

U S T A W A

z dnia 22 lipca 2014 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Opracowano na podstawie: Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, 1491, z 2015 r. poz. 2198, z 2016 r. poz. 1355, z 2017 r. poz. 1200.

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. 3 w ust. 2:
 - a) pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy, którzy nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i nie są osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywają na terytorium

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ustawę z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawę z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, 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, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004 i 1136.

Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany lub uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium;”;

b) uchyla się pkt 2a,

c) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 2a, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3.”;

3) w art. 5:

a) w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku;”;

b) 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, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;”;

c) 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, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;”

d) 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;”

e) 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;”

4) w art. 7 w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;

2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej;”

5) w art. 8 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;

- 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach polityki zdrowotnej;”;
- 6) w art. 9 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:
- „1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
 - 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach polityki zdrowotnej;”;
- 7) art. 10 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 10. 1. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
- 1) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
 - 2) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach polityki zdrowotnej oraz o programach polityki zdrowotnej planowanych na ten rok.
2. Informacje o programach polityki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 pkt 2, art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1, zawierają w szczególności:
- 1) nazwę programu polityki zdrowotnej;
 - 2) określenie podmiotu opracowującego, wdrażającego, realizującego i finansującego program polityki zdrowotnej;
 - 3) rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu polityki zdrowotnej.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób oraz terminy przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzór dokumentu zawierającego te informacje, biorąc pod uwagę zakres danych określonych w ust. 2.”;
- 8) w art. 11 w ust. 1:
- a) uchyla się pkt 2,
 - b) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją;”

c) 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;”

d) po pkt 9 dodaje się pkt 9a w brzmieniu:

„9a) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i członków rad oddziałów wojewódzkich Funduszu;”

9) 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 2–4,
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9–11, art. 12a, art. 15 ust. 2 pkt 12 oraz art. 42j

– uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz konieczność zapewnienia skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.”;

10) uchyla się art. 15a;

11) w art. 20:

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

„1a. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

1b. Zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę.”,

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

„5) dołącza do prowadzonej listy oczekujących oryginał skierowania przedstawiony 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, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących. Do terminu dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania stosuje się przepisy art. 165 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 101, z późn. zm.³⁾).

2b. W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, świadczeniodawca zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania, o którym mowa w ust. 2 pkt 5.”,

d) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy także przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy, świadczeniodawca informuje o możliwości zmiany terminu następnego świadczeniobiorcę z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.”,

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 293, 379, 435, 567, 616, 945 i 1091.

e) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

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

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

„10a. W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.

10b. Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

10c. Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy 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, o którym mowa w ust. 2 pkt 5. Za wydanie zaświadczenia świadczeniobiorca nie ponosi opłaty.

10d. Oddział wojewódzki Funduszu informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy 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 się nastąpiło z powodu siły wyższej.

10f. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 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.”,

g) dodaje się ust. 12–14 w brzmieniu:

„12. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, zwaną dalej „diagnostyką onkologiczną”, lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanym 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 diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1, 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.

14. Przepisów ust. 12 i 13 nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.”;

12) uchyla się art. 22;

13) 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 których mowa w ust. 1 pkt 2, oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.

3. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniobiorcę, na jego żądanie, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz 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 świadczenia 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, 7 i 8.

7. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę u tego świadczeniodawcy w trybie określonym w 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 informacji, o której mowa w ust. 4, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.

10. Prezes Funduszu co miesiąc przekazuje informacje, o których mowa w ust. 8, do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.⁴⁾).

11. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do świadczeniodawców, którzy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu zgodnie z art. 190 ust. 1a.”;

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

„1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20, 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 na 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.”;

15) w art. 31a dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Wydając rozporządzenie, o którym mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia uwzględni także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz wyniki monitorowania ich aktualności.”;

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

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183 i 998.

„Rozdział 1aa

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 311a. 1. Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji Agencji sporządzanego na rok kalendarzowy.

2. Prezes Agencji sporządza projekt planu taryfikacji Agencji i przedstawia go do zaopiniowania Prezesowi Funduszu oraz Radzie do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa, w terminie do dnia 1 czerwca 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 taryfikacji Agencji z opinią Prezesa Funduszu i Rady do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa, do zatwierdzenia w terminie do dnia 16 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza plan taryfikacji 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 taryfikacji Agencji, określając termin ich wprowadzenia nie dłuższy niż 7 dni.

6. W przypadku nieprzedstawienia planu taryfikacji 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 taryfikacji Agencji.

Art. 311b. 1. Prezes Agencji określa taryfę świadczeń, w danym zakresie lub rodzaju, w formie obwieszczenia publikowanego w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji i na stronie internetowej Agencji.

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

3. Rada do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa, wydaje opinię w terminie 30 dni od dnia otrzymania taryfy świadczeń w danym zakresie.

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

2. W celu określenia taryfy świadczeń Agencja ma prawo do przetwarzania następujących danych świadczeniobiorców:

- 1) numeru PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adresu miejsca zamieszkania;
- 3) dotyczących udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych udostępniają nieodpłatnie Agencji dane, o których mowa w ust. 2, konieczne do określenia taryfy świadczeń.

4. W przypadku konieczności pozyskania danych od podmiotów innych niż wymienione w ust. 3, Agencja zawiera umowy z tymi podmiotami, które zapewniają najwyższą jakość i kompletność przekazywanych danych, wyłonionymi w postępowaniu ogłoszonym przez Agencję. Agencja zawiera umowy na podstawie określonego przez Agencję postępowania zapewniającego poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania podmiotów oraz zawarcia umowy z podmiotem spełniającym obiektywne, proporcjonalne i niedyskryminacyjne warunki określone w tym postępowaniu.

5. Do zawierania umów, o których mowa w ust. 4, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Umowa może przewidywać wynagrodzenie z tytułu przekazywania danych, jeżeli strony tak postanowią.

[6. Warunkiem zawarcia umowy, o której mowa w ust. 4, z podmiotem będącym świadczeniodawcą jest stosowanie przez tego świadczeniodawcę rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń, o których mowa w ust. 7.]

**Nowe brzmienie
ust. 6 w art. 31lc
wejdzie w życie z
dn. 1.01.2020 r.
(Dz. U. z 2017 r.
poz. 1200).**

<6. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7.>

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, kierując się potrzebą ujednoczenia sposobu

identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.”;

17) tytuł rozdziału 1b otrzymuje brzmienie:

„Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji”;

18) w art. 31n:

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

„1a) ustalanie taryfy świadczeń;

1b) opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7;”;

b) pkt 2 i 3 otrzymują 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;

3) opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej;”;

19) w art. 31o:

a) w ust. 2 w pkt 5 lit. e otrzymuje brzmienie:

„e) opinii o projektach programów polityki zdrowotnej;”;

b) 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.”;

20) w art. 31p:

a) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Zastępcy Prezesa Agencji są powoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Agencji, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, o którym mowa w art. 31r.

3. Kadencja Prezesa Agencji oraz zastępców Prezesa Agencji trwa 5 lat.”;

b) w ust. 5 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Agencji i zastępców Prezesa Agencji z zajmowanego stanowiska przed upływem kadencji w przypadku:”;

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
„6. Wynagrodzenie Prezesa Agencji i zastępców Prezesa Agencji ustala minister właściwy do spraw zdrowia.”;

21) w art. 31q ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Agencji oraz zastępcy Prezesa Agencji nie mogą podejmować dodatkowego zatrudnienia bez pisemnej zgody ministra właściwego do spraw zdrowia ani wykonywać działalności lub podejmować zajęć niedających się pogodzić z wykonywanymi obowiązkami.”;

22) w art. 31s:

a) w ust. 6 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) wydawanie opinii o projektach programów polityki zdrowotnej;”;

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:
„9. Kandydaci na członków Rady Przejrzystości przed powołaniem do składu tej Rady, a członkowie Rady Przejrzystości przed każdym posiedzeniem tej Rady, składają oświadczenie o niezachodzeniu okoliczności określonych w ust. 8, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zwane dalej „deklaracją o braku konfliktu interesów”, dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.”;

c) uchyla się ust. 10 i 11,

d) ust. 12 otrzymuje brzmienie:
„12. Osoby niebędące członkami Rady Przejrzystości, którym zamierza się zlecić przygotowanie ekspertyzy lub innego opracowania dla tej Rady, przed przyjęciem zlecenia składają oświadczenie o zaistnieniu albo niezaistnieniu okoliczności określonych w ust. 8, dla poszczególnych

wniosków będących przedmiotem obrad Rady w zakresie, o którym mowa w ust. 6, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zwane dalej „deklaracją o konflikcie interesów”. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.”,

e) ust. 19 otrzymuje brzmienie:

„19. Zespół, o którym mowa w ust. 17, podejmuje uchwały będące stanowiskami Rady Przejrzystości, po uprzednim przedstawieniu pisemnej opinii dołączonej do dokumentacji przez każdego członka uczestniczącego w posiedzeniu. Uchwały Zespołu są podejmowane zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej 2/3 jego członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos prowadzącego posiedzenie Rady Przejrzystości.”;

23) po art. 31s dodaje się art. 31sa i art. 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) opiniowanie:

- a) planu taryfikacji Agencji,
- b) metodologii taryfikacji świadczeń,
- c) przygotowywanej taryfy świadczeń oraz jej zmian;

2) realizacja innych zadań zleconych przez Prezesa Agencji.

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

4. Wyboru trzech członków Rady do spraw Taryfikacji spośród osób zgłoszonych przez reprezentatywne organizacje świadczeniodawców w rozumieniu art. 31sb ust. 1 dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę kryterium liczby osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń

opieki zdrowotnej łącznie u świadczeniodawców zrzeszonych w reprezentatywnej 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 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 do spraw Taryfikacji;
- 3) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 4) uchylania się od wykonywania obowiązków członka Rady do spraw Taryfikacji albo nieprawidłowego wykonywania tych obowiązków;
- 5) niespełniania warunków, o których mowa w ust. 7 lub 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 finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady do spraw Taryfikacji;
- 2) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 3) korzysta z pełni praw publicznych;
- 4) nie jest członkiem Rady Przejrzystości bądź Komisji Ekonomicznej, o której mowa w art. 17 ustawy o refundacji.

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 przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

- 2) posiadać akcji lub udziałów w podmiotach, o których mowa w pkt 1;
- 3) wykonywać działalności gospodarczej w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) wykonywać zajęć zarobkowych w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z podmiotami określonymi w pkt 1–3.

9. Kandydaci na członków Rady do spraw Taryfikacji oraz członkowie Rady do spraw Taryfikacji składają oświadczenie o niezachodzeniu okoliczności określonych w ust. 8, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zwane dalej „oświadczeniem o braku konfliktu interesów”, dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

10. Osoby niebędące członkami Rady do spraw Taryfikacji, którym zamierza się zlecić przygotowanie ekspertyzy lub innego opracowania dla tej Rady, przed przyjęciem zlecenia składają oświadczenie o zaistnieniu albo niezastnieniu okoliczności określonych w ust. 8, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

11. W posiedzeniach Rady do spraw Taryfikacji mogą brać udział eksperci oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego tej Rady, bez prawa głosu. Do osób tych stosuje się ust. 8 i 10.

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. Oświadczenia o braku konfliktu interesów weryfikuje Centralne Biuro Antykorupcyjne.

14. Pracami Rady do spraw Taryfikacji kieruje przewodniczący przy pomocy dwóch wiceprzewodniczących. Przewodniczący oraz wiceprzewodniczący są wybierani spośród członków Rady do spraw Taryfikacji 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. Członkom Rady do spraw Taryfikacji przysługuje:

- 1) wynagrodzenie nieprzekraczające 3500 zł za udział w każdym posiedzeniu tej Rady, jednak nie więcej niż 10 500 zł miesięcznie;
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy.

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

Art. 31sb. 1. Za reprezentatywną organizację świadczeniodawców uważa się taką organizację, która zrzesza świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 10 000. Osoba uprawniona do reprezentowania tej organizacji złoży ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, nie później niż do dnia 30 kwietnia, oświadczenie potwierdzające liczbę osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

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

3. W przypadku reprezentatywnej organizacji świadczeniodawców wpisanej do wykazu reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, oświadczenie określone w ust. 1 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 i 3, w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i na stronie internetowej tego urzędu.”;

24) 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. 5–8;”;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kosztami Agencji są koszty:

- 1) działalności Agencji, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości oraz infrastruktury technicznej, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diety i zwroty kosztów podróży;
- 2) realizacji zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 3) działania Rady Przejrzystości i Rady do spraw Taryfikacji;
- 4) koszty pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
- 5) inne koszty wynikające z przepisów odrębnych.”;

c) po ust. 4 dodaje się ust. 5–14 w brzmieniu:

„5. Wysokość odpisu na taryfikację świadczeń na dany rok jest ustalana z uwzględnieniem:

- 1) wysokości kosztów Agencji w zakresie taryfikacji określonej w planie finansowym Agencji w roku poprzednim oraz przewidywanego wykonania w tym roku;
- 2) różnicy pomiędzy planowaną a wykonaną wysokością kosztów Agencji w zakresie taryfikacji w roku poprzedzającym o 2 lata dany rok;

3) projektu planu taryfikacji na dany rok.

6. Ustalenie wysokości odpisu na taryfikację świadczeń, o którym mowa w ust. 5, wymaga pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia wydawanej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

7. W przypadku niewydania pozytywnej opinii, o której mowa w ust. 6, wysokość odpisu na taryfikację świadczeń ustala minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

8. W przypadku nieustalenia wysokości odpisu na taryfikację świadczeń zgodnie z ust. 7, wartość tę przyjmuje się w wysokości wynikającej z planu finansowego Agencji w roku poprzednim.

9. Wysokość odpisu na taryfikację świadczeń, o którym mowa w ust. 5, 7 i 8, wynosi nie więcej niż 0,07% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na ten rok w planie finansowym Funduszu, o którym mowa w art. 121 ust. 3 albo ust. 4, albo ust. 5, albo art. 123 ust. 3.

10. Prezes Agencji informuje Prezesa Funduszu o wysokości odpisu na taryfikację świadczeń na dany rok.

11. Przychody z tytułu odpisu na taryfikację świadczeń są przeznaczane przez Agencję wyłącznie na pokrycie kosztów w zakresie taryfikacji świadczeń. Agencja może dokonywać zakupu aktywów trwałych dotyczących taryfikacji świadczeń ze środków pochodzących z odpisu na taryfikację świadczeń. Koszty amortyzacji tych aktywów stanowią koszty w zakresie taryfikacji świadczeń.

12. Agencja jest obowiązana do prowadzenia, w ramach zakładowego planu kont, ewidencji księgowej w sposób umożliwiający wyodrębnienie kosztów, przychodów i aktywów trwałych w zakresie dotyczącym taryfikacji.

13. Odpis na taryfikację świadczeń jest przekazywany przez Fundusz do Agencji w dwunastu równych miesięcznych ratach do ostatniego dnia miesiąca.

14. Od kwoty nieprzekazanego przez Fundusz w terminie odpisu na taryfikację świadczeń Agencji przysługują odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.”;

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

„Art. 32a. 1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32.

2. Świadczeniobiorca, u którego:

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

3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

4. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a albo ust. 2 pkt 2.

5. Lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, dokonuje zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

6. Lekarz, o którym mowa w ust. 5, wpisuje w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów.

7. Świadczeniobiorca zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, u którego świadczenia te będą udzielane.

8. W przypadku konieczności zmiany świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 7, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wydawana świadczeniobiorcy.

9. Lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, może wydawać karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli ustalony dla niego przez oddział wojewódzki Funduszu indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów nie jest niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.

10. Wskaźnika rozpoznawania nowotworów nie ustala się, jeżeli od rozpoczęcia wydawania przez lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, kart diagnostyki i leczenia onkologicznego liczba świadczeniobiorców, którym ten lekarz wydał te karty oraz którym wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie, nie przekroczyła 30.

11. Oddział wojewódzki Funduszu, z którym lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, 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 rozpoznawania nowotworów.

12. Oddział wojewódzki Funduszu informuje lekarza oraz świadczeniodawcę, o którym mowa w ust. 11, o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i obowiązku odbycia przez lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, prowadzonego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków.

13. Lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, nie może wydawać kart diagnostyki i leczenia onkologicznego od dnia otrzymania od oddziału wojewódzkiego Funduszu informacji, o której mowa w ust. 12, do dnia przedstawienia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przez lekarza dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów.

14. Jeżeli lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wyda kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego po otrzymaniu od oddziału wojewódzkiego Funduszu informacji, o której mowa w ust. 12, a przed przedstawieniem oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dokumentu potwierdzającego ukończenie 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. 11.

15. Jeżeli zmiana lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, następuje w związku z okolicznościami określonymi w ust. 13, zmiana ta nie jest zaliczana do zmian, od których liczby uzależniony jest obowiązek wniesienia opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1.

16. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

17. Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być wykorzystane tylko raz.

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

- 1) sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów,
 - 2) minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów
- biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia miarodajnego i obiektywnego charakteru tego wskaźnika.

Art. 32b. 1. Świadczeniodawca sporządzający dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie świadczeniobiorcy posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopię tej dokumentacji, za której wykonanie 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 diagnostyki i leczenia onkologicznego.

2. W przypadku:

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

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

4. Karta diagnostyki i 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 jednego z rodziców lub opiekuna prawnego, 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 ust. 1 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;
- 12) datę zakończenia leczenia onkologicznego;
- 13) numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów;
- 14) dane lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1.

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

- 26) w art. 33 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie. Do potwierdzenia oraz odmowy potwierdzenia skierowania, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.”;

- 27) 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 bezpłatnie na wniosek świadczeniobiorcy 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 i 822) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi. Informację tę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

2. Świadczeniobiorcy, który korzysta z zakwaterowania na podstawie ust. 1, przysługuje bezpłatnie, na jego wniosek, transport z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń. Informację tę 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.”;

28) 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. Fundusz realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

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 gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, o których mowa w

ust. 1, realizowanymi 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. Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego sporządza projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6. Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji w celu jego zaopiniowania.

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do programu polityki zdrowotnej, będącego kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie.

3. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu na podstawie kryteriów, o których mowa w:

- 1) art. 31a ust. 1 – w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra;
- 2) art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 – 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.

2. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, minister albo jednostka samorządu terytorialnego 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. Fundusz dokonuje wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowę na zasadach i w trybie określonych dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Do wyboru realizatorów programów, o których mowa w art. 48 ust. 1, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.”;

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

30) w art. 66 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, 26–28b, 30 i 33.”;

31) w art. 67 w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich.”;

32) w art. 73 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20 i 22, powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a wygasa z dniem ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich;”;

33) 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.”;

34) 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.”;

35) po dziale IV dodaje się dział IVa w brzmieniu:

„DZIAŁ IVA

Ocena potrzeb zdrowotnych

Art. 95a. 1. Dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Regionalną”, uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

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 5 lat.

4. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt Mapy Regionalnej, w szczególności na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz przekazuje go właściwemu wojewodzie w terminie do dnia 15 października roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej.

5. Wojewoda na podstawie projektu, o którym mowa w ust. 4, sporządza Mapę Regionalną i przekazuje ją do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w terminie do dnia 1 lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej.

6. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na podstawie Map Regionalnych sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Ogólnopolską”.

7. Mapę Ogólnopolską i Mapy Regionalne, zwane dalej „mapami”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia do dnia 1 kwietnia roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza mapy w terminie do dnia 1 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map. 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 monitoruje aktualność map. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia corocznie do dnia 30 czerwca wyniki monitorowania map za rok poprzedni.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres treści map, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

Art. 95b. 1. Tworzy się Wojewódzką Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Wojewódzką Radą”. W skład Wojewódzkiej Rady wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym:

- 1) jeden przedstawiciel wojewody;
- 2) jeden przedstawiciel marszałka województwa;
- 3) jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 4) jeden przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
- 5) jeden przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego;
- 6) jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa;
- 7) jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa;
- 8) jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców.

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

3. Obsługę organizacyjną Wojewódzkiej Rady zapewnia urząd obsługujący wojewodę.

4. Wojewódzka Rada działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

5. Podmioty określone w ust. 1 pkt 3–5 oraz Główny Urząd Statystyczny przekazują nieodpłatnie, na wniosek wojewody, dane niezbędne do sporządzenia Mapy Regionalnej, w terminie 14 dni.

Art. 95c. Na podstawie Mapy Regionalnej wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną.

Art. 95d. 1. Właściwy wojewoda, na wniosek podmiotu określonego w ust. 6, wydaje w formie decyzji administracyjnej opinię o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub 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 w okresie 2 lat.

2. Właściwy wojewoda, na wniosek podmiotu określonego w ust. 6, wydaje w formie decyzji administracyjnej opinię o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 2 miliony zł w okresie 2 lat.

3. Kwoty, o których mowa w ust. 1 i 2, podlegają corocznej waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok średnioroczny wskaźnik cen

towarów i usług konsumpcyjnych ogółem. Zwaloryzowana kwota jest publikowana na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędów obsługujących wojewodów.

4. Do określenia wartości inwestycji zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów:

- 1) przygotowania do realizacji inwestycji budowlanych oraz innych zmian w obiektach budowlanych, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409, z późn. zm.⁵⁾), wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską, oraz zakupu obiektów budowlanych, w szczególności kosztów opracowania dokumentacji projektowej, zakupu i przygotowania gruntu pod budowę oraz ekspertyz, świadectw, operatów, studiów, pomiarów geodezyjnych i prac geologicznych oraz prac archeologicznych, dotyczących tych inwestycji;
- 2) realizacji inwestycji budowlanych oraz innych zmian w obiektach budowlanych, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską;
- 3) zakupu obiektów budowlanych;
- 4) zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środków trwałych;
- 5) transportu i montażu oraz innych kosztów ponoszonych w celu przekazania środków trwałych do używania;
- 6) zmiany w środkach trwałych, powodującej ich ulepszenie w rozumieniu przepisów o rachunkowości.

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

6. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, podmiot tworzący albo podmiot zamierzający wykonywać działalność leczniczą, zwany dalej „podmiotem wnioskującym”, składa do wojewody wnioski zawierający:

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 40, 768, 822 i 1133.

- 1) oznaczenie podmiotu wnioskującego;
- 2) adres siedziby podmiotu wnioskującego;
- 3) oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub wskazanie jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, które mają zostać utworzone, lub opis inwestycji, o której mowa w ust. 1 albo 2, oraz wskazanie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) uzasadnienie celowości utworzenia nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, lub inwestycji, o której mowa w ust. 1 albo 2;
- 5) wskazanie terminu planowanego rozpoczęcia działalności leczniczej;
- 6) datę sporządzenia wniosku;
- 7) podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku.

7. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w ust. 1 albo 2, oraz o jej zmianę podlega opłacie wynoszącej 4000 zł. Opłata stanowi dochód budżetu państwa. Potwierdzenie wniesienia opłaty dołącza się do wniosku.

8. Opłat określonych w ust. 7 nie wnosi podmiot tworzący będący ministrem, centralnym organem administracji rządowej lub wojewodą.

9. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 7, podlega corocznej waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem. Zwaloryzowana kwota jest publikowana na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędów obsługujących wojewodów.

10. Wnioski o wydanie opinii, o której mowa w ust. 1 albo 2, oraz o jej zmianę, są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.

11. Wojewoda wydaje opinię, o której mowa w ust. 1 albo 2, w terminie 60 dni od dnia złożenia wniosku.

12. W decyzji zawierającej pozytywną opinię, o której mowa w ust. 1 albo 2, określa się odpowiednio termin utworzenia nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego lub termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji.

13. Pozytywna opinia, o której mowa w ust. 1 albo 2, jest ważna pod warunkiem dochowania terminów, o których mowa w ust. 12. W razie niedochowania tych terminów wojewoda stwierdza wygaśnięcie decyzji.

14. Pozytywna opinia, o której mowa w ust. 1 albo 2, może zostać z urzędu uchylona albo zmieniona w każdym czasie w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie.

Art. 95e. W przypadku gdy podmiotem wnioskującym jest wojewoda, opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 albo 2, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia. Przepisy art. 95d stosuje się.”;

36) 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.”;

37) 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 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;

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

b) w ust. 3a pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4;”;

c) ust. 3b otrzymuje brzmienie:

„3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.”,

d) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.”;

38) 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;

- 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;
- 8) dwóch członków wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia.”,

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.”;

39) w art. 100:

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

„1a. Rada Funduszu może w drodze uchwały upoważnić Prezesa Funduszu do dokonywania zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych do wysokości określonej przez Radę kwoty lub w zakresie określonym przez Radę.”,

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

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

c) 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.”;

40) 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 zasięgnięcia 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,

– pkt 23 otrzymuje brzmienie:

„23) przekazywanie oddziałom wojewódzkim Funduszu do realizacji programów polityki zdrowotnej zleconych przez właściwego ministra;”

c) w ust. 6 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„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.”

41) 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 art. 21;”

- pkt 12 otrzymuje brzmienie:
„12) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwołanie 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 tej rady w przypadku:”

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

42) 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) w ust. 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„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:”

- c) w ust. 5:
- po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
„3a) sporządzanie planu zakupu świadczeń;”
 - pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) dokonywanie wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej, w tym w imieniu danego ministra;”;

43) w art. 107a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Nabór kandydatów do zatrudnienia w Funduszu jest otwarty i konkurencyjny.”;

44) w art. 116:

a) 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;”;

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

„1a. Przychody, o których mowa w ust. 1, zmniejsza się o odpis na taryfikację świadczeń, o którym mowa w art. 31t ust. 5–8.”;

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

46) po art. 131a dodaje się art. 131b w brzmieniu:

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

2. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej składa się z:

- 1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;
- 2) części szczegółowej określającej w szczególności obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń.”;

47) 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.”;

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

„Art. 132a. 1. Świadczeniodawcy mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie i wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w nie mniej niż dwóch zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2–8, 10–13, 15 i 16.

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.”;

49) 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 lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwotę zobowiązania zmienia się, dostosowując ją do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego i wykonania tej umowy.”;

50) art. 137 otrzymuje brzmienie:

„Art. 137. 1. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują:

- 1) przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok;
- 4) zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych;

6) przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów.”;

51) art. 139 otrzymuje brzmienie:

„Art. 139. 1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- 1) konkursu ofert albo
- 2) rokowań.

2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 9. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.

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 terytorialnego, 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 opieki zdrowotnej.

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

5. Członkiem komisji konkursowej nie może być osoba, która:

- 1) jest świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;
- 2) pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
- 3) jest związana, z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
- 4) pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.

6. Członkowie komisji konkursowej po otwarciu ofert składają, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w ust. 5. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

7. Wyłączenia członka komisji konkursowej i powołania nowego członka komisji konkursowej w przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 5, dokonuje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu z urzędu lub na wniosek członka komisji konkursowej albo świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy.

8. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być rozpoczęte przed zatwierdzeniem planu finansowego. W takim przypadku wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z

zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu na rok bieżący.

9. 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 pracy, uwzględniając konieczność równego traktowania świadczeniodawców oraz zapewnienia uczciwej konkurencji.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, sposób określania obszarów terytorialnych, 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.”;

52) w art. 142:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d oraz warunki, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2;”;

b) w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1;”;

53) 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 terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.

2. Szczegółowe warunki umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d.

3. Przy opracowaniu szczegółowych warunków umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, sporządza się uzasadnienie oraz informację dotyczącą skutków ich przyjęcia, w której wskazuje się:

- 1) rozwiązywany problem;
- 2) rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, oraz oczekiwany efekt;
- 3) podmioty, na które oddziałują warunki umów;
- 4) informację na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników przeprowadzonych konsultacji warunków umów;
- 5) skutki finansowe;
- 6) termin planowanego wdrożenia warunków umów;
- 7) w jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów przyjętych warunków umów oraz jakie mierniki zostaną zastosowane.

4. Projekt przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, Prezes Funduszu przedstawia właściwym konsultantom krajowym 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. Określone przez Prezesa Funduszu przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, z wyjątkiem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczegółowych warunków umów dotyczących świadczeń z zakresu programów lekowych i chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji, 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 pkt 2, opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Prezesa Funduszu oraz taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji, do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.”;

54) 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,
- 2) kompleksowości,
- 3) dostępności,
- 4) ciągłości,
- 5) ceny

– udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada:

- 1) umowę, o której mowa w art. 31lc ust. 4;
- 2) ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 albo 2.

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

55) w art. 149 w ust. 1 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 zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.”;
- 56) 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.”;
- 57) w art. 155 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w art. 149 ust. 1 pkt 1 i 3–8, lub zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnione.”;
- 58) 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 okres dłuższy niż 10 lat, wymaga zgody Prezesa Funduszu.”,
b) uchyla się ust. 2;
- 59) w art. 159:
a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„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.”;
- 60) w art. 161 uchyla się ust. 3–3c;
- 61) uchyla się art. 166;
- 62) w art. 169 w ust. 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

63) 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.”;

64) w art. 188 po ust. 5 dodaje się ust. 5a–5d w brzmieniu:

„5a. Informacje i dane zgromadzone w Funduszu udostępnia się:

1) nieodpłatnie organom egzekucyjnym określonym w art. 19 i art. 20 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2012 r. poz. 1015, z późn. zm.⁶⁾),

2) odpłatnie komornikom sądowym

– w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego.

5b. Opłata za udzielenie przez Fundusz komornikom sądowym informacji i danych, dotyczących jednego świadczeniobiorcy lub jednego płatnika składek, wynosi 50 zł.

5c. Kwota, o której mowa w ust. 5b, podlega waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

5d. Komornik sądowy dołącza do wniosku o udzielenie informacji i danych kopię dowodu dokonania opłaty, o której mowa w ust. 5b, na rachunek wskazany przez Fundusz.”;

65) po art. 189 dodaje się art. 189a w brzmieniu:

„Art. 189a. Fundusz przekazuje wojewodzie oraz marszałkowi województwa zbiorcze informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom zamieszkującym na terenie województwa przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, niezbędne do realizacji zadań określonych w ustawie.”;

66) w art. 190:

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1166, 1342 i 1529, z 2013 r. poz. 1289 oraz z 2014 r. poz. 379, 567 i 897.

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

„1a. 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.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) zakres informacji zawartych w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu,
 - 2) wzór sprawozdania okresowego z działalności Funduszu oraz sposób i terminy jego przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,
 - 3) minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw na podstawie art. 189a, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywania tych informacji
- uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz konieczność zapewnienia jednolitości przekazywanych informacji.”;

67) 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 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 851 i 915) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 6 w ust. 1 dodaje się pkt 16 w brzmieniu:

„16) Narodowy Fundusz Zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

2) w art. 17 uchyla się pkt 4p.

Art. 3. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.⁷⁾) 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.

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 lub zlecenia mogą być przekazane:

- 1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;
- 2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. 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, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r. poz. 1118) w art. 35 w ust. 2 uchyla się pkt 7.

Art. 5. W ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672, z późn. zm.⁸⁾) po art. 84aa dodaje się art. 84ab w brzmieniu:

„Art. 84ab. Przepisów art. 82 i art. 83 nie stosuje się w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców dokonywanej przez podmiot zobowiązany do

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95 i 1456, z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1456, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004.

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 675, 983, 1036, 1238, 1304 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 822 i 1133.

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.⁹⁾).”.

Art. 6. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947 oraz z 2014 r. poz. 619) w art. 41 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Realizacja zadań z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim zakażonym HIV i chorym na AIDS do zgodnych z wytycznymi organizacji międzynarodowych metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, jest prowadzona na podstawie programu polityki zdrowotnej ustalonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 7. W ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 102, poz. 586 i Nr 113, poz. 657) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 15 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Decyzja, o której mowa w ust. 1, jest wydawana na wniosek świadczeniodawcy, konsultanta, o którym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.¹⁰⁾), Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji lub Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, uzasadniony koniecznością ratowania życia lub zdrowia pacjenta lub ochrony zdrowia publicznego.”;

⁹⁾ 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, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136 i 1138.

¹⁰⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 107, poz. 679, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 oraz z 2014 r. poz. 1135.

2) w art. 68 w ust. 2 pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.”

Art. 8. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.¹¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 26 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4–6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 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.¹²⁾), przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia.”;

2) 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. 9. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.¹³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 12:

a) w ust. 1 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) umożliwienia usługobiorcom monitorowania swojego statusu na listach oczekujących na udzielenie świadczenia, o których mowa w art.

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 24, 423 i 619.

¹²⁾ 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, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136 i 1138.

¹³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183 i 998.

20 i art. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”

b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Pracownikom medycznym i usługodawcom, w zakresie wykonywanych przez nich zadań i posiadanych uprawnień, udostępniane są dane, w tym dane osobowe i jednostkowe dane medyczne usługobiorców, przetwarzane w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 9 i 10, oraz prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia, o których mowa w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

2) w art. 27 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. System Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej jest systemem teleinformatycznym, w którym przetwarzane są zbiorcze dane i informacje, o których mowa w art. 20 i art. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zbiorcze dane uzyskane na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 1.”.

Art. 10. 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.¹⁴⁾) 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.¹⁵⁾);”.

¹⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742, z 2013 r. poz. 766 i 1290 oraz z 2014 r. poz. 1136.

¹⁵⁾ 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,

Art. 11. Osoby wchodzące w skład organów Narodowego Funduszu Zdrowia, powołane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, pełnią tę funkcję do czasu powołania nowych organów.

Art. 12. 1. Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy:

- 1) Agencja Oceny Technologii Medycznych staje się Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwaną dalej „Agencją”;
- 2) Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych staje się Prezesem Agencji;
- 3) Zastępca Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych staje się zastępcą Prezesa Agencji do spraw Technologii Medycznych;
- 4) 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.

3. Plan taryfikacji Agencji, o którym mowa w art. 31la ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na 2015 r. Prezes Agencji sporządza i przedstawia do zaopiniowania Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Radzie do spraw Taryfikacji, w przypadku jej powołania, 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.

4. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych sporządzi plan finansowy Agencji na 2015 r. na podstawie planu finansowego Agencji Oceny Technologii Medycznych na 2015 r. oraz z uwzględnieniem ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i przekazuje go w terminie do dnia 7 grudnia 2014 r. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia.

Art. 13. (uchylony)

Art. 14. W latach 2015 i 2016 odpis na taryfikację świadczeń, o którym mowa w art. 31t ust. 5–8 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na dany rok obrotowy wynosi 0,07% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za ten rok obrotowy określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w art. 121 ust. 3 albo

879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136 i 1138.

4, albo ust. 5, albo art. 123 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1. Jeżeli wysokość kosztów w zakresie taryfikacji wynikających z planu finansowego Agencji na 2015 r. jest wyższa od wysokości kosztów w zakresie taryfikacji wynikającej ze sprawozdania z wykonania planu finansowego Agencji za ten rok, wysokość odpisu na taryfikację świadczeń w planie finansowym Agencji na 2016 r. zmniejsza się o tę różnicę.

Art. 15. 1. 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.

2. W okresie od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy do dnia 31 grudnia 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia podejmie czynności zmierzające do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych obowiązujących od dnia 1 stycznia 2015 r.

Art. 16. 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.

3. Do dnia ogłoszenia pierwszych map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, do sporządzania projektów programów polityki zdrowotnej nie stosuje się obowiązku, o którym mowa w art. 48a ust. 1 zdanie pierwsze ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 17. 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. 18. 1. Świadczeniobiorca, który przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy:

- 1) oczekiwał na diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego,
 - 2) rozpoczął diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego
- może, po dniu wejścia w życie ustawy, uzyskać na swój wniosek od lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, o której mowa w art. 1, kartę diagnostyki i

leczenia onkologicznego na zasadach określonych w ustawie, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

Art. 19. 1. Mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na dwa następujące po wejściu w życie niniejszej ustawy 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 kwietnia 2016 r. – w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.;
- 2) 31 maja 2018 r. – w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

2. (uchylony)

3. Do dnia ogłoszenia pierwszych regionalnych map potrzeb zdrowotnych zgodnie z art. 95a ust. 9 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oraz ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na następny rok, uwzględniając stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

Art. 20. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz do postępowań o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 21. Do postępowań w sprawie rozpatrzenia wniosków, o których mowa w art. 161 ust. 3–3c ustawy, o której mowa w art. 1, wszczętych i niezakończonych do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 22. Lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, o której mowa w art. 1, może wydawać karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do dnia otrzymania z oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pierwszej informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, o której mowa w art. 32a ust. 12 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 23. 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może zastrzec we wniosku, o którym mowa w ust. 1, że przedłużenie okresu obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie dotyczy umów zawartych w zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego.

3. 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, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.

4. 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 przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zgody wojewody.

Art. 24. Przepisu art. 148 ust. 2 pkt 2 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie stosuje się do:

1) świadczeniodawcy, który został utworzony przed dniem 30 czerwca 2016 r., lub

- 2) utworzonej przed dniem 30 czerwca 2016 r. nowej jednostki lub komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub
- 3) inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 albo 2 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, rozpoczętej przed dniem 30 czerwca 2016 r.

Art. 25. 1. Przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 10 ust. 3, art. 23a ust. 3, 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. 10 ust. 3, art. 23a ust. 3, art. 137, art. 139 ust. 9 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.

2. Przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, utrzymane w mocy na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 000), zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż do dnia 1 marca 2015 r.

Art. 26. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 8 lit. c i pkt 10, art. 12 ust. 4, art. 15 i art. 23, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 52–54 i pkt 55 w zakresie art. 149 ust. 1 pkt 7, oraz art. 8 pkt 1, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.;
- 3) art. 1 pkt 35 w zakresie art. 95d i art. 95e, który wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.;
- 4) art. 1 pkt 15, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.;
- 5) art. 1 pkt 16 w zakresie art. 31lc ust. 6, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.