



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
VI kadencja

**Druk nr 3244**  
Warszawa, 7 lipca 2010 r.

Pan  
Bronisław Komorowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

## **- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Norberta Rabę.

(-) Tadeusz Arkit; (-) Zdzisław Czucha; (-) Jerzy Feliks Fedorowicz;  
(-) Mariusz Grad; (-) Witold Kochan; (-) Jan Kulas; (-) Maciej Orzechowski;  
(-) Zbigniew Pacelt; (-) Sławomir Preiss; (-) Norbert Raba;  
(-) Damian Raczkowski; (-) Henryk Siedlaczek; (-) Jarosław Stolarczyk;  
(-) Bożena Szydłowska; (-) Jarosław Urbaniak; (-) Jacek Zacharewicz;  
(-) Wojciech Ziemiak.

**Ustawa**

**z dnia ..... 2010 r.**

**o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

**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.<sup>1)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 31c:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania.”,

b) ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. Rada Konsultacyjna przedstawia stanowisko w sprawie:

- 1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo
- 2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.

7. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Konsultacyjnej oraz kryteria określone w art. 31a ust. 1, wydaje rekomendacje w sprawie:

- 1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo
- 2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.”;

---

<sup>1)</sup> 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 oraz 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.

2) art. 31d otrzymuje brzmienie:

Art. 31d. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

- 1) poziomu, w tym limitu cen - w przypadku wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33, art. 40 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1,
- 2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.”;

3) w art. 31e:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek, uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1.”,

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

„1a. Usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania następuje po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji.”;

4) w art. 31g w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego”;

5) w art. 31h:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.”,

b) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.”;

1f) w art. 31n w pkt 1 w lit. a tiret drugie otrzymuje brzmienie:

„- określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.”;

6) po art. 161a dodaje się art. 161b w brzmieniu:

„Art. 161b. 1. W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. O zamiarze przeprowadzenia dodatkowego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje Prezesa Funduszu.

2. W dodatkowym postępowaniu mogą brać udział **świadczeniodawcy spełniający warunki dotyczące:**

1) personelu medycznego

**lub**

2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną

- w zakresie warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz pozostałe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w tych przepisach.

3. W wyniku rozstrzygnięcia dodatkowego postępowania, o którym mowa w ust. 1, może być zawarta ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 2, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w danym zakresie świadczeń gwarantowanych:

1) wyłącznie raz,

2) na okres nie dłuższy niż rok.

4. Do dodatkowego postępowania stosuje się odpowiednio przepisy art. 139 – 161. Przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7, w zakresie warunków dotyczących personelu medycznego albo warunków dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, nie stosuje się.

5. Przy ustalaniu w umowie zawartej ze świadczeniodawcami, o których mowa w ust. 2, ceny świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnia się zakres niedostosowania się tych świadczeniodawcy do warunków, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d. W przypadku tych świadczeniodawców cena świadczenia opieki zdrowotnej jest niższa od najniższej ceny określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w ust. 1, ze świadczeniodawcą spełniającym warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, dla tego samego rodzaju i zakresu świadczeń gwarantowanych oraz okresu obowiązywania ceny.”.

**Art. 2.** Przepisy ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do postępowań w sprawach kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych, usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych oraz zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 3.** 1. Akty wykonawcze wydane na podstawie 31d ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Zachowane w mocy akty wykonawcze, o których mowa w ust. 1, wydane na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w art. 1, mogą być zmienione przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, w granicach określonych w art. 31d ustawy, o której mowa w art. 1.

**Art. 4.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

## Uzasadnienie

Proponowane w art. 1 pkt 1 - 5 zmiany polegają na ograniczeniu zakresu oceny, którą dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i rezygnacji z oceniania przez Agencję wyłącznie warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiana powyższa uzasadniona jest faktem, iż Agencja Oceny Technologii Medycznych dokonuje specjalistycznej oceny świadczeń opieki zdrowotnej (technologii medycznej). Elementem ww. całościowej oceny świadczenia są również warunki jego realizacji, tj. np. określenie, jakie powinny być wymagania, co do liczby, czy też kwalifikacji personelu medycznego udzielającego danych świadczeń opieki zdrowotnej. I w tym przypadku, czyli w przypadku, gdy ocena warunków udzielania świadczenia jest elementem oceny świadczenia opieki zdrowotnej warunki te nadal będą przez Agencję oceniane. Natomiast nie powinny podlegać ocenie Agencji sytuacje gdzie nie występuje potrzeba oceny świadczenia, ale wyłącznie któregoś z warunków jego realizacji (np. poziomu kwalifikacji personelu medycznego). Wtedy kwestie te pozostają poza zakresem zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych. Projektowane przepisy, zatem mają na celu racjonalizację sposobu postępowania Agencji przy dokonywaniu oceny świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo, zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami każda zmiana rozporządzenia wydawanego na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie warunków realizacji świadczeń powinna być poprzedzona oceną sporządzoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i wydaniem w tym zakresie rekomendacji przez Prezesa Agencji. Taki tryb nie znajduje praktycznego uzasadnienia (m.in. w kontekście dokumentów, na których pracuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i czynności, których dokonuje) i znacznie utrudnia dokonywanie zmian w rozporządzeniach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. W celu usunięcia z zakresu oceny przeprowadzanej przez Agencję wyłącznie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, wprowadzono zmiany w przepisach art. 31c ust. 1 (dotyczącym zlecenia przygotowania rekomendacji) i ust. 6 i 7 (dotyczących rodzajów stanowisk Rady Konsultacyjnej oraz rodzajów rekomendacji Prezesa Agencji w przypadku kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych), art. 31d (zawierającego delegację do wydania tzw. rozporządzeń koszykowych – polegającą na zmianie wytycznych do uregulowania zawartych w upoważnieniu ustawowym kwestii) art. 31e ust. 1 i 1a

(dotyczących usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, przy czym zaznaczono, że rekomendacji Prezesa Agencji wymagają usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania), art. 31g ust. 1 (dotyczącym przygotowania przez Agencję raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej) oraz art. 31h ust. 1 i 2 (dotyczących rodzajów stanowisk Rady Konsultacyjnej oraz rodzajów rekomendacji Prezesa Agencji w przypadku usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo zmiany poziomu lub sposobu finansowania). W związku ze zmianą w zakresie oceny dokonywanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i usunięciem z tego zakresu wyłącznej oceny warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, dokonano w projekcie również zmiany art. 31n pkt 1 lit. a, który dotyczy zadań Agencji. Usunięto z katalogu tych zadań ocenę warunków realizacji świadczeń.

Z uwagi na fakt, iż obecnie trwają postępowania w sprawach usunięcia lub zmiany warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, proponuje się przepis przejściowy, który pozwoli zastosować nowe regulacje do takich postępowań będących w toku w chwili wejścia w życie projektowanych zmian (art. 2 i 3).

Potrzeba uregulowania kwestii tzw. umów warunkowych (art. 1 pkt 7) wynika z tego, iż istnieje obecnie grupa świadczeniodawców, którzy nie spełniają wymaganych warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, określonych w tzw. rozporządzeniach koszykowych, wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konieczność zawarcia umów z takimi świadczeniodawcami uzasadniona jest potrzebą właściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach. Przed wejściem w życie tzw. ustawy koszykowej oraz rozporządzeń koszykowych, oddziały wojewódzkie Funduszu zawierały w ww. celu tzw. umowy warunkowe ze świadczeniodawcami niespełniającymi wymaganych warunków, przy czym w umowach takich określony był termin na dostosowanie się do tych warunków oraz obniżona cena za świadczenie. Umowy takie stanowiły nieznaczny procent w relacji do umów zawartych ze świadczeniodawcami spełniającymi wymagane warunki (nieprzekraczający 10% w poszczególnych zakresach świadczeń, na które zawierane były umowy).

W projekcie proponuje się rozwiązanie prawne, które pozwoli zabezpieczyć świadczenia w sytuacji, gdy z powodu braku spełnienia przez świadczeniodawców wszystkich warunków

wymaganych tzw. rozporządzeniami koszykowymi, oddział Funduszu zawrze umowy ze świadczeniodawcami w niewystarczającej liczbie. Ocena dostępu do świadczeń oraz analiza liczby zawartych umów pod kątem potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców i poziomu zabezpieczenia świadczeń należeć będzie do dyrektora oddziału Funduszu. W przypadku stwierdzenia braku zabezpieczenia świadczeń, będzie istniała możliwość przeprowadzenia tzw. dodatkowego postępowania, w którym będą mogli wziąć udział świadczeniodawcy niespełniający wymaganych warunków, lecz spełniający co najmniej wymagania personalne albo wymagania sprzętowe. Rozwiązanie takie będzie miało charakter doraźny, wyjątkowy, albowiem Fundusz będzie mógł tylko raz zawrzeć umowę ze świadczeniodawcą niespełniającym wymaganych warunków w ramach dodatkowego postępowania i wyłącznie na rok. W przypadku niedostosowania się do wymaganych warunków, oferta tego świadczeniodawcy będzie odrzucana w ewentualnym kolejnym postępowaniu dodatkowym. Świadczeniodawca niespełniający wymaganych warunków również będzie udzielał świadczeń po niższej cenie. Proponowana regulacja nie tylko zabezpiecza przed ewentualnym niebezpieczeństwem ograniczenia dostępu do świadczeń z powodu niespełnienia wymaganych warunków, lecz również stanowi motywację dla świadczeniodawców do dostosowywania się do wymaganych warunków i zwiększania jakości udzielanych świadczeń.



## Ocena Skutków Regulacji

W zakresie dotyczącym wyłączenia warunków realizacji spod obowiązku oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych projekt oddziałuje na Agencję.

W zakresie dotyczącym tzw. umów warunkowych, projekt oddziałuje na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców niespełniających warunków realizacji świadczeń określonych w rozporządzeniach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z którymi ww. umowy będą zawierane.

Zmiana dotycząca zakresu oceny sporządzanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych nie będzie miała wpływu na budżet państwa ani budżety jednostek samorządu terytorialnego. Mimo zmniejszenia zakresu zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych, proponowana zmiana nie jest na tyle znacząca ażeby wpłynęła na budżet Agencji. Proponowana zmiana ma charakter racjonalizujący proces oceny sporządzanej przez Agencję. Projektowana regulacja w zakresie dotyczącym tzw. umów warunkowych również nie będzie miała wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Projektowane rozwiązania prawne nie będą miały wpływu na rynek pracy, konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw, sytuację i rozwój regionalny oraz na środowisko. Wprowadzenie w art. 161b tzw. umów warunkowych będzie z kolei miało pozytywny wpływ na zdrowie społeczeństwa, albowiem przyjęte rozwiązania prawne umożliwią podjęcie nadzwyczajnych procedur zaradczych umożliwiających odpowiednie zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku zagrożenia dostępu do tych świadczeń.

Projektowane regulacje nie są objęte zakresem regulacji prawa Unii Europejskiej.

Projekt regulacji nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

