albo roku akademickiego;

2) skreślenia z listy uczniów, listy słuchaczy, listy studentów lub listy uczestników studiów doktoranckich albo zakończenia nauki lub kształcenia.

3. Informacje, o których mowa w ust. 1, zawierają:

1) imię i nazwisko;

2) datę urodzenia;

3) płeć;

4) adres miejsca zamieszkania;

5) numer PESEL, a w przypadku jego nienadania – numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.";

28) w art. 77 ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin są kierowane do centrali Funduszu.";

29) w art. 87:

a) po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu:

„7a. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia przekazania przez podmioty określone w art. 75a ust. 1, nieodpłatnie do centrali Funduszu informacje:

1) o których mowa w art. 75a ust. 3;

2) dotyczące podmiotów, o których mowa w art. 75a ust. 1, zawierające:

a) nazwę skróconą podmiotu,

b) numer NIP,

c) numer REGON, jeżeli dotyczy,

d) określenie rodzaju podmiotu (szkoła, zakład kształcenia nauczycieli, szkoła wyższa, jednostka prowadząca studia doktoranckie).",

b) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu i oddziału wojewódzkiego Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, danych dotyczących:

1) osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek,

2) osób i podmiotów, o których mowa w art. 75a,

3) osób, o których mowa w ust. 10c-10e

- uwzględniając konieczność zapewnienia poufności i integralności przekazywanych danych.";

30) art. 89 otrzymuje brzmienie:

„Art. 89. Od kwoty nieprzekazanych w terminie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami Prezes Funduszu pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.";

31) po Dziale IV dodaje się Dział IVa w brzmieniu:

„DZIAŁ IV A

Ocena potrzeb zdrowotnych

Art. 95a. 1. W celu zagwarantowania właściwego zabezpieczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych, sporządza się regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, zwane

dalej „Mapami Regionalnymi", oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Ogólnopolską", zwane dalej „mapami".

2. Mapę Regionalną dla danego województwa sporządza właściwy wojewoda, w porozumieniu z Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, o której mowa w art. 95b.

3. Mapę Regionalną sporządza się raz na 3 lata.

4. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt Mapy Regionalnej, w szczególności na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, i przekazuje go właściwemu wojewodzie w terminie do dnia 15 lutego roku poprzedzającego okres, na który Mapa Regionalna jest sporządzana.

5. Wojewoda na podstawie projektu, o którym mowa w ust. 4, po uwzględnieniu specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych sporządza Mapę Regionalną i przekazuje ją do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w terminie do dnia 30 kwietnia roku poprzedzającego okres, na który Mapa Regionalna jest sporządzana.

6. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na podstawie Map Regionalnych sporządza Mapę Ogólnopolską.

7. Mapy, wraz z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95d, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia do dnia 15 maja roku poprzedzającego okres, na który mapy są sporządzane.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza mapy w terminie do dnia 31 maja roku poprzedzającego okres, na który mapy są sporządzane. Przed zatwierdzeniem minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmian map.

9. Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów.

10. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny oraz właściwy wojewoda dokonują corocznie oceny aktualności odpowiednio Mapy Ogólnopolskiej i Mapy Regionalnej, a w razie potrzeby dokonują ich zmian. Do zmian stosuje się odpowiednio przepisy ust. 4-9.

11. Do map dołącza się prognozę potrzeb zdrowotnych na okres 6 i 9 lat. Do przygotowania, zatwierdzania i zmian prognozy stosuje się odpowiednio przepisy ust. 4-10.

12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wytyczne odnośnie treści oraz metodologii opracowywania map, prognoz oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95d, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

Art. 95b. 1. W skład Wojewódzkiej Rady do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, zwanej dalej „Wojewódzką Radą", wchodzą konsultanci wojewódzcy oraz 5 osób wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, będących przedstawicielami:

1) wojewody;

2) dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;

3) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny;

4) wojewódzkiego Urzędu Statystycznego;

5) szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa.

2. Pracami Wojewódzkiej Rady kieruje przedstawiciel wojewody, jako jej przewodniczący.

3. Obsługę organizacyjną Wojewódzkiej Rady zapewnia urząd wojewódzki.

4. Rada działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

5. Podmioty określone w ust. 1 pkt 2-4 oraz Główny Urząd Statystyczny przekazują nieodpłatnie, na wniosek wojewody, wszelkie dane niezbędne do sporządzenia Mapy Regionalnej.

Art. 95c. 1. Mapa Regionalna może być sporządzona dla obszaru więcej niż jednego województwa. Decyzję o jej sporządzeniu podejmują wspólnie właściwi wojewodowie. O podjęciu tej decyzji właściwi wojewodowie informują Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w terminie do dnia 1 stycznia roku poprzedzającego okres, na który jest sporządzana.

2. Mapa Regionalna, o której mowa w ust. 1, sporządzają wspólnie właściwi wojewodowie. Przepisy art. 95a stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku Mapy Regionalnej, o której mowa w ust. 1, właściwi wojewodowie powołują wspólnie Regionalną Radę do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej "Regionalną Radą", wyznaczając jej przewodniczącego spośród przewodniczących właściwych Wojewódzkich Rad. W skład Regionalnej Rady wchodzą członkowie właściwych Wojewódzkich Rad.

Art. 95d. 1. Mając na uwadze stan zdrowia świadczeniobiorców ustalony na podstawie Mapy Regionalnej, wojewoda, w porozumieniu z Wojewódzką Radą, ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej.

2. W przypadku tworzenia Mapy Regionalnej, o której mowa w art. 95c ust. 1, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej ustalają wspólnie właściwi wojewodowie w porozumieniu z Regionalną Radą.

Art. 95e. 1. W celu zapewnienia zgodnego z potrzebami zdrowotnymi rozwoju infrastruktury niezbędnej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego na obszarze województwa, wojewoda wydaje w formie decyzji administracyjnej opinię o celowości utworzenia na tym obszarze nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 3 miliony zł.

2. W celu zapewnienia zgodnego z potrzebami zdrowotnymi rozwoju infrastruktury niezbędnej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na obszarze województwa, wojewoda wydaje w formie decyzji administracyjnej opinię o celowości realizacji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą udzielający świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej inwestycji o wartości przekraczającej 2 miliony zł.

3. Kwota, o której mowa w ust. 1 i 2, podlega corocznej waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok wskaźnik średniorocznego wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Zwaloryzowana kwota jest publikowana na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędów obsługujących wojewodów.

4. Opinię, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, wydaje się na podstawie Mapy Regionalnej, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95d, oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, po zasięgnięciu opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. W celu uzyskania opinii, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, podmiot wykonujący działalność leczniczą, podmiot tworzący albo podmiot zamierzający wykonywać działalność leczniczą, zwany dalej „podmiotem wnioskującym", może złożyć do wojewody wniosek zawierający:

1) oznaczenie podmiotu wnioskującego;

2) adres siedziby podmiotu wnioskującego;

3) wskazanie jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, które mają zostać utworzone lub opis inwestycji, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, oraz wskazanie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;

4) uzasadnienie celowości utworzenia nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego lub inwestycji, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2;

5) datę sporządzenia wniosku;

6) podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku.

6. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, oraz o jej zmianę podlega opłacie wynoszącej 50 % przeciętnego wynagrodzenia. Opłata stanowi dochód budżetu państwa.

7. Opłat określonych w ust. 6 nie wnosi podmiot tworzący będący ministrem.

8. Wojewoda wydaje opinię, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, w terminie 60 dni od złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 5.

9. Opinia, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, jest ważna przez okres 3 lat od dnia jej wydania.

10. Opinia, o której mowa w ust. 1 albo ust. 2, może zostać uchylona albo zmieniona w każdym czasie w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie.";

32) w art. 96 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, nadaje Funduszowi statut, określając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz siedziby tych oddziałów, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Fundusz.";

33) w art. 97:

a) w ust. 3:

- po pkt 2a dodaje się pkt 2b w brzmieniu:

„2b) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 12;",

- pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów polityki zdrowotnej;",

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej oraz nie jest przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.[3)]).",

c) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b.";

34) w art. 99:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Rada Funduszu składa się z dziesięciu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich;

2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Trójstronną Komisję do Spraw Społeczno-Gospodarczych;

3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;

4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o zamiarze powołania członka Rady Funduszu;

[3)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 99, poz. 660 i Nr 171, poz. 1206, z 2008 r. Nr 157, poz. 976, Nr 223, poz. 1458 i Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 157, poz. 1241 oraz z 2011 r. Nr 34, poz. 173.

5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych;

7) jednego członka wskazuje Prezes Rady Ministrów.",

b) w ust. 6 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi.",

c) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady.";

35) w art. 100:

a) w ust. 5 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady Funduszu przed upływem kadencji, w przypadku:",

b) ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, który wnioskował o jego powołanie.

7. W przypadku odwołania członka Rady Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy art. 99 ust. 1 stosuje się odpowiednio.";

36) w art. 102:

a) ust 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Prezesa Funduszu powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Funduszu po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych minister właściwy do spraw zdrowia, może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgania opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku minister właściwy do spraw zdrowia powierza

kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.",

b) w ust. 5:

- pkt 16 otrzymuje brzmienie:

„16) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;",

- uchyla się pkt 17,

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku gdy udzielenie przez niego takiego upoważnienia nie jest możliwe – upoważnienia udziela minister właściwy do spraw zdrowia.",

d) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. W przypadku śmierci Prezesa Funduszu albo odwołania ze sprawowanej funkcji, do czasu powołania nowego Prezesa Funduszu jego obowiązki pełni Zastępca Prezesa wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.";

37) w art. 106:

a) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkującymi na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

1) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez sejmik województwa;

2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę;

3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa;

4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego;

5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14

dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o zamiarze powołania członka rady;

6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez reprezentatywne organizacje pracodawców;

7) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

3. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.",

b) w ust. 7 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi.",

c) w ust. 10:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Do zadań rady oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:",

- pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) monitorowanie, na podstawie przekazanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego informacji, o których mowa w art. 23 ust. 2 i 4, sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20 i 21;",

- pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadkach, o których mowa w art. 107 ust. 4.",

d) w ust. 15 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu przed upływem kadencji w przypadku:",

e) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. W przypadku odwołania członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.";

38) w art. 107:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz Prezesa Funduszu. Niewydanie opinii w terminie 14 dni jest równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo zgodą na jego odwołanie.",

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może wystąpić z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w przypadku gdy dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu:

1) nie przedstawi radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu:

a) projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu,

b) projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu,

c) sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,

d) corocznej prognozy przychodów i kosztów oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) nie udzieli, w terminie wyznaczonym przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;

3) rażąco narusza prawo.";

39) w art. 116 w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b;";

40) w art. 117 w ust. 1 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) odpis na taryfikację świadczeń, o którym mowa w art. 31t;";

41) w art. 129 w ust. 2 uchyla się zdanie drugie;

42) po art. 131 dodaje się art. 131a w brzmieniu:

„Art. 131a. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń na następny rok, uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń na obszarze województwa.

2. Plan zakupu świadczeń składa się z:

1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń, wraz z uzasadnieniem,

2) części szczegółowej określającej w szczególności obszary, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalną liczbę świadczeniodawców, z którymi zawiera się umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń.";

43) w art. 132 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4.";

44) po art. 132 dodaje art. 132a w brzmieniu:

„Art. 132a. 1. Świadczeniodawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Przepisy dotyczące świadczeniodawcy stosuje się odpowiednio do świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1.";

45) w art. 136 dotychczasową treść oznacza się jako ust 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego kwotę zobowiązania zmienia się dostosowując ją do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego i wykonania tej umowy.";

46) art. 137 otrzymuje brzmienie:

„Art. 137. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności warunki udzielania tych świadczeń, sposób ich finansowania oraz zakres odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów.";

47) w art. 139:

a) ust. 3-5 otrzymują brzmienie:

„3. Ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności:

1) nazwę zamawiającego i adres jego siedziby;

2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;

3) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej;

4) wskazanie świadczeniodawców zapraszanych do rokowań - w przypadku rokowań;

5) określenie obszaru, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje komisję konkursową w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być rozpoczęte przed zatwierdzeniem planu finansowego.",

b) dodaje się ust. 6 i 7 w brzmieniu:

„6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert,

powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadania oraz tryb prac, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz zapewnienie uczciwej konkurencji.

7. W przypadku zagrożenia zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, wytyczne dotyczące określania obszarów, dla których jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeń w poszczególnych zakresach i rodzajach, mając na uwadze potrzeby zdrowotne oraz uwarunkowania geograficzne i komunikacyjne.";

48) w art. 142 w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie

„1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych na podstawie kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1;";

49) art. 146 otrzymuje brzmienie:

„Art. 146. 1. Prezes Funduszu określa:

1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar, dla którego jest przeprowadzane postepowanie, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.

2. Warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 2, nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, o których mowa w art. 31d pkt 2.

3. Przy opracowaniu warunków, o których mowa w ust. 1 pkt 2, sporządza się uzasadnienie, do którego stosuje się wymagania dotyczące uzasadnienia dokumentu rządowego będącego aktem normatywnym.

4. Projekt decyzji w sprawach, o których mowa w ust. 1, Prezes Funduszu przedstawia właściwym konsultantom wojewódzkim w celu zaopiniowania. Opinia jest przekazywana Prezesowi Funduszu w wyznaczonym przez niego terminie, nie krótszym niż 14 dni. Nieprzedłożenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

5. Decyzje w sprawach, o których mowa w ust. 1, stosuje się nie wcześniej niż przed upływem 30 dni od dnia ich wydania, chyba że minister właściwy do spraw zdrowia wyrazi zgodę na ich wcześniejsze stosowanie.

6. Do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzanego w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku stosuje się szczegółowe warunki, o których mowa w ust. 1, oraz taryfę świadczeń, ,opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Prezesa Funduszu do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.";

50) art. 148 otrzymuje brzmienie:

„Art. 148. 1. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

1) jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
2) kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
3) dostępności;
4) ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
5) ceny.

2. Przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy dany świadczeniodawca posiada umowę, o której mowa w art. 31lc ust. 2.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.";

51) w art. 149 w ust. 1:

a) pkt 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2;

8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.",

b) dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) dotyczącą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostkę lub komórkę organizacyjną świadczeniodawcy, co do której nie przedstawiono ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95e ust. 1 albo ust. 2.";

52) w art. 151 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje jego zakończenie.";

53) w art. 156:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony, z zastrzeżeniem art. 159 ust. 2a. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas dłuższy niż 5 lat, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na czas dłuższy niż 10 lat wymaga zgody Prezesa Funduszu.",

b) uchyla się ust. 2;

54) w art. 159:

a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„1. Przepisów art. 136 ust. 1 pkt 5 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:",

b) po ust. 2 dodaje się ust 2a w brzmieniu:

„2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawiera się na czas nieoznaczony.";

55) w art. 161 uchyla się ust. 3-3c;

56) uchyla się art. 166;

57) w art. 169 w ust. 2 wprowadzenie do wyliczenia:

„Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 167 i 168 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, w szczególności w przypadku:",

58) w art. 178 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 2, przepisy art. 167-171 stosuje się odpowiednio.";

59) w art. 186 uchyla się pkt 1;

60) w art. 188 w ust. 4:

a) po pkt 20 dodaje się pkt 20a-20d w brzmieniu:

„20a) dane, o których mowa w art. 75a;

20b) data powstania obowiązku przekazania informacji, o których mowa w art. 75a;

20c) data skreślenia z listy uczniów, listy słuchaczy, listy studentów lub listy uczestników studiów doktoranckich;

20d) data zakończenia nauki lub kształcenia;",

b) po pkt 25 dodaje się pkt 25a w brzmieniu:

„25a) dane, o których mowa w art. 87 ust. 7a pkt 2;";

61) w art. 190:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona, minister właściwy do spraw zdrowia w przepisach wydanych na podstawie ust. 1, może określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których listy oczekujących na udzielenie świadczenia są prowadzone przez świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu. W stosunku do tych świadczeniodawców nie stosuje się art. 23 ust. 1.",

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, wojewodów i marszałków województw, określi, w drodze rozporządzenia:

1) zakres informacji zawartych w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu oraz wzór, sposób i terminy przekazywania okresowych sprawozdań z działalności Funduszu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,

2) minimalny zakres zbiorczych informacji oraz sposób i terminy ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów

- uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.";

62) w art. 193 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu możliwość zapisywania się na listy oczekujących,".

Art. 2. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1643, z późn. zm.[4)]) art. 42 otrzymuje brzmienie:

„Art. 42. 1. Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w ust. 2, oraz w odrębnych przepisach.

2. Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty i zlecenia mogą być przekazane osobie bliskiej lub opiekunowi faktycznemu, o których mowa w art. 3 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672, z późn. zm.[5)]) po art. 84aa dodaje się art. 84ab w brzmieniu:

„Art. 84ab. Przepisów art. 82 i 83 nie stosuje się w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców dokonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.[6)]).”.

[4)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 1456 oraz z 2013 r. poz. 1287, 1245, 1456, 1645 i 1650.

[5)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 675, 983, 1036, 1238, 1304 i 1650.

[6)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290 1623, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

Art. 4. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 oraz z 2014 r. poz. 24 i 423) w art. 114 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;".

Art. 5. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.[7)]) w art. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) Agencja - Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji działającą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.[8)]);".

Art. 6. Organy Narodowego Funduszu Zdrowia powołane przed dniem wejścia w niniejszej ustawy, pełnią funkcję organów Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa ustawie, o której mowa w art. 1, w brzemieniu nadanym niniejszą ustawa, do czasu powołania tych organów na podstawie niniejszej ustawy.

Art. 7. 1. Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy:

1) Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych staje się Prezesem Agencji;

2) Zastępca Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych staje się zastępcą Prezesa Agencji do spraw Technologii Medycznych;

3) pracownicy Agencji Oceny Technologii Medycznych stają się pracownikami Agencji.

2. Kadencja Prezesa Agencji i zastępcy Prezesa Agencji, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

[7)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

[8)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290 1623, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24 i 295.

3. Plan działania Agencji, o którym mowa w art. 31la ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie zadań wynikających z taryfikacji, na 2015 rok Prezes Agencji sporządza i przedstawia do zaopiniowania Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Radzie do spraw Taryfikacji w terminie do dnia 31 stycznia 2015 r. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza plan działania Agencji w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania od Prezesa Agencji.

Art. 8. 1. Przepisy niniejszej ustawy stosuje się do umów, o których mowa w art. 15a ustawy, o której mowa w art. 1, zawieranych od dnia 1 stycznia 2015 r.

2. Umowy, o których mowa w art. 15a ustawy, o której mowa w art. 1, zawarte przed dniem 1 stycznia 2015 r., są wykonywane i rozliczane na dotychczasowych zasadach.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych przed dniem, o którym mowa w ust. 1, obowiązujących od tego dnia.

Art. 9. 1. Do programów zdrowotnych realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. W przypadku przekazania, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, projektu programu zdrowotnego, na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy, o której mowa w art. 1, do wydania opinii stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 10. Osobom wpisanym, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, na listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 57 ust. 2 pkt 3 i 6 ustawy, o której mowa w art. 1, świadczenia te są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 11. Świadczeniobiorca, który przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy:

1) oczekuje na diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego,

2) rozpoczął diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego

- może, po tym dniu, uzyskać na swój wniosek, od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej kartę leczenia onkologicznego na zasadach określonych w ustawie, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 12. 1. Mapy, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na dwa następujące po wejściu w życie niniejszej ustawy, 3-letnie okresy, sporządza się wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Mapy te sporządza minister właściwy do spraw zdrowia do dnia:

1) 1 sierpnia 2015 r. – w przypadku map sporządzanych na okres 1 stycznia 2016 r. - 31 grudnia 2018 r.;

2) 31 maja 2018 r. – w przypadku map sporządzanych na okres 1 stycznia 2019 r. - 31 grudnia 2021 r.

2. Przepisy art. 95e ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się od dnia 1 stycznia 2016 r.

Art. 13. Do postępowań w sprawie rozpatrzenia wniosków, o których mowa w art. 161 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, wszczętych i niezakończonych do dnia wejścia w życia niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 14. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wydawać karty leczenia onkologicznego do dnia otrzymania z oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pierwszej informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, o którym mowa w art. 32a ust. 7 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 15. 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem umów zawartych w zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

3. W przypadku umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września

2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, 1245 i 1635), przedłużenie umowy wymaga uzyskania zgody wojewody.

Art. 16. Przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 13a, art. 87 ust. 11, art. 96 ust. 8, art. 99 ust. 7, art. 137 ust. 9, art. 139 ust. 5 i art. 190 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13a, art. 87 ust. 11, art. 96 ust. 8, art. 99 ust. 7, art. 137, art. 139 ust. 6 i art. 190 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 17. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem:

1) art. 1 pkt 3 lit. b i pkt 5 i art. 8, które wchodzą w życie z dniem ogłoszenia;

2) art. 1 pkt 12 w zakresie art. 31lc ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Za zgodność pod względem prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Alina Budziszewska-Makulska
7.04.2015 r.

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Władysław Puzoń
radca prawny

DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnego
Sylwia Lis

Uzasadnienie

Podstawowe założenia i cele projektowanej ustawy

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zwany dalej „projektem ustawy", ma na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Przedmiotowa regulacja dotyczy w szczególności trzech obszarów, mających zasadnicze znaczenie z punktu widzenia poprawy zabezpieczania i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej:

1) poprawy standardu opieki nad pacjentem onkologicznym;

2) poprawy zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz zarządzania procesem zawierania umów o udzielnie świadczeń opieki zdrowotnej;

3) poprawy funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pacjenci onkologiczni są grupą,, która ze względu na rodzaj schorzenia powinna być otoczona szczególną troską. Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych kształtuje się na poziomie 92.700 rocznie (dane za lata 2009-2011) i stanowi drugą największą przyczynę zgonów w Rzeczpospolitej Polskiej. Przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium. Projektowane rozwiązania mają także na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej, co będzie możliwe przy jednoczesnym zapewnieniu określonych terminów na realizację diagnostyki onkologicznej. Rozwiązania te mają także na celu wzmocnienie koordynacji w zakresie przemieszczania się pacjenta pomiędzy poszczególnymi fazami leczenia.

Listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące – gwarantujący transparentność procesu - mechanizm regulacyjny w wielu systemach ochrony zdrowia, determinowane są wieloma czynnikami, takimi jak: poziom nakładów na ochronę zdrowia, liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych czy relacja pomiędzy podażą i popytem na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na długość list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i zabezpieczenie tych świadczeń jest także stworzenie możliwie optymalnego i efektywnego systemu zarządzania

ww. listami. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że obecny model nie spełnia tych standardów, co w istotny sposób rzutuje zarówno na rzeczywistą, jak i postrzeganą dostępność do świadczeń zdrowotnych (np. zjawisko „podwójnego" zapisywania się na listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej). Przedmiotowa regulacja wprowadza szereg nowych rozwiązań w tym zakresie.

Ze względu podstawową rolę jaką w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego pełni Narodowy Fundusz Zdrowia, zasadnicze znaczenie ma odpowiednie określenie jego pozycji ustrojowej i regulacyjnej. Ponieważ dotychczasowe doświadczenia wskazały, że najwięcej wątpliwości systemowych budził:

1) sposób określenia funkcji nadzorczych w zakresie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, warunkujących w szczególności możliwość realnego oddziaływania na tworzenie i realizację polityki zdrowotnej państwa, oraz

2) sposób wyceny świadczeń opieki zdrowotnej i przygotowywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia taryfy dla świadczeń opieki zdrowotnej objętych umowami zawartymi ze świadczeniodawcami

- projekt ustawy w tym zakresie przede wszystkim usprawnia nadzór nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz wprowadza niezależny model wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

I. Zmiany mające na celu podwyższenie standardu opieki nad pacjentem onkologicznym

Projekt ustawy ma na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów onkologicznych. Jest to grupa, która ze względu na rodzaj schorzenia powinna być otoczona szczególną troską. Co rok diagnozuje się ok. 140 tysięcy nowych przypadków nowotworów złośliwych (dane Krajowego Rejestru Nowotworów za rok 2011), natomiast liczba osób korzystających w ciągu roku ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z rozpoznaniem nowotworowym to ok. 805 tysięcy osób (dane Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011).

Projekt ustawy używa pojęcia „nowotwór złośliwy" zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru

Nowotworów (Dz. U. poz. 1497) wydanym na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.). Projektowana zmiana art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadza odrębną kategorię pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii poprzez wyodrębnienie listy oczekujących na te świadczenia z obecnej listy określonej w art. 20 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projektowane rozwiązanie ma na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej, co będzie możliwe przy jednoczesnym zapewnieniu określonych terminów na realizację diagnostyki onkologicznej. Projektowane rozwiązanie poprawi również koordynację w zakresie przemieszczania się pacjenta pomiędzy poszczególnymi fazami leczenia. Obecnie pacjent sam zapisuje się na odpowiednią listę w oczekiwaniu na udzielenie niezbędnego mu świadczenia opieki zdrowotnej na danym etapie diagnostyki lub leczenia. Często zmienia też miejsce leczenia, kierując się nie względami medycznymi, lecz czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Projekt ustawy przewiduje dodanie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 32a, który określa systemowe umiejscowienie i podstawową funkcjonalność karty leczenia onkologicznego, a także określa maksymalny termin, w którym pacjentowi powinny zostać wykonane świadczenia diagnostyczne w zakresie onkologicznym. Potwierdzenie bądź wykluczenie nowotworu u pacjenta, u którego podejrzewa się chorobę nowotworową, ma nastąpić w okresie nie dłuższym niż 7 tygodni.

Diagnostyka onkologiczna nie będzie musiała się odbywać w obrębie jednego podmiotu leczniczego. Założono, że uczestnictwo w systemie kompleksowej opieki onkologicznej będzie dobrowolne i każdy świadczeniodawca będzie mógł się do niego zgłosić. Nie ma preferencji dla żadnego typu ośrodków, mogą to być zatem zarówno świadczeniodawcy prywatni, jak i publiczni, ośrodki wojewódzkie jak i akademickie. Mniejsze jednostki mogą tworzyć konsorcja lub zlecać wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej podwykonawcom.

Przewiduje się wystąpienie trzech możliwych modeli organizacyjnych świadczeniodawców. W pierwszym z nich cała diagnostyka, zarówno podstawowa (mająca na celu potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu złośliwego), jak i pogłębiona (określenie stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, w przypadku potwierdzenia jej

występowania), jest wykonywana w obrębie jednego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), natomiast za leczenie odpowiedzialny jest inny podmiot leczniczy (lub konsorcjum podmiotów leczniczych). W drugim wariancie w ramach AOS jest wykonywana tylko diagnostyka podstawowa, natomiast diagnostyka pogłębiona oraz leczenie odbywa się w obrębie innego podmiotu leczniczego (lub konsorcjum podmiotów leczniczych). Trzeci model to pełna integracja diagnostyki oraz leczenia w ramach jednego podmiotu leczniczego (lub konsorcjum podmiotów leczniczych).

Projektowane rozwiązania są na tyle elastyczne, aby obejmować wszystkie możliwe modele organizacyjne. Celem jest tutaj możliwość jak najpełniejszego wykorzystania obecnych zasobów jak również zlokalizowania diagnostyki „jak najbliżej domu". Przypuszcza się, że drugi model charakterystyczny będzie dla mniejszych miejscowości, zaś w ramach modelu trzeciego funkcjonować będą ośrodki w dużych miastach. Przewiduje się odrębne oznakowanie podmiotów leczniczych biorących udział w projektowanym rozwiązaniu.

Przewidziano, że łącznie od momentu zgłoszenia się pacjenta na badania diagnostyki onkologicznej do postawienia rozpoznania nie powinno upłynąć więcej, niż 7 tygodni. Na wykonanie samej diagnostyki onkologicznej zaplanowano maksymalnie 6 tygodni. Przewidziano, że na ten łączny czas będzie się składać oczekiwanie na wizytę u specjalisty po otrzymaniu karty leczenia onkologicznego od lekarza POZ (nie dłużej niż 2 tygodnie), wizyta u lekarza specjalisty i diagnostyka podstawowa (nie dłużej niż 2 tygodnie), jak również diagnostyka pogłębiona (nie dłużej niż 2 tygodnie). Jednak z uwagi na konieczność zachowania elastyczności i spójności systemu „szybkiej diagnostyki onkologicznej" w przypadku pierwszego i drugiego modelu organizacyjnego, przewidziano dodatkowo jeden tydzień na przemieszczenie się pacjenta wraz z dokumentacją medyczną pomiędzy podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii.

Warunkiem uczestniczenia świadczeniodawcy w systemie „szybkiej diagnostyki onkologicznej' będzie zagwarantowanie pacjentowi wysokiej jakości kompleksowej opieki oraz gwarancja dotrzymywania terminów. W szczególności, świadczeniodawcy będą musieli zagwarantować, że w ramach danego typu nowotworu i na danym jego etapie są zdolni do zapewnienia szybkiej i kompleksowej usługi w określonym standardzie. Warunki te doprecyzowane zostaną w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych (w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego) oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (w ramach tzw. produktów kontraktowych). Dodać w tym miejscu trzeba, iż warunki te jednakże należy rozumieć nie jako standardy postępowania medycznego, ale jako wymagania stawiane świadczeniodawcom w zakresie dysponowania odpowiednią infrastrukturą i zapleczem kadrowym. Zgodnie bowiem z treścią art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 217, z późn.zm.) minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Wprowadzenie karty ma zapewnić jak najszybsze zdiagnozowanie pacjenta tak, aby mógł on jak najszybciej podjąć leczenie. W przypadku wykluczenia nowotworu, bądź rozpoznania niezłośliwej jego postaci, leczenie pacjenta prowadzone będzie w dalszym ciągu w standardowym trybie. W zależności od stanu zdrowia będzie kierowany na leczenie objawowe w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (bez nowotworu), na leczenie ambulatoryjne bądź będzie hospitalizowany, np. w ramach chirurgii planowej.

Projektowany przepis art. 32a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przyczyni się do podniesienia standardu opieki nad pacjentem onkologicznym. Dla pacjentów projektowana zmiana będzie oznaczać gwarancję kompleksowej opieki w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia nowotworu. Proponowane rozwiązania będą oddziaływać nie tylko bezpośrednio na pacjentów, ale także na ich rodzinę i opiekunów. Zwiększona też zostanie rola lekarza POZ w opiece onkologicznej.

Projektowana tzw. „szybka diagnostyka onkologiczna" obejmująca świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie onkologii przewiduje, że pacjent będzie zgłaszał się do swojego lekarza POZ, którego zadaniem będzie określenie, czy wizyta u specjalisty jest konieczna. W tym celu lekarz POZ będzie przeprowadzał dokładny wywiad i oceniał dolegliwości pacjenta, zlecając także wykonanie niezbędnych badań. W przypadku podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego lekarz POZ kieruje pacjenta do onkologa lub do specjalisty właściwego dla danego umiejscowienia nowotworu (np. pulmonolog).

W tym celu wydaje pacjentowi kartę leczenia onkologicznego, która uprawniać będzie go do wejścia na „szybką diagnostykę onkologiczną". Karta leczenia onkologicznego będzie dawać możliwość zapisu na odrębną listę oczekujących, dedykowaną pacjentom oczekującym na diagnostykę onkologiczną, wprowadzoną art. 20 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Karta będzie własnością pacjenta i będzie dokumentować cały proces jego diagnostyki oraz leczenia, aż do momentu powrotu do lekarza POZ po jego zakończeniu. Świadczeniodawcy będą zobowiązani do nieodpłatnego przekazywania pacjentom kopii dokumentacji medycznej (np. wyników badań), będącej integralną częścią świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach karty leczenia onkologicznego.

W odpowiedniej części karty leczenia onkologicznego lekarz POZ wpisywać będzie podstawowe informacje o stanie zdrowia pacjenta, w tym: dolegliwości, z jakimi się zgłosił, wykonane badania i podejrzenie umiejscowienia nowotworu. Wskazywać w niej także będzie, do jakich lekarzy specjalistów pacjent powinien się zgłosić.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie mógł wydawać karty leczenia onkologicznego, jeżeli określony dla niego indywidualny wskaźnik skuteczności rozpoznawania nowotworów będzie nie niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) sposób ustalania indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów,

2) minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów

- biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia jego miarodajnego i obiektywnego charakteru oraz uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej realizacji wydawania kart leczenia onkologicznego.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej informowany będzie przez oddział wojewódzki Funduszu z którym zawarł umowę albo przez świadczeniodawcę opieki zdrowotnej, u którego ten lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o nie osiągnięciu minimalnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów i obowiązku odbycia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów.

Lekarz specjalista, uwzględniając informacje zgromadzone przez lekarza POZ, będzie kierować pacjenta na badania diagnostyczne, które potwierdzą bądź wykluczą nowotwór (diagnostyka podstawowa). Po zakończeniu tej diagnostyki pacjent, u którego potwierdzono nowotwór, powinien mieć przypisany odpowiedni kod rozpoznania z klasyfikacji ICD-10.

Pacjent, u którego potwierdzono nowotwór powinien zostać skierowany na pogłębioną diagnostykę, której celem będzie określenie, jaki rodzaj nowotworu u pacjenta wykryto (w celu dobrania jak najlepszej terapii), a także określenie stopnia jego zaawansowania, określenie liczby i miejsc ewentualnych przerzutów (ang. staging) i ocenę kwalifikacji do leczenia radykalnego. Są to informacje niezbędne do zaplanowania i ukierunkowania leczenia. Po scharakteryzowaniu nowotworu szczegółowe informacje zostaną zapisane w karcie leczenia onkologicznego. Wykazane będą w niej wszystkie badania wykonane w ramach diagnostyki podstawowej, rozpoznanie, a także badania, na które pacjent został skierowany w ramach dodatkowej diagnostyki.

Projektowany przepis art. 33b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porządkuje kwestie związane z przyznawaniem świadczeniobiorcom świadczeń towarzyszących. Projektowany przepis przyczyni się do podniesienia standardu opieki nad pacjentem onkologicznym i jest odzwierciedleniem postulatów środowiska pacjentów onkologicznych, które podnosiło, że pacjenci są często hospitalizowani nie ze względów medycznych, lecz socjalno-bytowych. Ponadto proponowana zmiana pozwoli świadczeniodawcom na zapewnienie pacjentom transportu w celu wykonania diagnostyki onkologicznej oraz leczenia onkologicznego. Jest to wyjście naprzeciw postulatom środowiska pacjentów onkologicznych, które podnosiło, że pacjenci, których stan nie wymaga wprawdzie hospitalizacji, ale jednocześnie jest na tyle poważny, że dojazd i przemieszczanie się o własnych siłach jest dla nich bardzo trudne (np. po seansie radioterapii), powinni mieć zapewnione zakwaterowanie niedaleko placówki, która udziela im świadczeń opieki zdrowotnej. Zakwaterowanie powinno przysługiwać pacjentom również wtedy, gdy codzienny dojazd na leczenie będzie zbyt czasochłonny lub wręcz niemożliwy. Projektowane rozwiązanie jest również wyjściem naprzeciw postulatom Narodowego Funduszu Zdrowia, który będzie miał możliwość opracowania stosownych rozwiązań w zakresie finansowania i rozliczania świadczeń towarzyszących i ich wdrożenia w ramach procesu zawierania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Konsekwencją wprowadzenia art. 33b jest zmiana definicji świadczenia towarzyszącego

zawarta w zmienianym art. 5 pkt 38 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W celu zapewnienia sprawnej realizacji opisanych powyżej celów dokonano zmiany w art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych która przewiduje iż w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego kwotę zobowiązania dostosowywać się będzie do faktycznego zapotrzebowania i wykonania świadczeń poprzez zmianę umowy.

Przepis art. 11 projektu ustawy daje pacjentom, którzy w dniu wejścia w życie projektowanych zmian będą oczekiwać na diagnostykę onkologiczną lub będą w jej trakcie, możliwość wyboru, czy chcą kontynuować diagnostykę oraz późniejsze leczenie na dotychczasowych zasadach, czy chcą skorzystać z rozwiązań wprowadzonych niniejszą ustawą.

W związku z wprowadzeniem projektowanych zmian zajdzie konieczność znowelizowania rozporządzenia Ministra Zdrowia wydawanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w taki sposób, aby zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, sposób ich rejestrowania oraz przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych obejmował swoim zakresem dane z karty leczenia onkologicznego.

II. Zmiany o charakterze systematyzującym i porządkującym proces tworzenia list osób oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Proponowane zmiany mają na celu m.in. ułatwienie ubezpieczonym korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, a świadczeniodawcom ułatwienia w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany zostały wprowadzone w wyniku uwag i postulatów zgłaszanych zarówno przez organy administracji publicznej, jak i przez organizacje społeczne oraz świadczeniodawców.

1. Zmiany w zakresie prowadzenia list oczekujących

Zaproponowane zmiany mają na celu przede wszystkim rozwiązanie zidentyfikowanych problemów wynikających z nieprawidłowego prowadzenia list oczekujących, które mają wpływ na wydłużanie czasów oczekiwania na leczenie. Wprowadzane narzędzia umożliwiające skuteczny monitoring list mają zapewnić, iż będą one prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego, przejrzystego oraz zgodnego z kryteriami medycznymi dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a informacje o czasach oczekiwania udostępniane świadczeniobiorcom były wiarygodne i rzetelne. Poszerzony zakres danych pozwoli Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz Ministrowi Zdrowia m.in. na prowadzenie pogłębionych analiz w zakresie czasów oczekiwania i zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, a w perspektywie długoterminowej na podejmowanie działań mających na celu przeciwdziałanie ograniczeniom w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych obszarach kraju.

Zmiany mają na celu:

1) zapewnienie Narodowemu Funduszowi Zdrowia informacji pozwalających na monitorowanie poprawności prowadzenia list oczekujących, sporządzanie szczegółowych analiz w zakresie czasu oczekiwania i weryfikowania poprawności danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców o wykonanych świadczeniach;

Dysponowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia tylko informacją o średnim czasie oczekiwania i liczbie osób oczekujących nie pozwala na pełne monitorowanie prawidłowości prowadzonych przez świadczeniodawców list, weryfikację przekazywanych danych z raportami dotyczącymi wykonanych świadczeń ani na przeprowadzenie szczegółowych analiz. W związku z powyższym w projekcie zaproponowano następujące rozwiązania:

- obowiązek przekazywania przez świadczeniodawców szczegółowych danych o osobach oczekujących na każde świadczenie (imię i nazwisko, numer PESEL) – art. 23 ust. 1 pkt 1 Dotychczas dane o osobach oczekujących przekazywane były tylko w przypadku niektórych świadczeń;

- w przypadku świadczeń, do których dostępność mierzona czasem oczekiwania jest szczególnie utrudniona, wprowadzenie możliwości wskazania przez Ministra Zdrowia świadczeń, na udzielenie których listy oczekujących prowadzone są w aplikacji udostępnianej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 190 ust. 1a). W tym

przypadku Narodowy Fundusz Zdrowia uzyska dostęp do wszystkich danych gromadzonych na liście, co pozwoli m.in. na bieżące monitorowanie prawidłowości prowadzenia list, na prowadzenie szczegółowych analiz czasów oczekiwania oraz na częstsze aktualizowanie danych dotyczących tych list.

2) wyeliminowanie przypadków wpisywania się przez świadczeniobiorców na więcej niż jedną listę oczekujących na to samo świadczenie;

Jak wynika z prowadzonej analizy, do problemów w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wynikających z długiego okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia, przyczynia się m.in. zapisywanie się pacjentów do wielu kolejek jednocześnie i niewypisywanie się po odbyciu świadczenia, co znacznie utrudnia dostęp pozostałym uczestnikom systemu. W przypadku województwa łódzkiego na dwóch i więcej listach do poradni kardiologicznej czekało ponad 40% ze wszystkich oczekujących.

W celu przeciwdziałania temu zjawisku zaproponowano:

a) rozszerzenie obecnie obowiązującego zakazu, dotyczącego wpisywania się na więcej niż jedną listę oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie skierowania, także na świadczenia udzielane bez skierowania (art. 20 ust. 10),

b) wprowadzenie obowiązku dostarczenia oryginału skierowania (art. 20 ust. 2a);

Zasadą będzie, iż pacjent zostanie zobowiązany do dostarczenia oryginału skierowania w terminie 14 dni od daty zapisania się na liście oczekujących. W przypadku niedostarczenia oryginału skierowania w oznaczonym terminie pacjent zostanie skreślony z listy oczekujących. Zważyć trzeba, iż tego rodzaju rozwiązanie ma na celu wyłącznie usprawnienie systemu i w związku z tym nie będzie pociągało za sobą dodatkowych obciążeń dla pacjenta. Obecnie bowiem pacjent wpisujący się na listę jest obowiązany do przedstawienia co najmniej kopii takiego skierowania. W przypadku rezygnacji przez pacjenta z zapisu u danego świadczeniodawcy, świadczeniobiorca zostanie z listy wykreślony, a oryginał skierowania zostanie mu zwrócony, celem zapisu u innego świadczeniodawcy.

3) uregulowanie sytuacji osoby, która oczekiwała u świadczeniodawcy, którego umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia wygasła lub została rozwiązana (art. 20 ust. 10a-10c);

W chwili obecnej przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ani wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661), nie przewidują możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy z zachowaniem dotychczasowej kolejki, obowiązującej u świadczeniodawcy, którego umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasła lub została rozwiązana. Powoduje to, iż pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia przez nierzadko długi czas, wskutek rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą u którego wpisani byli na listy oczekujących tracą miejsce (często tuż przed wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia) w kolejce oczekujących i muszą na nowo wpisywać się na listy prowadzone przez innych świadczeniodawców.

4) zapewnienie świadczeniobiorcom informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez danego świadczeniodawcę (art. 20 ust. 10d i art. 23 ust. 3-5);

Powyższa zmiana wprowadza obowiązek informacyjny Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczący pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę. W celu zapewnienia prawidłowości publikowanych danych, zostanie wprowadzony obowiązek świadczeniodawcy do przekazywania co najmniej raz w tygodniu oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń. Informację tą właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia będzie publikował na swojej stronie internetowej, z zastrzeżeniem obowiązku jej aktualizacji co najmniej raz w tygodniu. Informacja ta będzie także udzielana za pośrednictwem bezpłatnej infolinii.

5) wprowadzenie zasady, iż zawinione przez świadczeniobiorcę niezgłoszenie się w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia, skutkuje skreśleniem z listy (art. 20 ust. 10d i 10e);

Z kontroli przeprowadzonej przez konsultantów w ochronie zdrowia wynika, że w dziedzinie kardiologii, endokrynologii oraz neurologii nie jest realizowane odpowiednio 13%, 6,1% oraz 9,6% porad w skali kraju. Dla niektórych województw, wskaźnik ten jest znacząco wyższy, np.: w województwie podkarpackim nie odbyło się 31% porad w

dziedzinie kardiologii, a w województwie dolnośląskim 19% porad z zakresu neurologii. Na poziomie poszczególnych świadczeniodawców można zaobserwować jeszcze wyższe wyniki. Przykładowo w jednej z przychodni kardiologicznych w województwie podkarpackim nie odbyło się aż 48% porad, czyli ponad 1800 osób nie skorzystało w 2013 r. z umówionej porady.

6) wprowadzenie obowiązku prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w formie elektronicznej (art. 20 ust. 10g);

Obowiązek prowadzenia list oczekujących w formie elektronicznej:

a) znacznie ułatwi realizację zaproponowanych nowych rozwiązań (w szczególności w zakresie konieczności przekazywania szczegółowych danych o osobach oczekujących i weryfikacji przypadków wpisywania się świadczeniobiorcy na więcej niż jedną listę oczekujących),
b) pozwoli na skuteczne monitorowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia prawidłowości prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących, zarówno w zakresie:
   - kompletności danych umieszczanych na liście,
   - ustalania kolejności udzielania świadczeń,
   - rzetelności, wiarygodności i jakości informacji dotyczących czasów oczekiwania. Jest to niezwykle istotne zarówno dla pacjenta (który podejmuje decyzje o wyborze świadczeniodawcy, u którego może otrzymać świadczenia w jak najkrótszym terminie), a także jako podstawa analiz, prowadzonych zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia jak i Ministra Zdrowia w zakresie czasów oczekiwania i zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej,
c) ułatwi świadczeniodawcom efektywne zarządzanie listami oczekujących (w tym wewnętrzną kontrolę prawidłowości prowadzonych list, sporządzanie rzetelnej sprawozdawczości dla Narodowego Funduszu Zdrowia, analizę prowadzonej listy w celu podejmowania decyzji w zakresie wprowadzania koniecznych zmian organizacyjnych),
d) jest niezbędnym elementem, umożliwiającym pacjentowi realizację prawa do zapisywania się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania swojego statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia (dodatkowa kontrola

prawidłowości prowadzenia listy ze strony pacjenta) oraz otrzymywania informacji o terminie udzielenia świadczenia),

e) zapewni większą transparentność prowadzonych list.

7) doprecyzowanie na poziomie ustawy, iż na liście oczekujących nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie (art. 20 ust. 1).

2. Zmiany w zakresie opieki długoterminowej

Zmiana art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma na celu umożliwienie wnoszenia opłat za rzeczywiste koszty wyżywienia i zakwaterowania świadczeniobiorcy przebywającego w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych również przez jego rodzinę zobowiązaną do alimentacji lub gminę bądź inną osobę. W tym zakresie wzorowano się na przepisie art. 61 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która wprowadziła obowiązek współuczestniczenia rodziny i gminy w opłatach za pobyt mieszkańca w domu pomocy społecznej. Obecny przepis art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje odpłatność jedynie po stronie świadczeniobiorcy (ustawa nie reguluje kwestii odpłatności osób trzecich), zatem w przypadku, w którym świadczeniobiorca nie uzyskuje żadnego dochodu, w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej, jego odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w zakładzie opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej wynosi 0 zł. Jednocześnie zgodnie z ww. art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą do ustalenia górnej granicy kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie opiekuńczym i zakładzie rehabilitacji leczniczej jest dochód własny w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, a w przypadku dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia - dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku, gdy osoba kierowana lub przebywająca w zakładzie nie wykazuje dochodów własnych (art. 18 ust. 1), a pozostaje w związku małżeńskim bądź we wspólnym gospodarstwie domowym z dziećmi lub rodzicami - to nie jest uzasadnionym obciążanie w 100% zakładu opiekuńczego bądź zakładu rehabilitacji kosztami wyżywienia i zakwaterowania takiej osoby. Zasadnym wydaje się, iż w powyższych kosztach partycypować będą małżonek, zstępni przed wstępnymi oraz gmina właściwa ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania osoby przebywającej w zakładzie bądź te inne niż ww. osoby,

zaś w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka. Opłatę, będą jednakże mogły wnosić także inne osoby niż wymienione powyżej.

3. Zmiany w zakresie programów zdrowotnych

Projekt ustawy wprowadza w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podział programów na programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej w związku z wnioskami pokontrolnymi zawartymi w wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli sformułowanym po kontroli wykonania w 2012 r. budżetu państwa w części 46-Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Rozróżnienie to jest konieczne, gdyż programy zdrowotne opracowywane, wdrażane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są już w obecnym stanie prawnym ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i podlegają ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych na podstawie przepisów rozdziału 1a działu II tej ustawy, a programy opracowywane, wdrażane i finansowane przez ministrów oraz jednostki samorządu terytorialnego podlegają ocenie tej Agencji na podstawie art. 48 ww. ustawy.

Ponadto projekt ustawy zakłada, że projekt nowego programu polityki zdrowotnej będzie podlegał zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją", w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu, za wyjątkiem programów zawierających zadania o charakterze tożsamym z poprzednią edycją danego programu. Skrócenie terminu, w którym Agencja będzie zobligowana przekazać opinię o projekcie programu jest bardzo istotne w kontekście rozpoczęcia realizacji programu w pierwszym roku jego wprowadzenia. Opracowanie nowego programu polityki zdrowotnej bądź też ewentualne zmiana zadań (wprowadzenie nowych zadań) nowej edycji dotychczas realizowanych programów jest bowiem ściśle powiązane z procedowaniem ustawy budżetowej, od której to uzależniony jest ostateczny kształt programu.

W tym miejscu wskazać należy, iż proponuje się także wprowadzenie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów, zobowiązujących jednostki samorządu terytorialnego, do realizacji programów polityki zdrowotnej w sposób spójny merytorycznie organizacyjnie z programami realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz. Przykładowo przyjęcie w oparciu o wytyczne europejskie odpowiednich przedziałów wiekowych dla wykonywania określonego rodzaju

badań, na etapie diagnostyki podstawowej nie znajduje uzasadnienia realizacji w tym przedziale wiekowym innych badań. Podobnie, przyjęcie dla populacji kobiet z przedziału wiekowego 50-69 lat wykonywania badań mammograficznych w interwałach czasowych co 2 lat, nie uzasadnia wykonywania realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programu zdrowotnego, w ramach którego podstawowym badaniem dla tej grupy wiekowej byłoby np. badanie USG. Nie oznacza to, że jednostki samorządu terytorialnego nie mogą realizować programu zdrowotnego, w ramach którego realizowane byłyby np. badania USG u młodszych kobiet. Stąd też kwestia zachowania spójności pomiędzy wszystkimi programami wymienionymi w zmienianym art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest bardzo istotna.

Konwencją ww. zmian jest zmiana art. 114 w ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Projekt ustawy w art. 9 przewiduje odpowiednie regulacje przejściowe i dostosowujące dotyczące realizowanych w dniu wejścia w życie projektowanych przepisów programów zdrowotnych oraz opiniowania projektów programów, które pozwolą na wprowadzenie ww. regulacji merytorycznych w płynny sposób.

4. Wprowadzenie skierowań do lekarza okulisty i lekarza dermatologa

Przeprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia analizy wykazały, że znacząca większość pacjentów pojawia się u lekarza okulisty raz, dwa razy w roku i wymaga jedynie podstawowego badania, które zgodnie z kompetencjami i w ramach posiadanej wiedzy mógłby wykonać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Podobnie w przypadku dermatologa część pacjentów zgłasza się do lekarza dermatologa jedynie z podejrzeniem choroby, którą zgodnie z kompetencjami i w ramach posiadanej wiedzy mógłby potwierdzić lub wykluczyć lekarz POZ.

W związku z powyższym projektowane wprowadzenie skierowań do lekarzy ww. specjalności powinno spowodować skrócenie kolejek osób oczekujących na świadczenia w poradniach dermatologicznych i okulistycznych oraz nie powinno powodować zwiększenia kosztów lekarzy POZ. Dlatego też zasadne jest wprowadzenie skierowań do lekarzy ww. specjalności poprzez uchylenie w art. 57 w ust. 2 pkt 3 i 6. Osobom wpisanym, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, na listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te będą udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

5. Uzyskanie statusu osoby kształcącej się jako samodzielny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego

Zgodnie z obecnie obowiązującymi rozwiązaniami w przypadku kształcących się dzieci w wieku od 18. do 26. roku życia, wygaśnięcie ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu posiadania przez te osoby statusu członka rodziny powodowane jest często podjęciem (niejednokrotnie krótkoterminowej) działalności zarobkowej. Po zaprzestaniu prowadzenia tej działalności osoby te tracą tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, i aby zyskać prawo do świadczeń powinny być ponownie zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodzin. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, iż jedną z przyczyn utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej tej grupy jest niedopełnienie obowiązku dokonania tego zgłoszenia.

W związku z powyższym, w celu wyeliminowania utraty przez osoby kształcące się prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku podjęcia przez nie nawet krótkoterminowej pracy, proponuje się, aby posiadanie statusu osoby kształcącej się (tj. ucznia, słuchacza zakładu kształcenia nauczycieli, studenta, uczestnika studiów doktoranckich) było samodzielnym tytułem, powodującym powstanie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Jak dotychczas, w przypadku, gdy dana osoba ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu posiadania statusu członka rodziny, jest ona zwolniona z obowiązku ubezpieczenia z tytułu kształcenia. Po wprowadzeniu zmian, osoba kształcąca się pomiędzy 18. a 26 rokiem życia, która nie posiada statusu członka rodziny, będzie objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu kształcenia się, niezależnie od posiadania innych tytułów do ubezpieczenia. W związku z powyższym, aby uczelnia dokonała zgłoszenia do ubezpieczenia student będzie zobowiązany do złożenia oświadczenia o nieposiadaniu statusu członka rodziny.

Drugim celem proponowanych zmian jest zapewnienie Narodowemu Funduszowi Zdrowia danych, na podstawie których będzie mógł weryfikować prawo do świadczeń tych osób, które są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym ze względu na podjęcie kształcenia się (dotyczy to zarówno osób posiadających status członka rodziny w wieku 18-26, jak i tych osób, które podlegają obowiązkowi z tytułu kształcenia). Szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, szkoły wyższe oraz jednostki prowadzące studia doktoranckie zobowiązane zostaną do nieodpłatnego przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń

Społecznych, informacji o uczniach, słuchaczach zakładu kształcenia nauczycieli, studentach oraz uczestnikach studiów doktoranckich. Zakład Ubezpieczeń Społecznych obowiązany zostanie do przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowo informacji dotyczących szkół, zakładów kształcenia zawodowego, szkół wyższych oraz jednostek prowadzących studia doktoranckie. Proponowane rozwiązania wpłyną na wzrost liczby osób, których tytułem do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest posiadanie statusu osoby kształcącej się. Jednak, zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 82 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Za osoby, które mają inny, niż kształcenie się tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, składka będzie opłacana wyłącznie z tego innego tytułu. Oznacza to, iż jak dotychczas składka, która jest opłacana z budżetu państwa, z tego tytułu będzie finansowana wyłącznie w przypadku osób, które nie mają żadnego innego tytułu do objęcia do ubezpieczeniem zdrowotnym (wyłącznie z tytułu kształcenia się). Należy podkreślić, iż osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia z tytułu kształcenia się będą miały obowiązek poinformowania szkoły (zakładu kształcenia zawodowego, szkoły wyższej, jednostki prowadzącej studia doktoranckie), jako płatnika składek o opłacaniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z obecnie obowiązującym art. 82 ust. 6 zdanie 2. Pozwoli to ustalić uczelni, czy za danego ucznia powinna być opłacana składka. Pozostałe zmiany stanowią konsekwencję wprowadzenia ww. postulatów normatywnych (w szczególności w zakresie upoważnienia Narodowego Funduszu Zdrowia do przetwarzania danych osób oraz podmiotów określonych projektowanymi przepisami, oraz zmiany upoważnienia do wydania rozporządzenia dotyczącego przekazywania przedmiotowych danych).

6. Zmiana w zakresie pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent transferowanych do kraju z państw objętych systemem koordynacji

Z wejściem w życie nowych przepisów o koordynacji uległa zmianie sytuacja prawna w zakresie możliwości pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent transferowanych na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej z państw objętych systemem koordynacji. Przepis art. 30 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.)

upoważnił bowiem państwa członkowskie do pobierania składek również od emerytur i rent wypłacanych przez instytucje innych państw członkowskich, o ile państwo zamieszkania danej osoby, zgodnie z zasadami zawartymi w art. 23-26 tego rozporządzenia, ponosi koszty udzielanych jej świadczeń opieki zdrowotnej. Wypełnianie ustawowego obowiązku płatników składek przez banki wymaga uprzedniego ustalenia w każdym indywidualnym przypadku, czy dana osoba otrzymująca świadczenie z innego państwa członkowskiego jest jednocześnie osobą ubezpieczoną z tytułu otrzymywania polskiej emerytury lub renty. Dodane nowe przepisy mają na celu umożliwienie bankom realizacji obowiązku wynikającego z ust. 1, precyzując jednocześnie termin, w jakim należy dopełnić obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

7. Wprowadzenie map potrzeb zdrowotnych

W Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się istotne, wynikające ze zróżnicowanego stanu zdrowia obywateli, różnice w potrzebach zdrowotnych występujące w poszczególnych regionach, identyfikowane w szczególności na poziomie województw i powiatów. Wyniki analiz prowadzonych na ten temat były przedstawiane m.in. w następujących opracowaniach: "Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" (Region Europejski Światowej Organizacji Zdrowia, Warszawa, 2011), „Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010" (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012), „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania" (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012). Jak wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia nierówności w zdrowiu są postrzegane jako „niesprawiedliwe, niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia", których zmniejszanie stanowi „nakaz etyczny akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw" (Światowa Organizacja Zdrowia, 2011).

Również oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej obejmują zapewnienie zgodnego z potrzebami, wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych, wsparcia sektora zdrowia oraz koordynacji tego wsparcia na poziomie centralnym i regionalnym. Kwestia oceny potrzeb w kontekście zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej została podkreślona w wielu dokumentach europejskich, m.in. w Konkluzjach Rady nt. wspólnych wartości oraz zasad systemów ochrony zdrowia UE z czerwca 2006 r. (Council conclusions on common values and principles in EU health systems). Zgodnie z ww. Konkluzjami zasada równości w dostępie do

ochrony zdrowia powinna być rozumiana jako zapewnienie równego dostępu do ochrony zdrowia w zależności od potrzeb. Systemy ochrony zdrowia państw Unii Europejskiej powinny być ukierunkowane na pacjenta oraz odpowiadać na indywidualne potrzeby. Informacja o kwestii kosztów oraz efektywności systemów zdrowotnych została podniesiona także we Wspólnym Raporcie Komisji Europejskiej oraz Komitetu Polityki Gospodarczej (EPC) nt. Systemów Zdrowotnych z listopada 2010 r. (Joint Report on Health Systems, by the European Commission (EC) and the Economic Policy Committee (EPC)). Jako jedno z wyzwań wymienia się tutaj zapewnienie zrównoważonego finansowania sektora, efektywne pozyskiwanie oraz alokację środków. Ponadto szacowanie potrzeb inwestycyjnych w sektorze zdrowia poprzez tworzenie tzw. regionalnych map potrzeb zdrowotnych jest podnoszone wielokrotnie przez Komisję Europejską w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków ex-ante w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014-2020.

Równocześnie analizy przeprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia wskazują na istotne zróżnicowanie w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych w poszczególnych regionach kraju. Sytuacja ta wynika, między innymi, z istniejącej struktury i rozmieszczenia infrastruktury zdrowotnej. Ponadto, planowanie dostępności świadczeń zdrowotnych często nie uwzględnienia poziomu i rodzaju potrzeb zdrowotnych w danym województwie lub powiecie, pogłębiając w ten sposób nierówności w zakresie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając powyższe na względzie w Rzeczypospolitej Polskiej istnieje konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w opiece zdrowotnej. Działania te powinny obejmować przede wszystkim wypracowanie narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, jak również prowadzenia okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności.

Z tego względu projekt ustawy wprowadza regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Celem analizy na poziomie regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych jest określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Analiza ta powinna dotyczyć przede wszystkim obszaru świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii oraz

ginekologii i położnictwa i być przeprowadzana co najmniej na poziomie poszczególnych powiatów (niższe poziomy to gmina i konkretni świadczeniodawcy). Wartości wskaźników obliczonych dla jednostek na najniższym poziomie analizy, powinny być odnoszone do wartości wskaźników dla poziomów wyższych lub do wartości pożądanych ustalonych przez organizacje krajowe, międzynarodowe lub zdefiniowanych na podstawie literatury. Pozwoli to na zidentyfikowanie obszarów, wymagających interwencji ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego.

Przeprowadzenie analizy na poziomie krajowym ma na celu dostarczenie analogicznych informacji co w przypadku poziomu regionalnego, z tym że w innym zakresie, tj. w dziedzinach specjalistycznych (np. transplantologii) zabezpieczanych na poziomie całego kraju. Ponadto jej zadaniem jest zapewnienie całościowego zobrazowania analizowanych aspektów na poziomie krajowym, poprzez integrację informacji płynących z analiz regionalnych, co umożliwi identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane jest podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa.

W wielu państwach Unii Europejskiej (np. Austria, Francja, Niemcy) narzędziem umożliwiającym dokonanie ww. analiz są raporty przygotowywane przez odpowiednie jednostki administracyjnego podziału terytorialnego kraju – gminy, regiony, landy. Raporty przygotowywane przez ww. jednostki lokalne dostarczają podstaw do planowania i prowadzenia zintegrowanej polityki zdrowotnej w skali całego kraju. W Rzeczypospolitej Polskiej analogiczne działania będą prowadzone w oparciu o regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w projektowanych przepisach art. 95a-95f. Zgodnie z proponowanymi rozwiązaniami za opracowanie regionalnych map odpowiedzialni będą wojewodowie, którzy będą je sporządzać przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, w oparciu o projekty przekazane im przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Regionalne mapy będą sporządzane raz na 3 lata, jednakże zadaniem wojewodów oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, będzie ich coroczna aktualizacja, pozwalająca na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań i weryfikację ich zgodności z prognozami i założeniami. Trzyletni interwał publikacji map wynika z faktu, że zmiany w ochronie zdrowia zachodzą na ogół powoli, ewaluacja skutków podjętych działań nie wymaga prowadzenia tego rodzaju analiz w krótszych odstępach czasu. Wystarczającym narzędziem do

utrzymywania rzetelności danych zawartych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych będzie coroczna ich aktualizacja.

Tworzenie regionalnych map, ich aktualizacja i publikowanie na stronach Biuletynu Informacji Publicznej przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów pozwoli na:

1) zapewnienie na danym terenie bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia;

2) zmniejszenie możliwości podejmowania czysto arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;

3) zwiększenie transparentności systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami.

Projekt ustawy zobowiązuje również ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wytyczne odnośnie treści oraz metodologii opracowywania regionalnych map potrzeb zdrowotnych w celu stworzenia jednolitego i skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Dodać należy, iż mapy potrzeb zdrowotnych, które zostaną opracowane po wejściu w życie projektu ustawy na 2 kolejne trzyletnie okresy odnosić się będą jedynie do lecznictwa szpitalnego. Pierwsze dwie mapy (wraz z przygotowaniem metodologii prognostycznej), sporządzi minister właściwy do spraw zdrowia.

W związku z powyższym, mając na uwadze wprowadzenie nowego instrumentu zakresie określenia potrzeb zdrowotnych, jakim będą mapy potrzeb zdrowotnych, zachodzi konieczność uchylenia w art. 11 w ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotychczas definiującego obowiązek dokonywania oceny potrzeb zdrowotnych.

Kolejnym nowym instrumentem będzie instytucja opinii o celowości podejmowania nowych inwestycji oraz tworzenia na danym obszarze nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Na obecnym etapie rozwoju rynku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niezbędne jest wprowadzenie narzędzi planowania podaży tych świadczeń w taki sposób, aby przeciwdziałać żywiołowemu rozwojowi infrastruktury medycznej, który nie uwzględnia

rzeczywistych potrzeb w tym zakresie, na danym obszarze. Opinię, w formie decyzji administracyjnej, na wniosek zainteresowanego podmiotu, wydawać będzie wojewoda. Przy wydawaniu opinii uwzględniana będzie regionalna mapa potrzeb zdrowotnych.

Posiadanie pozytywnej opinii wojewody będzie warunkiem ubiegania się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, gdyż brak takiej opinii stanowić będzie jedną z przesłanek odrzucenia oferty w postępowaniu o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Zmiana procedury ustalania ogólnych warunków umów

Przepis art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa procedurę ustalania ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OWU). Zgodnie z obowiązującą obecnie procedurą projekt OWU opracowuje Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie jest on uzgadniany z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. W przypadku nieuzgodnienia projektu (art. 137 ust. 10) Minister Zdrowia także jest uprawniony do wydania rozporządzenia w sprawie OWU. Nowe brzmienie art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa upoważnienie ustawowe do wydania wskazanego rozporządzenia dla Ministra Zdrowia, bez konieczności zasięgania odrębnej opinii ww. podmiotów, z uwagi na to, że każdy projekt rozporządzenia podlega uzgodnieniom i konsultacjom publicznym.

9. Zmiany dotyczące maksymalnego okresu, na jaki mogą być zawierane umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Zmiana przepisu art. 156 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umożliwia podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 5 lat bez zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, a w zakresie leczenia stacjonarnego na okres 10 lat. Powyższa zmiana ma na celu dostosowanie okresu, na który zawierana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu amortyzacji inwestycji podjętych celem realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Udzielanie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego jak również w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (choć w znacznie mniejszym zakresie), wymaga

dysponowania znacznymi zasobami materialnymi i ludzkimi, których spełnienie często wiąże się z koniecznością podjęcia kosztownych inwestycji. Wieloletnie umowy stanowić więc będą istotną gwarancję w procesie pozyskiwania od instytucji finansowych środków na rozwój infrastruktury. Przewiduje się, iż wydłużenie okresu na który zawierane mogą zostać umowy spowoduje także wzbogacenie mechanizmów finansowania poprzez rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego. Umowy wieloletnie pozwolą także na realne tworzenie planów długookresowych, zwłaszcza w części inwestycyjnej, poprzez ograniczanie obszarów ryzyka (legislacyjnego, organizacyjnego i ekonomicznego). Stabilność finansowa i organizacyjna szpitala daje również większe poczucie bezpieczeństwa utrzymania miejsc pracy pracownikom. Dla świadczeniobiorców umowy wieloletnie powinny przyczynić się do wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa (poprzez zachowanie ciągłości leczenia) oraz do zapewnienia lepszej dostępności do świadczeń poprzez sprawniejszą obsługę list oczekujących.

Dla Narodowego Funduszu Zdrowia wieloletnie umowy powinny spowodować ograniczenie kosztów administracyjnych ze względu na obniżenie kosztów transakcyjnych.

W art. 156 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uchyla się jednocześnie przepis ust. 2, który wprowadza zakaz przystępowania do postępowania i zawierania nowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku gdy świadczeniodawca zawarł (i realizuje) umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż rok w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu.

Projekt przewiduje także, iż umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej będą zawierana na czas nieoznaczony. Umowy te oddział wojewódzki Funduszu jest zobowiązany zawrzeć z każdym podmiotem, który spełni warunki jej zawarcia, wprowadzenie, regulacji, iż umowy te są zawierane na czas nieoznaczony powinno zatem przyczynić się do obniżenia kosztów transakcyjnych.

10. Kryteria wyboru ofert

Projekt ustawy w zmienianym art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porządkuje podstawowe kryteria wyboru ofert, do których zalicza się:

1) jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;

2) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;

3) dostępność;

4) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;

5) cenę.

Jednocześnie projekt ustawy wprowadza zasadę, zgodnie z którą dodatkowo premiowani będą świadczeniodawcy, który będą uczestniczyć w taryfikacji poprzez wyższe ich rankingowanie w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Szczegółowe kryteria wyboru ofert, zostaną określone w drodze rozporządzenia, wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń, uwzględniającego w tym przypadku interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W celu zapewnienia spójności z warunkami określonymi rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podmiotem właściwym do określenia tych kryteriów powinien być minister właściwy do spraw zdrowia.

11. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Zmodyfikowaniu ulega kompetencja Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia do określania warunków wymaganych od świadczeniodawców, który obecnie zostanie umocowany do określania szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących w szczególności warunki wymagane od świadczeniodawców z uwzględnieniem taryfy świadczeń oraz obszar, dla którego zawiera się umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia dla świadczeń w poszczególnych zakresach i rodzajach. Jednocześnie zastrzega się, że szczegółowe warunki umów nie będą mogły dotyczyć warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 31d pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ani kryteriów oceny ofert określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 148 tej ustawy.

Celem wprowadzenia większej transparentności w proces określania szczegółowych warunków umów oraz mając na uwadze zaobserwowany w dotychczasowej praktyce Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia brak dostatecznych informacji o kosztach i korzyściach dla adresatów zarządzeń określających warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej, zobowiązuje się Prezesa Funduszu by podczas określania szczegółowych warunków umów stosował wymagania dotyczące uzasadnienia rządowego aktu normatywnego.

Przewiduje się, iż do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzanego w danym roku będą miały zastosowanie szczegółowe warunki umów oraz taryfa świadczeń, opublikowane do dnia 30 czerwca poprzedniego roku w Biuletynie Informacji Publicznej Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

III. Zmiany w funkcjonowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Zmiany mające na celu usprawnienie funkcjonalne Narodowego Funduszu Zdrowia

Niektórymi cechami obecnego modelu funkcjonowania instytucji płatnika w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przyczyniającymi się do zmniejszenia jego efektywności, są:

1) ukształtowanie nadzoru i kontroli nad Narodowym Funduszem Zdrowia w sposób nie zapewniający ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wystarczająco skutecznych możliwości działania;

2) brak przejrzystych procedur i narzędzi taryfikacji świadczeń;

3) połączenie w jednej strukturze zadań płatnika i rozbudowanych funkcji regulacyjnych, skoncentrowanych w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mając na uwadze zaobserwowaną dysfunkcję działania systemu spowodowaną m.in. systemowym umiejscowieniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, proponuje się wprowadzenie istotnych usprawnień w do obecnie istniejącego modelu instytucjonalnego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Niezwykle istotne wydaje się wprowadzenie instrumentów skutecznego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z powyższym ustawa przewiduje zmiany dotyczące sposobu powołania zarówno Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jak i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Przewiduje się, iż Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia będzie powoływał i odwoływał minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Dostrzegając brak konsekwencji ustawodawcy, który z jednej strony przyznaje Prezesowi Rady Ministrów prawo do

powoływania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z drugiej zaś, powierza nad nim nadzór ministrowi właściwemu do spraw zdrowia proponuje się połączenie w jednym podmiocie obu tych funkcji. Podobnie, mając na uwadze systemową odpowiedzialność ministra właściwego do spraw zdrowia za dział zdrowie proponuje się by dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia powoływał i odwoływał minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia W przypadku śmierci Prezesa Funduszu albo odwołania ze sprawowanej funkcji, do czasu powołania nowego Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jego obowiązki pełnić będzie Zastępca Prezesa wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Również członkowie Rady Narodowego Funduszu Zdrowia i rad oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będą powoływani przez Ministra Zdrowia. Mając również na uwadze postulaty środowisk pacjenckich, jeden z członków rad będzie powoływany spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów, działających na rzecz praw pacjenta.

Minister właściwy do spraw zdrowia, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Narodowy Funduszu Zdrowia, zostanie umocowany do nadania w drodze rozporządzenia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia statutu, określając w nim w szczególności strukturę organizacyjną tego podmiotu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz siedziby tych oddziałów.

Kolejnym niezbędnym elementem reformy jest wyłączenie ze sfery aktywności płatnika procesu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. W celu zagwarantowania prawidłowości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, taryfikacja świadczeń zdrowotnych powinna zostać powierzona samodzielnej, umocowanej bezpośrednio w ustawie jednostce, która przeprowadzałaby ją w sposób niezależny, opierając się na kryteriach fachowych, z uwzględnieniem doświadczeń krajowych jak również dorobku innych państw, w szczególności państw członkowskich Unii Europejskiej. Z tego punktu widzenia optymalnym rozwiązaniem jest powierzenie tego zadania Agencji, co powinno przyczynić się do ograniczenia kosztów tworzenia nowej struktury organizacyjnej.

Przewiduje się, że przy Prezesie Agencji działać będzie Rada do spraw Taryfikacji o charakterze doradczym, której skład zagwarantuje należytą reprezentację podstawowych

interesariuszy, czyli ministra właściwego do spraw zdrowia, płatnika oraz świadczeniodawców.

Do zadań Agencji w zakresie taryfikacji należeć będzie określanie taryfy świadczeń oraz przedstawianie propozycji dotyczących standardu rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych.

Proponuje się przyjęcie sposobu finansowania Agencji w zakresie taryfikacji świadczeń z odpisu na taryfikację przekazywanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co powinno zapewnić sprawne i fachowe wykonywanie nowych zadań Agencji. Ponadto, zaproponowany sposób finansowania, biorąc pod uwagę obecną sytuację w zakresie finansów publicznych, jest praktycznie jedynym możliwym do wdrożenia w obecnych warunkach budżetu państwa. Przy wyborze sposobu finansowania wzięto pod uwagę również to, iż Agencja przejęłaby znaczną część zadań przypisanych obecnie ustawowo płatnikowi świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ustalenie taryfy świadczeń jest niezbędnym elementem dotyczącym procesu kontraktowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym, co uzasadnia jej finansowanie z odpisu pochodzącego ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Proponuje się, aby źródłem finansowania był odpis na taryfikację świadczeń przekazywany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, liczony jako procent jego planowanych przychodów ze składek. Proponowany poziom przychodów Agencji na finansowanie nowego zadania odzwierciedla szacowane dodatkowe koszty funkcjonowania tej instytucji, a także koszty pozyskiwania danych od wybranej grupy świadczeniodawców, na podstawie zawieranych umów.

Planuje się, iż większa część z tych środków będzie w konsekwencji przychodem tych świadczeniodawców, którzy wezmą udział w procesie wyceny kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku niewykorzystania części środków pochodzących z odpisu na taryfikację świadczeń, odpowiednio zostanie zmniejszony ten odpis w roku następnym. Z powyższego wynika, iż Agencja w zakresie kosztów związanych z taryfikacją świadczeń nie będzie korzystała ze środków budżetu państwa.

W obowiązującym modelu na płatnika - obok funkcji immanentnych dla tej instytucji, do jakich wypada zaliczyć kontraktowanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych oraz kontrolę należytego wywiązywania się ze swoich zobowiązań przez świadczeniodawców - spoczywa również w znacznym, a może decydującym stopniu, rola regulatora systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Rola ta skoncentrowana jest całkowicie w centrali Funduszu, a ściślej w osobie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Niezależnie od swoich i tak nadmiernie rozbudowanych kompetencji regulacyjnych, przyznanych mu na gruncie obowiązującego prawa, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (na przestrzeni całego okresu funkcjonowania obecnego modelu) przejawia tendencję do wkraczania również w materię zastrzeżoną dla Ministra Zdrowia. W szczególności obrazują to działania naruszające wyłączne uprawnienia Ministra, jako podmiotu odpowiedzialnego za kształtowanie koszyka świadczeń zdrowotnych, poprzez określanie warunków kontraktowania świadczeń w sposób kolidujący z postanowieniami rozporządzeń wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie w jakim określają one warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

W związku z powyższym proponuje się dodanie w ustawie wyraźnego zastrzeżenia, że określane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia warunki nie mogą dotyczyć warunków określonych w rozporządzeniach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2) Zmiany dotyczące finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych

Projekt ustawy ma na celu wprowadzenie nowego trybu postępowania i rozliczania w sprawie zawarcia umów na świadczenia wysokospecjalistyczne. Świadczenia wysokospecjalistyczne pozostaną finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, natomiast ich kontraktowaniem i rozliczaniem zajmować się będzie Narodowy Fundusz Zdrowia. Finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych będzie w związku z powyższym stanowiło zadanie Narodowego Funduszu Zdrowia, z zastrzeżeniem jednakże, iż środki finansowe na ten cel zostaną przekazane w formie dotacji z budżetu państwa.

Świadczeniami wysokospecjalistycznymi są świadczenia opieki zdrowotnej lub procedury medyczne spełniające łącznie następujące kryteria:

1) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczeń;

2) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

Na gruncie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, publicznym płatnikiem, odpowiedzialnym za

zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzającym procedury konkursowe i rozliczającym świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Przeniesienie prowadzenia postępowania i rozliczania umów na świadczenia wysokospecjalistyczne do Narodowego Funduszu Zdrowia uzasadnione jest tym, że ma on doświadczenie w zawieraniu umów ze świadczeniodawcami i kontroli realizacji świadczeń, a połączenie strumieni finansowania powinno zapobiegać ewentualnemu podwójnemu ich finansowaniu. Powyższy tryb finansowania będzie miał zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2015 roku. Wprowadzony został jednakże przepis przejściowy, który przewiduje, iż umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych zawarte na okres poprzedzający dzień 1 stycznia 2015 r. będą wykonywane i rozliczane na dotychczasowych zasadach. To samo dotyczy postępowań w sprawie zawarcia tych umów

Narodowy Fundusz Zdrowia zostanie zobowiązany do przedsięwzięcia wszelkich czynności mających na celu zawarcie z dniem 1 stycznia 2015 r. umów na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych.

3. Zmiany dotyczące procedury rozpatrywania zażaleń na decyzję dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dotycząco realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Obecnie przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 160 i 161) przyznają świadczeniodawcom, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki Zdrowotnej, możliwość złożenia do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zażalenia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące realizacji umowy, a w dalszej kolejności, w przypadku jego nie uwzględnienia możliwość złożenia wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy. Zażalenie to wszczyna specyficzny rodzaj postępowania reklamacyjnego w ramach umowy cywilnoprawnej, który ma na celu polubowne rozstrzygniecie sporu powstałego na gruncie jej realizacji.

Podkreślić należy, iż zażalenie jest składane za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który przed przekazaniem może dokonać jego analizy i dokonać ewentualnej zmiany podjętej decyzji w ramach autokontroli. W

konsekwencji zasadność zażalenia jest sprawdzana aż trzykrotnie, przy czym dwukrotnie na poziomie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Znaczna liczba zażaleń składanych na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, przy jednocześnie tak bardzo rozbudowanej procedurze reklamacyjnej i ograniczonych zasobach kadrowych centrali Funduszu, które nie mogą zostać zwiększone ze względu na ograniczenia finansowe, skutkuje obiektywnym brakiem możliwości ich terminowego rozpatrzenia, co w dalszej kolejności czyni przyjęty mechanizm polubownego rozstrzygania sporów wynikających z umowy iluzorycznym.

Proponuje się zatem ograniczenie tak rozbudowanej procedury jedynie do możliwości weryfikacji prawidłowości decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu poprzez możliwość złożenia zażalenia do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, co skutkować powinno stworzeniem efektywnej procedury polubownego rozstrzygania sporów wynikłych na tle realizacji umowy.

IV. Zmiany mające na celu wydłużenia okresu obowiązywania umów do końca 2015 r.

Proces zawierania umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest złożonym przedsięwzięciem organizacyjnym, które wymaga przygotowania rozbudowanego aparatu legislacyjnego i informatycznego po stronie centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz bardzo dużego wysiłku logistycznego i realizacyjnego po stronie oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Poza przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowań w sprawie zawarcia umów, polegającym m.in. na rozpatrzeniu kilkudziesięciu tysięcy ofert, niezbędne jest zapewnienie sił i środków, a także czasu, na rozpatrzenie odwołań od wyników konkursów ofert.

Wobec istotnych zmian wprowadzanych projektem ustawy, w szczególności w związku z oparciem procesu tworzenia planów zakupów i zawierania umów o mapy potrzeb zdrowotnych, koniecznym staje się wprowadzenie przepisu umożliwiającego wydłużenie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w poszczególnych zakresach, jednakże na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2015 r. w celu odpowiedniego oraz terminowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Z możliwości wydłużenia umów wyłączone zostaną umowy o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego. Powyższe ma na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej z początkiem 2015 r.

V. Zmiany mające na celu wprowadzenie porady receptowej.

W związku z tym, że część porad lekarskich jest związana wyłącznie z koniecznością wystawienia recepty na leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenia na wyroby medyczne, w celu kontynuowania leczenia tymi lekami, środkami lub wyrobami, w art. 2 projektu ustawy proponuje się zmianę art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1643, z późn. zm.). Obecnie, zgodnie z art. 42 tej ustawy lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach. W projekcie ustawy przewiduje się wprowadzenie na gruncie ww. ustawy dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyjątku od konieczności osobistego badania pacjenta, polegającego na tym, że lekarz znając stan zdrowia pacjenta (odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta), może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne. Jednocześnie taka recepta lub zlecenie będą mogły być przekazane osobie bliskiej lub opiekunowi faktycznemu, o których mowa w art. 3 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a więc osoba ta lub opiekun faktyczny będą mogły ww. receptę lub zlecenie odebrać. Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta. Natomiast informację o tym kto odebrał taką receptę lub zlecenie będą umieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączane do tej dokumentacji - umożliwi to wpisywanie tej informacji przez lekarza w dokumentacji medycznej albo sporządzenie tej informacji przez inną osobę zatrudnioną w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, celem jej dołączenia do dokumentacji medycznej pacjenta.

VI. Zmiany w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej

Zmiana ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej ma na celu usprawnienie procesu kontroli świadczeniodawców.

W raporcie Najwyższej Izby Kontroli (NIK) „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia" (P/12/142) wskazano m.in. na niewystarczającą ilość kontroli wykonywanych przez NFZ.

Mając na względzie uwagi NIK oraz ograniczone możliwości kadrowe NFZ proponuje się uprościć postępowania kontrolne.

Proponuje się by wyłączenie przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej miało podobny zakres jak wyłączenie dotyczące Ministra Zdrowia, wojewody i podmiotu tworzącego zawarte w art. 84aa ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Stąd proponuje się wyłączyć przepisy art. 82 i 83 ustawy. Jednocześnie w projekcie nie wyłącza się art. 79 i 80a, z uwagi na fakt, iż zgodnie z zasadą lex posterior generalia non derogat legi priori speciali (przepis późniejszy ogólny nie uchyla przepisu wcześniejszego szczegółowego), przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz, wydanego na podstawie art. 64 ust. 10 tej ustawy, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723), regulują wskazany obszar w sposób odmienny.

Wyłączenie ww. przepisów wynika również ze specyfiki kontroli wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto wprowadzenie przedmiotowych zmian ma na celu usunięcie rozbieżności interpretacyjnych, związanych ze stosowaniem przepisów dotyczących kontroli przedsiębiorców - w odniesieniu do kontroli realizacji umów zawieranych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcami będącymi również, lecz nie zawsze przedsiębiorcami. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców przez pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia jest zatem konsekwencją umów zawartych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcami. Jednocześnie podkreślić należy, iż Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontroluje działalności gospodarczej przedsiębiorcy (gdyż nie ma takich uprawnień), lecz wykonanie zawartej umowy cywilnoprawnej.

Z uwagi na treść projektowanych zmian, w celu uniknięcia ewentualnej luki prawnej, dodany został przepis utrzymujący w mocy dotychczasowo wydane rozporządzenia. Okres 12 miesięcy jest konieczny do przeprowadzenia procedury legislacyjnej i wypracowania rozwiązań uwzględniających stanowiska podmiotów społecznych.

Proponuje się także, aby przepisy dotyczące wydawania przez wojewodów opinii o celowości inwestycji w infrastrukturę niezbędną do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych miały zastosowanie od dnia 1 stycznia 2016 r. to jest od pierwszego dnia okresu na który sporządzone zostaną mapy potrzeb zdrowotnych.

Zakłada się, że ustawa wejdzie w życie 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem art. 1 pkt 3 lit. b i pkt 5 i art. 7, które wchodzą w życie z dniem ogłoszenia, oraz art. 1 pkt 12 w zakresie art. 31lc ust. 3, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Projekt ustawy nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.