

Opracowano na
podstawie: t.j.
Dz. U. z 2024 r.
poz. 1208, z 2026
r. poz. 1007.

U S T A W A

z dnia 9 marca 2023 r.

o Krajowej Sieci Onkologicznej

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) organizację i zasady funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 2) zasady i sposób monitorowania jakości opieki onkologicznej;
- 3) zasady funkcjonowania i zadania Krajowej Rady Onkologicznej, zwanej dalej „Radą”;
- 4) zasady i tryb finansowania Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 5) zasady udostępniania danych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 6) zasady prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) diagnostyka onkologiczna – świadczenia opieki zdrowotnej mające na celu rozpoznanie nowotworu i określenie stopnia jego zaawansowania, wraz z oceną stanu ogólnego mającą na celu zapewnienie informacji niezbędnych do planowania leczenia onkologicznego, w przypadku gdy lekarz stwierdził podejrzenie nowotworu;
- 1a) ciągłość opieki onkologicznej – koordynowany proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej oraz dalsze leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515 oraz z 2026 r. poz. 791);

- 2) jednostkowe dane medyczne – jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465);
- 3) kluczowe wskaźniki jakości opieki onkologicznej – wskaźniki, których osiągnięcie będzie warunkowało możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym obszarze w danym rozpoznaniu, wybrane spośród wskaźników jakości opieki onkologicznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2;
- 4) koordynator opieki onkologicznej – osobę odpowiedzialną za udzielanie świadczeniobiorcy objętemu opieką onkologiczną informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz za ich koordynację na poszczególnych etapach opieki onkologicznej, zatrudnioną na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku prawnego w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego;
- 5) leczenie onkologiczne – świadczenia opieki zdrowotnej mające na celu wyleczenie choroby nowotworowej lub leczenie paliatywne;
- 6) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527);
- 7) miernik – cechę podlegającą pomiarowi, która będzie używana do obliczania wskaźnika jakości opieki onkologicznej; informacje dotyczące miernika mogą zawierać określenie technik pomiarowych, używanych narzędzi lub sposobu i miejsca gromadzenia danych pomiarowych, w określonym miejscu i czasie;
- 8) monitorowanie – weryfikację skuteczności i bezpieczeństwa leczenia onkologicznego realizowaną podczas tego leczenia oraz po jego zakończeniu przez okres 5 lat, zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w art. 24 ust. 1;
- 9) opieka onkologiczna – diagnostykę onkologiczną, leczenie onkologiczne lub monitorowanie, realizowane na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „Funduszem”, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2, 3, 15, 16 i 17a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 858), z wyjątkiem:

- a) diagnostyki lub leczenia nowotworów krwi,
 - b) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom poniżej 18. roku życia,
 - c) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach przyjęcia w trybie nagłym;
- 10) Ośrodek Kooperacyjny – podmiot leczniczy inny niż Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego realizujący opiekę onkologiczną w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 11) plan leczenia onkologicznego – elektroniczną dokumentację medyczną, ustaloną zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w art. 24 ust. 1, na potrzeby określenia indywidualnego postępowania leczniczego dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, zawierającą dane, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 1, oraz jednostkowe dane medyczne, sporządzaną przez lekarza prowadzącego opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą na podstawie ustaleń wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, opatrzoną podpisem lekarza, o którym mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. a, w momencie jej wystawienia oraz każdorazowo w przypadku zmiany planu leczenia;
 - 12) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156 i 972);
 - 13) podstawowa opieka zdrowotna – podstawową opiekę zdrowotną w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
 - 14) program zdrowotny – program zdrowotny w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 15) system KSO – system Krajowej Sieci Onkologicznej w rozumieniu art. 11a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

- 16) ścieżka pacjenta – algorytm postępowania w ramach opieki onkologicznej gwarantujący maksymalne zwiększenie efektywności tej opieki;
- 17) świadczeniobiorca – świadczeniobiorcę w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 18) świadczeniodawca – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 19) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 20) wskaźnik jakości opieki onkologicznej – ustaloną w oparciu o mierniki informację niezbędną do oceny poziomu jakości opieki onkologicznej, służącą podejmowaniu racjonalnych decyzji dotyczących wyboru działań ukierunkowanych na jej poprawę.

Rozdział 2

Organizacja i zasady funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej

Art. 3. 1. Krajową Sieć Onkologiczną tworzą podmioty lecznicze zakwalifikowane do danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej tej sieci zgodnie z przepisami ustawy.

2. Krajowa Sieć Onkologiczna obejmuje następujące poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej:

- 1) Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego, zwany dalej „SOLO”:
 - a) I poziomu,
 - b) II poziomu,
 - c) III poziomu;
- 2) Ośrodki Kooperacyjne.

Art. 4. 1. SOLO jest podmiotem leczniczym w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o którym mowa w art. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zakwalifikowanym do Krajowej Sieci Onkologicznej w zakresie zakładu leczniczego realizującego opiekę onkologiczną.

2. SOLO udziela świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z kluczowymi zaleceniami, o których mowa w art. 24 ust. 1, oraz planami leczenia onkologicznego.

3. W strukturze organizacyjnej SOLO II poziomu albo SOLO III poziomu może funkcjonować Ośrodek Satelitarny:

- 1) zlokalizowany poza siedzibą główną tego podmiotu albo
- 2) zorganizowany w ramach innego podmiotu leczniczego na podstawie umowy z SOLO II poziomu albo SOLO III poziomu, zlokalizowany na obszarze tego samego województwa

– będący jednostką organizacyjną udzielającą świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego z obszaru leczenia zabiegowego chirurgicznego lub chemioterapii i innych metod leczenia systemowego lub radioterapii onkologicznej.

4. W strukturze SOLO II poziomu i SOLO III poziomu może funkcjonować Centrum Kompetencji wyspecjalizowane w diagnostyce onkologicznej i leczeniu onkologicznym określonego rodzaju nowotworu lub grupy nowotworów, zapewniające kompleksową realizację procesu diagnostyki onkologicznej, leczenia onkologicznego i monitorowania, w ramach którego jest realizowana wielospecjalistyczna opieka nad świadczeniobiorcą, w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2, 3, 15, 16 i 17a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 5. Podmioty lecznicze niewchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej nie są uprawnione do realizacji opieki onkologicznej w ramach zawartej z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 6. 1. SOLO I poziomu spełnia kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1, oraz kryteria określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, w jednym z trzech obszarów:

- 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne,
- 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego,
- 3) radioterapia onkologiczna

– oraz współpracuje z SOLO III poziomu.

2. SOLO I poziomu:

- 1) organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO I poziomu we współpracy z SOLO III poziomu;
- 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO I poziomu, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w pkt 1, i zaopiniowany przez SOLO III poziomu, oraz przekazuje niezwłocznie po każdym zakończonym etapie leczenia informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu;
- 3) wyznacza koordynatora opieki onkologicznej.

Art. 7. 1. SOLO II poziomu spełnia kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1, oraz kryteria określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, w dwóch z trzech obszarów:

- 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne;
- 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego;
- 3) radioterapia onkologiczna.

2. SOLO II poziomu:

- 1) organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu;
- 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu;
- 3) wyznacza koordynatora opieki onkologicznej.

Art. 8. 1. SOLO III poziomu spełnia kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1, oraz kryteria określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, w obszarach:

- 1) leczenie zabiegowe chirurgiczne;
- 2) chemioterapia i inne metody leczenia systemowego;
- 3) radioterapia onkologiczna.

2. SOLO III poziomu:

- 1) organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO III poziomu;
- 2) realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO III poziomu;

- 3) wyznacza koordynatora opieki onkologicznej;
- 4) udziela merytorycznego wsparcia koordynatorowi opieki onkologicznej wyznaczonemu przez SOLO I poziomu;
- 5) zapewnia SOLO I poziomu i SOLO II poziomu możliwość skorzystania z porad i konsultacji, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 6) opiniuje plan leczenia onkologicznego SOLO I poziomu i sprawuje nadzór nad realizacją tego planu, w tym jest uprawniony do rekomendowania jego modyfikacji;
- 7) współpracuje z SOLO I poziomu w zakresie organizacji wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną przez SOLO I poziomu.

Art. 9. 1. Prezes Funduszu dokonuje:

- 1) kwalifikacji podmiotów leczniczych na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej określony w art. 3 ust. 2 na podstawie:
 - a) danych przetwarzanych w systemie KSO, Systemie RUM – NFZ, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, oraz dedykowanych serwisach internetowych lub usługach informatycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - b) kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3;
- 2) weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, na podstawie danych przetwarzanych w systemie KSO, Systemie RUM – NFZ, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, oraz dedykowanych serwisach internetowych lub usługach informatycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy

z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W przypadku uzasadnionych wątpliwości co do spełniania przez podmiot leczniczy kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, Prezes Funduszu może wystąpić o opinię do Rady.

3. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1 pkt 1, i weryfikacja, o której mowa w ust. 1 pkt 2, dotyczy podmiotów leczniczych, które mają zawartą z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki onkologicznej.

4. Prezes Funduszu, w dniu następującym po dniu zakończenia kwalifikacji, o której mowa w ust. 1 pkt 1, ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej obejmujący, w podziale na województwa:

- 1) świadczeniodawców zakwalifikowanych jako SOLO I poziomu, SOLO II poziomu albo SOLO III poziomu wraz z Ośrodkami Satelitarnymi albo jako Ośrodki Kooperacyjne, z uwzględnieniem obszaru świadczeń realizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 2) informację o tym, który SOLO III poziomu nadzoruje dane SOLO I poziomu, w przypadku gdy w danym województwie jest więcej ośrodków SOLO III poziomu niż jeden.

5. Wykaz, o którym mowa w ust. 4, obowiązuje przez 4 lata od dnia następującego po dniu jego ogłoszenia.

Art. 10. 1. W przypadku niezakwalifikowania na którykolwiek z poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej lub kwalifikacji na niewłaściwy poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej świadczeniodawca będący w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4, stroną zawartej z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki onkologicznej może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia, w którym wykaz stał się obowiązujący, protest.

2. Protest zawiera:

- 1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;

- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnoszącego protest oraz jego numer KRS lub numer REGON w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
- 3) oznaczenie siedziby podmiotu wnoszącego protest;
- 4) wskazanie przedmiotu protestu wraz z uzasadnieniem;
- 5) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.

3. Prezes Funduszu wydaje, w terminie 21 dni od dnia otrzymania protestu, decyzję o:

- 1) uwzględnieniu protestu oraz:
 - a) zakwalifikowaniu świadczeniodawcy na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej albo
 - b) zmianie kwalifikacji świadczeniodawcy na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej albo
- 2) odmowie uwzględnienia protestu.

4. Od decyzji, o której mowa w ust. 3, świadczeniodawca może złożyć odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie 7 dni od dnia jej doręczenia. Do odwołania stosuje się odpowiednio przepisy ust. 2.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje odwołanie, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję, w której:

- 1) utrzymuje w mocy zaskarżoną decyzję albo
- 2) uchyla zaskarżoną decyzję w całości i przekazuje sprawę do ponownego rozpatrzenia przez Prezesa Funduszu, albo
- 3) umarza postępowanie odwoławcze.

6. Protest i odwołanie nie podlegają rozpatrzeniu, jeżeli:

- 1) zostały wniesione po terminie,
- 2) nie spełniają wymagań określonych odpowiednio w ust. 1, 2 i 4

– o czym Prezes Funduszu albo minister właściwy do spraw zdrowia informuje na piśmie świadczeniodawcę wnoszącego protest albo odwołanie, w terminie 7 dni od dnia wniesienia protestu albo odwołania.

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, Prezes Funduszu albo minister właściwy do spraw zdrowia wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu albo odwołania, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy

ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

8. Terminy, o których mowa w ust. 1 i 4, uznaje się za zachowane pod warunkiem wpływu protestu lub odwołania niezawierającego braków formalnych do siedziby centrali Funduszu albo siedziby urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia przed ich upływem.

9. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 3 pkt 1, oraz w przypadku decyzji uwzględniającej odwołanie w następstwie decyzji, o której mowa w ust. 5 pkt 2, Prezes Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4.

Art. 11. 1. Prezes Funduszu w przypadkach:

- 1) stwierdzenia niespełniania przez podmiot leczniczy kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4 – usuwa podmiot leczniczy z tego wykazu albo kwalifikuje go na inny poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 2) włączenia do Krajowej Sieci Onkologicznej nowych Ośrodków Satelitarnych lub wyłączenia Ośrodka Satelitarnego objętego wykazem – dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4;
- 3) stwierdzenia nieosiągnięcia przez podmiot leczniczy wartości minimalnej wszystkich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 18 ust. 3, albo nieopracowania tego planu w terminie określonym w tym przepisie, albo w przypadku negatywnej opinii Rady, o której mowa w art. 18 ust. 5 – usuwa podmiot leczniczy z wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4.

2. Do postępowania, o którym mowa w ust. 1, przepisy art. 10 stosuje się odpowiednio.

Art. 12. Do postępowania, o którym mowa w:

- 1) art. 9, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów, o których mowa w art. 24, art. 26 § 1, art. 111–113 i art. 156;
- 2) art. 10 ust. 1–6 i 8 oraz art. 11 ust. 1, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów, o których mowa w art. 24, art. 26 § 1, art. 32, art. 33, art. 39–41, art. 45–48, art. 57 § 1–3 i 4, art. 73–74a, art. 107, art. 109, art. 111–113 i art. 156.

Art. 13. 1. Kryteriami warunkującymi przynależność podmiotu leczniczego do danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1, są:

- 1) liczba i kwalifikacje personelu medycznego,
 - 2) potencjał diagnostyczno-terapeutyczny zapewniający odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 5 pkt 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 3) liczba i rodzaj wykonywanych procedur medycznych lub liczba świadczeniobiorców, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej
- w obszarach, o których mowa w art. 6 ust. 1, art. 7 ust. 1 oraz art. 8 ust. 1.

2. Na poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2, kwalifikuje się podmioty lecznicze, które zawarły z Funduszem umowę, o której mowa w art. 9 ust. 3, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielające porad specjalistycznych lub wykonujące diagnostykę onkologiczną obejmującą specjalistyczne badania obrazowe lub badania endoskopowe lub diagnostykę cytologiczną, lub diagnostykę genetyczną, lub oznaczenie poziomu hormonu, lub oznaczenie markera nowotworowego, lub świadczenia zabiegowe, lub inne badania diagnostyczne niezbędne do postawienia diagnozy onkologicznej lub kontynuacji procesu leczenia.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria warunkujące przynależność danego podmiotu leczniczego do

danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1, na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze konieczność zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej.

Art. 14. 1. Weryfikacja, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, jest dokonywana co 4 lata od dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4.

2. Wyniki weryfikacji, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, decydują o:

- 1) pozostaniu świadczeniodawcy na danym poziomie zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej – w przypadku spełniania kryteriów warunkujących przynależność do danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, na który podmiot był zakwalifikowany;
- 2) zmianie poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej świadczeniodawcy na wyższy poziom – w przypadku spełniania kryteriów warunkujących przynależność do wyższego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej niż poziom, na który podmiot był zakwalifikowany;
- 3) zmianie poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej świadczeniodawcy na niższy poziom – w przypadku spełniania kryteriów warunkujących przynależność do niższego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej niż poziom, na który podmiot był zakwalifikowany;
- 4) wyłączeniu świadczeniodawcy z Krajowej Sieci Onkologicznej – w przypadku niespełniania kryteriów warunkujących przynależność do któregośkolwiek z poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej.

3. Po weryfikacji, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, Prezes Funduszu ogłasza nowy wykaz, o którym mowa w art. 9 ust. 4. Przepisy art. 9 ust. 2 i 5, art. 10 oraz art. 12 stosuje się odpowiednio.

Art. 15. 1. Podmiot leczniczy, który nie znajduje się w wykazie, o którym mowa w art. 9 ust. 4, może wystąpić do Prezesa Funduszu z wnioskiem

o warunkową kwalifikację do Krajowej Sieci Onkologicznej, jeżeli spełnia odpowiednio kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1 pkt 1 i 2 – w przypadku SOLO poziomu I, SOLO poziomu II albo SOLO poziomu III, oraz art. 13 ust. 2 – w przypadku Ośrodka Kooperacyjnego.

2. Do warunkowej kwalifikacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio art. 9 ust. 1–4, art. 10 oraz art. 12.

3. Po dokonaniu warunkowej kwalifikacji, o której mowa w ust. 1, Prezes Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4.

4. Podmiot zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej warunkowo, u którego w trakcie weryfikacji, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, nie zostanie potwierdzone spełnienie kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, podlega wyłączeniu z Krajowej Sieci Onkologicznej i ma prawo złożyć wniosek o kolejną warunkową kwalifikację nie wcześniej niż po upływie 4 lat od dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 14 ust. 3.

Art. 16. Wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne, o których mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1, art. 7 ust. 2 pkt 1 oraz art. 8 ust. 2 pkt 1, mogą ustalać plan leczenia onkologicznego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających przeprowadzenie tej czynności na odległość, pod warunkiem jej przeprowadzenia w czasie rzeczywistym, za pośrednictwem transmisji audiowizualnej.

Art. 17. 1. Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym opieką onkologiczną w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej jest prowadzona w podziale na poszczególne rozpoznania, z uwzględnieniem wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym wybranych spośród nich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości opieki onkologicznej dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej, o których mowa w art. 3 ust. 2, w tym kluczowe wskaźniki jakości opieki onkologicznej, oraz ich wartości minimalne i docelowe, a także ich mierniki oraz sposób ich obliczania, mając na uwadze potrzebę zapewnienia, aby wskaźniki te były jednoznaczne i mierzalne,

umożliwiały obiektywną ocenę poziomu jakości opieki onkologicznej oraz służyły monitorowaniu jakości i podejmowaniu racjonalnych decyzji związanych z tą opieką.

Art. 18. 1. Fundusz weryfikuje osiągnięcie przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2, wartości minimalnej i docelowej wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2, co 2 lata, począwszy od pierwszego dnia obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej, na podstawie analizy, o której mowa w art. 25.

2. Po weryfikacji, o której mowa w ust. 1:

- 1) Prezes Funduszu ogłasza wyniki weryfikacji w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu;
- 2) Fundusz informuje w formie pisemnej, w terminie 14 dni od dnia zakończenia weryfikacji, podmiot leczniczy, którego dotyczyła weryfikacja, o nieosiągnięciu odpowiedniego poziomu wskaźników jakości opieki onkologicznej.

3. W przypadku nieosiągnięcia wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2 podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej ma obowiązek opracować w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2 pkt 2, plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej dotyczący poprawy tych wskaźników i przekazać go do Funduszu.

4. Plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej zawiera analizę przyczyn nieosiągnięcia wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, opis planowanych środków naprawczych oraz harmonogram wdrożenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej.

5. Plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej podlega zaopiniowaniu przez Radę w terminie 30 dni od dnia otrzymania tego planu od Funduszu.

6. Prezes Funduszu zatwierdza plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej w terminie 30 dni od dnia otrzymania pozytywnej opinii Rady.

7. Po upływie 12 miesięcy od dnia zatwierdzenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej podmiot leczniczy, którego plan dotyczy, jest poddawany ponownej weryfikacji w zakresie osiągnięcia wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym, na podstawie analizy, o której mowa w art. 25.

8. W przypadku gdy nieosiągnięcie wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej jest następstwem siły wyższej, Rada może przedłużyć termin wdrożenia planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej do 24 miesięcy od dnia zatwierdzenia tego planu.

9. W przypadku nieosiągnięcia w terminie określonym w ust. 7 lub 8 wartości minimalnej poszczególnych kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej podmiot leczniczy nie jest uprawniony do udzielania świadczeń w danym obszarze, o którym mowa w art. 6 ust. 1, art. 7 ust. 1 i art. 8 ust. 1, w danym rozpoznaniu, do którego odnosił się jeden kluczowy wskaźnik lub kilka kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej.

10. Jeżeli podmiot leczniczy nie osiągnął wartości minimalnej wszystkich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej wskazanych w planie naprawczym Krajowej Sieci Onkologicznej albo nie opracował planu naprawczego Krajowej Sieci Onkologicznej w terminie, o którym mowa w ust. 3, albo w przypadku negatywnej opinii Rady, o której mowa w ust. 5, zostaje usunięty z wykazu, o którym mowa w art. 9 ust. 4, w terminie 30 dni od dnia przekazania przez Radę do Funduszu informacji o ponownej weryfikacji, o której mowa w ust. 7 i 8.

Art. 19. Fundusz, po zasięgnięciu opinii Wojewódzkiego Ośrodka Monitorującego, zwanego dalej „WOM”, wskazuje podmiot, który obejmie opieką onkologiczną świadczeniobiorców objętych tą opieką w podmiocie, który zgodnie z art. 18 ust. 9 i 10 nie jest uprawniony do udzielania świadczeń w danym obszarze, o którym mowa w art. 6 ust. 1, art. 7 ust. 1 i art. 8 ust. 1, w danym rozpoznaniu albo został wyłączony z Krajowej Sieci Onkologicznej, i publikuje tę informację w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu.

Art. 20. W ramach realizacji zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Fundusz za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności udziela informacji dotyczących organizacji opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, w szczególności o dostępności i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozdział 3

Zasady i sposób monitorowania jakości opieki onkologicznej

Art. 21. Fundusz we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, zwanym dalej „KOM”, monitoruje jakość opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej.

Art. 22. 1. Funkcję KOM pełni Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

2. KOM:

- 1) zapewnia opracowywanie i aktualizowanie przez odpowiednie towarzystwa naukowe lub zespoły naukowe wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, w tym przez adaptację krajowych i zagranicznych opracowań, oraz standardów organizacyjnych w onkologii i przekazuje je do Rady;
- 2) analizuje na poziomie krajowym dane dotyczące stosowania kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego, właściwych dla nich wskaźników jakości opieki onkologicznej oraz ścieżek pacjenta dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie opieki onkologicznej i przekazuje wyniki i wnioski z dokonanych analiz za dany rok kalendarzowy do Rady w terminie do dnia 31 maja następnego roku kalendarzowego za rok poprzedni;
- 3) opracowuje propozycje zmian wskaźników jakości opieki onkologicznej i przekazuje do zaopiniowania Radzie;
- 4) monitoruje i kontroluje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na podstawie udostępnianych przez

Fundusz nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych, dla których administratorem danych jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, oraz przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycje modyfikacji realizacji tych programów;

- 5) prowadzi szkolenia dotyczące profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla osób realizujących opiekę onkologiczną lub udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów zdrowotnych;
- 6) realizuje zadania zlecone przez Radę;
- 7) (uchylony)
- 8) przygotowuje rekomendacje dla ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie promocji zdrowia oraz edukacji społecznej, w porozumieniu z Radą;
- 9) inicjuje działania dotyczące zapobiegania chorobom nowotworowym i ich zwalczania, w porozumieniu z Radą;
- 10) we współpracy z WOM ustala plany szkoleń, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 2 i 3, oraz monitoruje ich realizację;
- 11) współpracuje z Funduszem w zakresie monitorowania jakości opieki onkologicznej.

Art. 23. 1. Funkcję WOM pełni SOLO III poziomu w danym województwie, który posiada największy procentowy udział zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w województwie w obszarach, o których mowa w art. 8 ust. 1, w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń z tego zakresu na terenie danego województwa przez SOLO III poziomu.

2. WOM:

- 1) współpracuje ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej w procesie organizacji profilaktyki, diagnostyki i opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym;
- 2) prowadzi szkolenia dotyczące funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej dla podmiotów leczniczych w danym województwie zgodnie z planem ustalonym we współpracy z KOM;

- 3) prowadzi szkolenia dotyczące profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla osób realizujących opiekę onkologiczną lub udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów zdrowotnych na obszarze danego województwa zgodnie z planem ustalonym we współpracy z KOM;
- 4) monitoruje przebieg programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, na podstawie udostępnianych przez Fundusz nieprzetworzonych jednostkowych danych medycznych z systemów, dla których administratorem jest Fundusz na podstawie art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 5) realizuje zadania zlecone przez Radę.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz WOM, uwzględniając kryteria, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze zapewnienie odpowiedniego poziomu realizacji zadań WOM.

4. Weryfikacji spełniania przez WOM kryteriów, o których mowa w ust. 1, dokonuje Fundusz w terminie miesiąca po zakończeniu weryfikacji, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycje zmiany wykazu, o którym mowa w ust. 3.

Art. 24. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej, dotyczące organizacji i postępowania klinicznego dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mając na względzie ujednolicenie postępowania w praktyce klinicznej i poprawę jakości tej opieki.

2. Kluczowe zalecenia, o których mowa w ust. 1, dotyczą obszarów wymagających standaryzacji postępowania klinicznego oraz określenia ścieżek pacjenta i mają na celu poprawę jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Kluczowe zalecenia, o których mowa w ust. 1, są opracowywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, o których mowa w art. 22 ust. 2 pkt 1.

4. W celu opracowania kluczowych zaleceń, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie propozycji kluczowych zaleceń, o których mowa w ust. 1, na podstawie wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, o których mowa w art. 22 ust. 2 pkt 1.

5. Obwieszczenie, o którym mowa w ust. 1, jest ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 25. Fundusz na podstawie:

- 1) danych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 2) informacji przekazywanych do systemu KSO za pośrednictwem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez podmioty lecznicze zakwalifikowane na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej,
 - 3) danych, o których mowa w art. 2 pkt 6 lit. b tiret szóste ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
- opracowuje w terminie do dnia 30 kwietnia następnego roku, za rok poprzedni, analizę osiągniętych przez SOLO i Ośrodki Kooperacyjne wskaźników jakości opieki onkologicznej na potrzeby weryfikacji, o której mowa w art. 18 ust. 1, oraz ponownej weryfikacji, o której mowa w art. 18 ust. 7.

Art. 26. 1. Podmioty lecznicze wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej:

- 1) współpracują ze sobą w zakresie sprawowania opieki onkologicznej;
- 2) przekazują do systemu KSO dane, o których mowa w ust. 3;
- 3) do dnia 31 marca następnego roku, za rok poprzedni, publikują na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej lub na swojej stronie internetowej roczny raport o poziomie jakości opieki onkologicznej generowany z systemu KSO, zawierający informacje dotyczące:
 - a) liczby i zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki onkologicznej,
 - b) osiągniętych wskaźników jakości opieki onkologicznej.

2. SOLO przekazuje do systemu KSO dane dotyczące działającego w jego strukturach Centrum Kompetencji i Ośrodka Satelitarnego, o których mowa w ust. 3.

3. Podmioty lecznicze wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej przetwarzają i przekazują do systemu KSO dane o sprawowanej opiece onkologicznej obejmujące:

- 1) dane świadczeniobiorcy:
 - a) identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) identyfikator nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NN, gdzie:
 - XXXXX – oznacza kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku,
 - RRRR – oznacza rok,
 - NN – stanowi niezmienną część tego identyfikatora
 - w przypadku usługobiorcy, który nie posiada identyfikatora usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - c) imię (imiona) i nazwisko,
 - d) datę urodzenia i płeć, jeżeli usługobiorcy nie nadano numeru PESEL lub świadczenie zdrowotne jest udzielane na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - e) numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada;
- 2) dane podmiotu leczniczego wchodzącego w skład Krajowej Sieci Onkologicznej, a w przypadku, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2, także dane podmiotu leczniczego, w ramach którego zorganizowany jest Ośrodek Satelitarny:
 - a) numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

- b) numer REGON zakładu leczniczego, w którym udzielono świadczenia opieki zdrowotnej,
 - c) oznaczenie Centrum Kompetencji – jeżeli dotyczy,
 - d) oznaczenie Ośrodka Satelitarnego – jeżeli dotyczy;
- 3) dane miejsca udzielania świadczeń:
- a) identyfikator miejsca udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 17c ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) niepowtarzalny kod identyfikujący jednostkę organizacyjną zakładu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - c) niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) dane pracownika medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej:
- a) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) serię i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501 z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ram interoperacyjności na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku

- wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 235 z 09.09.2015, str. 1, z późn. zm.¹⁾) – w przypadku pracownika medycznego, który nie posiada identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- c) imię (imiona) i nazwisko,
 - d) kod przynależności do danej grupy zawodowej określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 5) dane koordynatora opieki onkologicznej:
- a) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – serię i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501 z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ram interoperacyjności na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym,
 - b) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jeżeli dotyczy,
 - c) numer telefonu służbowego oraz adres służbowej poczty elektronicznej;
- 6) jednostkowe dane medyczne o:
- a) rozpoznaniu histopatologicznym,
 - b) stopniu zaawansowania nowotworu,
 - c) rodzaju i zakresie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) wynikach leczenia,
 - e) zdarzeniach niepożądanych zaistniałych w trakcie lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,

¹⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 28 z 04.04.2016, str. 18.

powodujących lub mogących spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu,

f) powikłaniach;

7) o posiadanych zasobach kadrowych, sprzętowych i infrastrukturalnych.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, są przetwarzane w celu monitorowania:

- 1) jakości realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej, w tym obliczania wskaźników jakości opieki onkologicznej w oparciu o te dane;
- 2) stanu zdrowia świadczeniobiorców i zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej;
- 3) efektów leczenia w ramach opieki onkologicznej;
- 4) spełniania przez podmiot leczniczy zakwalifikowany na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3.

5. Przekazywanie danych, o których mowa w ust. 3, w terminie określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, jest warunkiem otrzymania środków finansowych za zrealizowane świadczenia opieki onkologicznej, na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. W przypadku gdy niewykonanie obowiązku, o którym mowa w ust. 5, jest następstwem siły wyższej albo nie nastąpiło z winy podmiotu leczniczego, podmiot ten jest obowiązany przekazać dane w terminie ustalonym z Funduszem.

7. Roczny raport, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, jest publikowany w podziale na województwa w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu w terminie do dnia 31 marca następnego roku, za rok poprzedni, oraz na poziomie krajowym – przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na jego stronie podmiotowej, do dnia 30 czerwca następnego roku, za rok poprzedni.

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

- 1) szczegółowy zakres danych, o których mowa w ust. 3 pkt 6 i 7, służących do obliczania wskaźników oceny opieki onkologicznej lub weryfikacji spełniania kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3, mając na uwadze potrzebę zapewnienia jednolitości danych przekazywanych do systemu KSO przez podmioty w Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 2) sposób i terminy przekazywania do systemu KSO danych, o których mowa w ust. 3, uwzględniając potrzebę zapewnienia poprawności i aktualności gromadzonych danych.

Rozdział 4

Zasady funkcjonowania i zadania Krajowej Rady Onkologicznej

Art. 27. 1. Rada pełni funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia i Prezesa Funduszu.

2. Kadencja Rady trwa 6 lat.

Art. 28. 1. W skład Rady wchodzi 10 członków:

- 1) 4 ekspertów z następujących dziedzin medycyny i dziedzin nauk społecznych: onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, patomorfologii, ekonomii i finansów, wskazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) przedstawiciel KOM;
- 3) przedstawiciel WOM wskazany przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 4) przedstawiciel Funduszu;
- 5) przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 6) przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 7) przedstawiciel organizacji pacjentów wskazany przez Rzecznika Praw Pacjenta.

2. Członków Rady powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Członków Rady będących przedstawicielami podmiotów, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4–7, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje na wniosek tych podmiotów.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia wyznacza przewodniczącego Rady spośród jej członków.

5. W przypadku odwołania członka Rady przed upływem kadencji albo jego śmierci kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji odwołanego członka.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady w przypadku:

- 1) rezygnacji ze stanowiska;
- 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
- 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach Rady;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 5) złożenia umotywowanego wniosku przez podmiot, którego dany członek Rady jest przedstawicielem, a w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 7, przez Rzecznika Praw Pacjenta;
- 6) złożenia umotywowanego wniosku przewodniczącego Rady;
- 7) niezłożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 31 ust. 1, albo nieujawnienia okoliczności, o których mowa w art. 31 ust. 2.

7. W przypadku odwołania członka Rady albo jego śmierci minister właściwy do spraw zdrowia powołuje nowego członka Rady. Przepis ust. 3 stosuje się.

Art. 29. Do zadań Rady należy:

- 1) opiniowanie wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz standardów organizacyjnych w onkologii i przekazywanie ich wraz z rekomendacjami do ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) opiniowanie propozycji kluczowych zaleceń, o których mowa w art. 24 ust. 1;
- 3) opiniowanie wyników i wniosków, o których mowa w art. 22 ust. 2 pkt 2, i przekazywanie ich wraz z rekomendacjami do ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 4) opiniowanie propozycji zmian wskaźników jakości opieki onkologicznej, o których mowa w art. 22 ust. 2 pkt 3, i przekazywanie ich wraz z rekomendacjami do ministra właściwego do spraw zdrowia;

- 5) przygotowywanie propozycji kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2, i przekazywanie ich wraz z rekomendacjami do ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 6) opiniowanie, na wniosek Prezesa Funduszu, o którym mowa w art. 9 ust. 2, spełniania przez podmiot leczniczy kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2, oraz kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 3;
- 7) prowadzenie analiz dotyczących funkcjonowania systemu opieki onkologicznej w celu identyfikacji problemów oraz podejmowanie inicjatyw zmierzających do jego poprawy;
- 8) przygotowywanie rekomendacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie:
 - a) priorytetów dotyczących opracowywania i aktualizowania kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego, dla wszystkich nowotworów,
 - b) promocji zdrowia oraz edukacji społecznej, w porozumieniu z KOM;
- 9) inicjowanie działań dotyczących zapobiegania chorobom nowotworowym i ich zwalczania, w porozumieniu z KOM;
- 10) prowadzenie oceny jakości działania Krajowej Sieci Onkologicznej oraz wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej we współpracy z WOM i Funduszem;
- 11) weryfikacja osiągnięcia przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej odpowiedniego poziomu jakości opieki onkologicznej ocenianego na podstawie wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej;
- 12) opiniowanie planu naprawczego, o którym mowa w art. 18 ust. 3;
- 13) prowadzenie analiz dotyczących dostępności poszczególnych świadczeń opieki onkologicznej w poszczególnych województwach na podstawie danych z WOM;
- 14) wykonywanie innych zadań opiniodawczo-doradczych powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 30. Członkom Rady przysługuje:

- 1) wynagrodzenie za udział w posiedzeniu Rady, nieprzekraczające 3500 zł za posiedzenie, 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465 oraz z 2024 r. poz. 878).

Art. 31. 1. Członkowie Rady przed każdym jej posiedzeniem składają przewodniczącemu Rady, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, pisemne oświadczenie o niezachodzeniu okoliczności, o których mowa w ust. 2, dotyczących 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 oświadczeń.

2. Z udziału w pracach Rady, w zakresie, o którym mowa w art. 29 pkt 6 i 11, jest wyłączona osoba, która sama lub której małżonek, zstępny i wstępny w linii prostej lub osoba, z którą pozostaje we wspólnym pożyciu:

- 1) wchodzi w skład organów statutowych lub pełni funkcję kierowniczą w ocenianym podmiocie;
- 2) jest związana z ocenianym podmiotem stosunkiem pracy, umową cywilnoprawną lub stosunkiem służby;
- 3) pozostaje z ocenianym podmiotem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że istnieje uzasadniona wątpliwość co do jej bezstronności lub niezależności w związku z prowadzoną oceną z uwagi na posiadanie bezpośredniego lub pośredniego interesu finansowego, ekonomicznego lub osobistego w określonym rozstrzygnięciu tej oceny.

3. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 2, członek Rady na własny wniosek albo wniosek osoby przewodniczącej posiedzeniu Rady zostaje wyłączony przez osobę przewodniczącą posiedzeniu Rady z udziału w pracach Rady w zakresie, o którym mowa w art. 29 pkt 6 i 11 w odniesieniu do danego podmiotu, a w przypadku gdy zaistnienie tych okoliczności dotyczy osoby przewodniczącej posiedzeniu Rady, wyłączenie następuje na jej wniosek albo wniosek zastępcy przewodniczącego Rady wybranego spośród członków Rady.

Art. 32. Obsługę organizacyjną i techniczną Rady zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 33. Do zadań przewodniczącego Rady należy:

- 1) przygotowywanie projektów planów pracy i posiedzeń Rady;
- 2) ustalanie i przysyłanie członkom Rady terminów posiedzeń Rady i projektów porządków jej obrad;
- 3) przydzielanie członkom Rady prac, niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Rady;
- 4) powoływanie spośród członków Rady stale lub doraźnie działających zespołów roboczych w celu usprawnienia prac Rady;
- 5) zlecanie członkom Rady lub innym osobom lub instytucjom publicznym spoza składu Rady przygotowania ekspertyz, ocen i opinii;
- 6) przedstawianie Radzie projektów opinii, wniosków, ocen i sprawozdań;
- 7) przedstawianie opinii, wniosków, ocen i sprawozdań przyjętych przez Radę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 8) reprezentowanie Rady na zewnątrz;
- 9) składanie wniosku do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwołanie członka Rady.

Art. 34. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, statut Rady, określający:

- 1) organizację i tryb jej działania, sposób i tryb udzielania opinii, uwzględniając konieczność sprawnego wypełniania zadań przez Radę;
- 2) wysokość wynagrodzenia członków Rady, uwzględniając zakres ich zadań.

Rozdział 5

Zasady i tryb finansowania Krajowej Sieci Onkologicznej

Art. 35. 1. *[Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej odbywa się zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącymi:]* < **Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej odbywa się na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącymi:** >

Nowe brzmienie wprowadz. do wylicz. w ust. 1 w art. 35 wejdzie w życie z dn. 1.01.2027 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 1007).

- 1) systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawartymi w ramach leczenia onkologicznego ze świadczeniodawcami w zakresie leczenia szpitalnego oraz w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia onkologicznego w zakresie leczenia szpitalnego, objętych finansowaniem poza umowami zawartymi w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń;
- 3) świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach diagnostyki onkologicznej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, objętych finansowaniem poza umowami zawartymi w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń.

2. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, odbywa się z wykorzystaniem współczynników korygujących, określających wartość mnożnika dla świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, za pomocą którego jest obliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy należącego do Krajowej Sieci Onkologicznej, uzależnionych od osiągnięcia docelowej wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2.

3. Współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, wynoszą nie więcej niż 1,25.

Art. 36. 1. Za pełnienie funkcji KOM i WOM przysługuje ryczałt, którego wysokość ustala Prezes Funduszu corocznie na podstawie obliczeń przekazanych przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, uwzględniających dane, o których mowa w ust. 2.

2. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla KOM i poszczególnych WOM uwzględnia się koszty osobowe i nieosobowe, w tym rzeczowe, niezbędne do realizacji poszczególnych zadań, a w przypadku WOM dodatkowo zachorowalność na nowotwory w danym województwie.

Art. 37. Podmiotem obowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej oraz ryczału dla KOM i poszczególnych WOM jest Fundusz.

Art. 38. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalenia wysokości ryczału dla KOM i poszczególnych WOM oraz wysokości współczynników korygujących, o których mowa w art. 35 ust. 2, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozdział 6

Zasady prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

Art. 39. 1. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, stanowiąca elektroniczną dokumentację medyczną, uprawnia świadczeniobiorcę do:

- 1) diagnostyki onkologicznej;
- 2) leczenia onkologicznego.

2. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawia świadczeniobiorcy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

2a. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wystawiana w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3. (uchylony)

4. (uchylony)

5. (uchylony)

6. (uchylony)

Art. 40. 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. 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, 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 podstawowej opieki zdrowotnej wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.]*

4. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:

- 1) *oznaczenie świadczeniobiorcy pozwalające na ustalenie jego tożsamości i nawiązanie z nim kontaktu:*
 - a) *imię (imiona) i nazwisko,*
 - b) *adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość),*
 - c) *numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka – numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego, numer kolejny noworodka oraz datę urodzenia i oznaczenie płci,*
 - d) *w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – imię (imiona) i nazwisko 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,*

**Przepisy
uchylające ust. 2 i
3 w art. 40 wejdą
w życie z dn.
1.01.2027 r. (Dz.
U. z 2026 r. poz.
1007).**

- e) numer telefonu, jeżeli posiada,
 - f) adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada;
- 2) oznaczenie świadczeniodawcy, w tym nazwę (firmę) i identyfikator świadczeniodawcy oraz adres miejsca udzielania świadczeń;
- 3) imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) informacje dotyczące diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego:
- a) informację o wystawieniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w podstawowej opiece zdrowotnej albo ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, albo leczeniu szpitalnym, albo programie zdrowotnym,
 - b) informację o skierowaniu świadczeniobiorcy do podmiotów leczniczych wchodzących w skład Krajowej Sieci Onkologicznej,
 - c) w przypadku wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w podstawowej opiece zdrowotnej albo ambulatoryjnej opiece specjalistycznej albo programie zdrowotnym:
 - podejrzenie albo rozpoznanie choroby nowotworowej,
 - datę wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,
 - opis dalszego postępowania,
 - d) dane dotyczące diagnostyki wstępnej:
 - datę pierwszej porady specjalistycznej,
 - opis przeprowadzonej diagnostyki wstępnej,
 - opis dalszego postępowania,
 - e) dane dotyczące diagnostyki pogłębionej:
 - datę pierwszej porady specjalistycznej,
 - opis przeprowadzonej diagnostyki pogłębionej,
 - opis dalszego postępowania,
 - f) informację o konieczności rozpoczęcia leczenia przed zakończeniem diagnostyki lub braku możliwości prowadzenia diagnostyki z uwagi na stan kliniczny pacjenta,
 - g) w przypadku wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w leczeniu szpitalnym:
 - podejrzenie albo rozpoznanie choroby nowotworowej,
 - datę wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,

- opis dalszego postępowania,
 - h) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy obejmującą w szczególności stan psychiczny, stan odżywienia, ocenę czynników ryzyka lub choroby współistniejące;
- 5) dane dotyczące wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego i jego ustaleń:
- a) imię (imiona) i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz posiadana specjalizacja w danej dziedzinie medycyny osoby wchodzącej w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
 - b) imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza odpowiedzialnego za realizację ustaleń wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, wskazanego przez świadczeniodawcę,
 - c) dane dotyczące rozpoznania:
 - kod jednostki chorobowej,
 - datę pierwszego rozpoznania histopatologicznego z rozpoznaniem nowotworu,
 - d) datę ustalenia planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny,
 - e) informację o nawrocie choroby nowotworowej, jeżeli dotyczy,
 - f) stopień zaawansowania choroby nowotworowej i ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 6) dane dotyczące planu leczenia onkologicznego:
- a) imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza podpisującego plan leczenia onkologicznego, wskazanego przez świadczeniodawcę,
 - b) opis planu leczenia onkologicznego,
 - c) wskazanie celu leczenia onkologicznego (wyleczenie choroby nowotworowej albo leczenie paliatywne),
 - d) opis dalszego postępowania;
- 7) dane dotyczące opieki po zakończonym leczeniu w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub rehabilitacji leczniczej;
- 8) dane koordynatora opieki onkologicznej:
- a) imię (imiona) i nazwisko,

- b) numer certyfikatu koordynatora opieki onkologicznej, jeżeli dotyczy,
 - c) nazwę (firmę) świadczeniodawcy, który zatrudnia koordynatora opieki onkologicznej,
 - d) numer telefonu służbowego,
 - e) adres służbowej poczty elektronicznej;
- 9) unikalny numer identyfikujący kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego;
 - 10) podpis lekarza, o którym mowa w art. 39 ust. 2, potwierdzający wystawienie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz potwierdzający jej zamknięcie;
 - 11) datę zamknięcia karty.

4a. Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być przetwarzane przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego w celu monitorowania stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej.

5. (uchylony)

6. Przepisy ust. 1–4a stosuje się również do podmiotów realizujących diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne w zakresie nieobjętym Krajową Siecią Onkologiczną.

7. Dane, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, przekazywane przez świadczeniodawców Funduszowi na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w przypadku świadczenia zakończonego wystawieniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych zgodnie z art. 39, są niezwłocznie przekazywane do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu:

- 1) weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, któremu wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego;

- 2) umożliwienia monitorowania jakości diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej w ramach realizacji planu leczenia onkologicznego;
- 3) sprawowania nadzoru nad realizacją planu leczenia onkologicznego.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach

Art. 41–45. (pominięte)²⁾

Rozdział 8

Przepisy dostosowujące i przejściowe oraz przepis końcowy

Art. 46. Podmioty, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 2 i 4–7, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wystąpią do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem, o którym mowa w art. 28 ust. 3.

Art. 47. Tworzy się Krajową Radę Onkologiczną.

Art. 48. Minister właściwy do spraw zdrowia powoła członków Krajowej Rady Onkologicznej pierwszej kadencji w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 49. Krajowa Rada Onkologiczna zgłosi po raz pierwszy propozycje kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 4, i przekaże je wraz z rekomendacjami do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 2 miesięcy od dnia ustalenia składu Krajowej Rady Onkologicznej pierwszej kadencji.

Art. 50. Wskaźniki jakości opieki onkologicznej, o których mowa w art. 17, zostaną obliczone dla SOLO i Ośrodków Kooperacyjnych po raz pierwszy za 2027 r., w terminie do dnia 30 kwietnia 2028 r.

²⁾ Zamieszczone w obwieszczeniu Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 1208).

Art. 51. Wyniki i wnioski z analizy, o której mowa w art. 22 ust. 2 pkt 2, oraz raporty, o których mowa w art. 23 ust. 2 pkt 2, są sporządzane po raz pierwszy za 2025 r.

Art. 52. Usługodawcy są obowiązani zamieszczać w systemie, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 45, wyniki badań histopatologicznych, o których mowa w art. 11 ust. 5 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 45 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 53. 1. System Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 11a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 45, uruchamia się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej są obowiązane do przekazywania do systemu Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 11a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 45, danych o sprawowanej opiece onkologicznej, o których mowa w art. 26 ust. 3, od dnia 1 kwietnia 2025 r.

Art. 54. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy zmienianej w art. 44 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 40 ust. 5 niniejszej ustawy, nie dłużej jednak niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 55. 1. Świadczeniobiorcy, którzy otrzymali karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zostaną objęci diagnostyką onkologiczną i leczeniem onkologicznym w rozumieniu niniejszej ustawy.

2. Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wydane świadczeniobiorcom przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność.

Art. 56. 1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki onkologicznej w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia opieki onkologicznej w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy wchodzi do Krajowej Sieci Onkologicznej.

2. Pierwsza kwalifikacja na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2, zostanie przeprowadzona do dnia 31 marca 2025 r.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje pierwszej kwalifikacji podmiotów leczniczych na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2, w oparciu o dane przetwarzane w Systemie RUM – NFZ, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 45, oraz w dedykowanych serwisach internetowych lub usługach informatycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 44.

4. Wykaz, o którym mowa w art. 9 ust. 4, jest ogłaszany po raz pierwszy w dniu następującym po dniu zakończenia kwalifikacji, o której mowa w ust. 2.

5. Współczynniki korygujące, o których mowa w art. 35 ust. 2, zostaną obliczone po raz pierwszy w terminie miesiąca od dnia pierwszego obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej, o którym mowa w art. 50.

6. Podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do wyznaczenia koordynatora w terminie 30 dni od dnia wejścia do Krajowej Sieci Onkologicznej.

Art. 57. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) poziomu, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie szpitali onkologicznych,
- 2) realizowanych w ramach leczenia onkologicznego w zakresie leczenia szpitalnego, objętych finansowaniem poza umowami, o których mowa w pkt 1,
- 3) realizowanych w ramach leczenia onkologicznego w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

– obowiązujące przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność.

Art. 58. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia³⁾, z wyjątkiem:

³⁾ Ustawa została ogłoszona w dniu 5 kwietnia 2023 r.

- 1) art. 5, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.;
- 2) art. 20 ust. 2, 4 i 5, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.;
- 3) art. 41, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2023 r.