



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-62-14

Druk nr 2505

Warszawa, 18 czerwca 2014 r.

Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych oraz niektórych
innych ustaw z projektami aktów wykonawczych.**

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

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

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 Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta

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 i 773.

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 i 3,
 - 2) o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9–11, art. 12a, art. 15 ust. 2 pkt 12 oraz art. 26 – uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz 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.”,

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.

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

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 i Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183).

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:

„Rozdział 1aa

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 31la. 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. 31lb. 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.

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 ujednolicenia 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 akcje 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 niezaistnieniu 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. 55a ust. 2, 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 dentystów.

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) 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) 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.”;

27) 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.”;

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

29) 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.”;

30) 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.”;

31) 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.”;

32) 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.”;

33) 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.”;

34) 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 siedmiu 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.

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 oraz z 2014 r. poz. 40), 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 wniosek zawierający:

- 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.”;

35) 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.”;

36) 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.”;
- 37) 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.”;

38) 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.”;

39) 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.”;

40) 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.”;
- 41) 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;”;
- 42) w art. 107a ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Nabór kandydatów do zatrudnienia w Funduszu jest otwarty i konkurencyjny.”;
- 43) 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.”;
- 44) w art. 129 w ust. 2 uchyla się zdanie drugie;
- 45) 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.”;
- 46) 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.”;

47) 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.”;

48) 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.”;

49) 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.”;

50) 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.”;

51) 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;”;

52) 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.”;

53) 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.”;

54) 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.”;

55) 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.”;

56) 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.”;

57) 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;

58) 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.”;

59) w art. 161 uchyla się ust. 3–3c;

60) uchyla się art. 166;

61) 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.”;

62) 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.”;

63) 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.⁴⁾),

2) odpłatnie komornikom sądowym

– w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego.

⁴⁾ 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 i 567.

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.”;

64) 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.”;

65) w art. 190:

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.”;

66) 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 2011 r. Nr 74, poz. 397, z późn. zm.⁵⁾) 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 dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.⁶⁾) 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.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 102, poz. 585, Nr 106, poz. 622, Nr 134, poz. 781, Nr 178, poz. 1059, Nr 205, poz. 1202 i Nr 234, poz. 1389 i 1391, z 2012 r. poz. 362, 596, 769, 1010, 1342, 1448 i 1540, z 2013 r. poz. 21, 613, 888, 1012, 1027, 1036, 1287 i 1387 oraz z 2014 r. poz. 40, 312 i 598.

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95 i 1456 oraz z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1456, 1645 i 1650.

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 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.⁷⁾) 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 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.²⁾).”.

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.”.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 205, poz. 1211, Nr 208, poz. 1241, Nr 209, poz. 1244 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2014 r. poz. 223 i 498.

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

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.⁹⁾), Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji lub Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, uzasadniony koniecznością ratowania życia lub zdrowia pacjenta lub ochrony zdrowia publicznego.”;

- 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 oraz z 2014 r. poz. 24, 423 i 619) 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.²⁾), 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 i Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 12:

⁹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

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. 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.¹⁰⁾) 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.²⁾);”.

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.

¹⁰⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

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. 1. W latach 2015–2024 maksymalny limit kosztów Agencji z tytułu realizacji zadań w zakresie taryfikacji świadczeń, o której mowa w art. 31t ust. 5–8 ustawy, o której mowa w art. 1 ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:

- 1) 2015 r. – 46 399 tys. zł;
- 2) 2016 r. – 48 732 tys. zł;
- 3) 2017 r. – 51 065 tys. zł;
- 4) 2018 r. – 53 399 tys. zł;
- 5) 2019 r. – 55 732 tys. zł;
- 6) 2020 r. – 58 065 tys. zł;
- 7) 2021 r. – 60 399 tys. zł;
- 8) 2022 r. – 62 732 tys. zł;
- 9) 2023 r. – 65 065 tys. zł;
- 10) 2024 r. – 67 399 tys. zł.

2. W latach 2015–2024 maksymalny limit kosztów wynagrodzeń w Agencji, z tytułu realizacji zadań w zakresie taryfikacji świadczeń, o której mowa w art. 31t ust. 5–8 ustawy, o której mowa w art. 1 ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:

- 1) 2015 r. – 6 631 tys. zł;
- 2) 2016 r. – 6 631 tys. zł;
- 3) 2017 r. – 6 797 tys. zł;
- 4) 2018 r. – 6 960 tys. zł;
- 5) 2019 r. – 7 127 tys. zł;
- 6) 2020 r. – 7 298 tys. zł;
- 7) 2021 r. – 7 473 tys. zł;
- 8) 2022 r. – 7 653 tys. zł;
- 9) 2023 r. – 7 829 tys. zł;
- 10) 2024 r. – 8 009 tys. zł.

3. Prezes Agencji monitoruje wykorzystanie rocznych limitów kosztów, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz wdraża mechanizmy korygujące, o których mowa w ust. 4 i 5.

4. W przypadku gdy koszty, o których mowa w ust. 1, po pierwszym półroczu danego roku przekroczą 65% limitów przewidzianych na ten rok, wysokość tych kosztów, w tym w szczególności kosztów pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń, obniża się w drugim półroczu o kwotę gwarantującą, że limity te nie zostaną przekroczone.

5. W przypadku gdy koszty, o których mowa w ust. 2, po pierwszym półroczu danego roku przekroczą 65% limitów przewidzianych na ten rok, wysokość tych kosztów obniża się w drugim półroczu o kwotę gwarantującą, że limity te nie zostaną przekroczone.

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 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 podejmuje 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. 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, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opinia, o której mowa w art. 95d ust. 2 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jest wydawana na podstawie danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, po zasięgnięciu opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art. 20. 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. 21. 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. 22. 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. 23. 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. 24. Przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 10 ust. 3, art. 13a, 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. 13a, 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.

Art. 25. 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. 22, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 34 w zakresie art. 95d i art. 95e ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, który wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.;
- 3) art. 1 pkt 15, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.;
- 4) art. 1 pkt 16 w zakresie art. 31lc ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

UZASADNIENIE

Podstawowe założenia i cele projektowanej ustawy

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

- 1) poprawy standardu opieki nad pacjentem onkologicznym;
- 2) poprawy zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz zarządzania procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) poprawy funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pacjenci onkologiczni są grupą, która ze względu na rodzaj schorzenia powinna być otoczona szczególną troską. Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych kształtuje się na poziomie 92 700 rocznie (dane za lata 2009–2011) i stanowi drugą największą przyczynę zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej. Przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium. Projektowane rozwiązania mają także na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej, co będzie możliwe przy jednoczesnym zapewnieniu określonych terminów na realizację diagnostyki onkologicznej. Rozwiązania te mają także na celu wzmocnienie koordynacji w zakresie przemieszczania się pacjenta pomiędzy poszczególnymi fazami leczenia.

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

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

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

- 1) sposób określenia funkcji nadzorczych w zakresie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, warunkujących w szczególności możliwość realnego oddziaływania na tworzenie i realizację polityki zdrowotnej państwa, oraz
 - 2) sposób wyceny świadczeń opieki zdrowotnej i przygotowywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia taryfy dla świadczeń opieki zdrowotnej objętych umowami zawartymi ze świadczeniodawcami
- projekt ustawy w tym zakresie przede wszystkim usprawnia nadzór nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz wprowadza niezależny model wyceny i taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej.

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

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

Projektowana zmiana art. 20 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.) wprowadza odrębną kategorię pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii przez wyodrębnienie listy

oczekujących na te świadczenia z obecnej listy określonej w art. 20 i następnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projektowane rozwiązanie ma na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej, co będzie możliwe przy jednoczesnym zapewnieniu określonych terminów na realizację diagnostyki onkologicznej. Projektowane rozwiązanie poprawi również koordynację w zakresie przemieszczania się pacjenta pomiędzy poszczególnymi fazami leczenia. Obecnie pacjent sam zapisuje się na odpowiednią listę w oczekiwaniu na udzielenie niezbędnemu świadczenia opieki zdrowotnej na danym etapie diagnostyki lub leczenia. Często zmienia też miejsce leczenia, kierując się nie względami medycznymi, lecz czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Projekt ustawy przewiduje dodanie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 32a, który określa systemowe umiejscowienie i podstawową funkcjonalność karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Diagnostyka onkologiczna nie będzie musiała się odbywać w obrębie jednego podmiotu leczniczego. Założono, że uczestnictwo w systemie kompleksowej opieki onkologicznej będzie dobrowolne i każdy świadczeniodawca będzie mógł się do niego zgłosić. Nie ma preferencji dla żadnego typu ośrodków, mogą to być zatem zarówno świadczeniodawcy prywatni, jak i publiczni, ośrodki wojewódzkie, jak i akademickie. Mniejsze jednostki mogą tworzyć konsorcja lub zlecać wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej podwykonawcom.

Przewiduje się wystąpienie trzech możliwych modeli organizacyjnych świadczeniodawców. W pierwszym z nich cała diagnostyka, zarówno podstawowa (mająca na celu potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu złośliwego), jak i pogłębiona (określenie stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, w przypadku potwierdzenia jej występowania), jest wykonywana w obrębie jednego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), natomiast za leczenie jest odpowiedzialny inny podmiot leczniczy (lub konsorcjum podmiotów leczniczych). W drugim wariantcie w ramach AOS jest wykonywana tylko diagnostyka podstawowa, natomiast diagnostyka pogłębiona oraz leczenie odbywa się w obrębie innego podmiotu leczniczego (lub konsorcjum podmiotów leczniczych). Trzeci model to pełna integracja diagnostyki oraz leczenia w ramach jednego podmiotu leczniczego (lub konsorcjum podmiotów leczniczych).

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

Warunkiem uczestniczenia świadczeniodawcy w systemie tzw. „szybkiej diagnostyki onkologicznej”, tj. diagnostyki przeprowadzanej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, będzie zagwarantowanie pacjentowi wysokiej jakości kompleksowej opieki oraz gwarancja dotrzymywania terminów. W szczególności świadczeniodawcy będą musieli zagwarantować, że w ramach danego typu nowotworu i na danym jego etapie są zdolni do zapewnienia szybkiej i kompleksowej usługi w określonym standardzie. Warunki te zostaną doprecyzowane w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego) oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (w ramach tzw. produktów kontraktowych). Dodać w tym miejscu trzeba, iż warunki te jednak należy rozumieć nie jako standardy postępowania medycznego, ale jako wymagania stawiane świadczeniodawcom w zakresie dysponowania odpowiednią infrastrukturą i zapleczem kadrowym. Zgodnie z treścią art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.) minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego ma zapewnić jak najszybsze zdiagnozowanie pacjenta tak, aby mógł on jak najszybciej podjąć leczenie. W przypadku wykluczenia nowotworu albo rozpoznania niezłośliwej jego postaci, leczenie pacjenta będzie prowadzone w dalszym ciągu w standardowym trybie. W zależności od stanu zdrowia będzie on kierowany na leczenie objawowe w ramach

podstawowej opieki zdrowotnej (bez nowotworu), na leczenie ambulatoryjne albo będzie hospitalizowany, np. w ramach chirurgii planowej.

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

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

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

W odpowiedniej części karty diagnostyki i leczenia onkologicznego lekarz POZ będzie wpisywać podstawowe informacje o stanie zdrowia pacjenta, w tym dolegliwości, z jakimi się zgłosił, wykonane badania i podejrzenie umiejscowienia nowotworu.

Wskazywać w niej także będzie, do jakich lekarzy specjalistów pacjent powinien się zgłosić.

Lekarz POZ będzie mógł wydawać karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli określony dla niego indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów będzie nie niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.

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.

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

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

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

Projektowany przepis art. 33b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porządkuje kwestie związane z przyznawaniem świadczeniobiorcom świadczeń towarzyszących. Projektowany

przepis przyczyni się do podniesienia standardu opieki nad pacjentem onkologicznym i jest odzwierciedleniem postulatów środowiska pacjentów onkologicznych, które podnosiło, że pacjenci są często hospitalizowani nie ze względów medycznych, lecz socjalno-bytowych. Ponadto proponowana zmiana pozwoli świadczeniodawcom na zapewnienie pacjentom transportu w celu wykonania diagnostyki onkologicznej oraz leczenia onkologicznego. Jest to wyjście naprzeciw postulatowi środowiska pacjentów onkologicznych, które podnosiło, że pacjenci, których stan nie wymaga wprowadzenia hospitalizacji, ale jednocześnie jest na tyle poważny, że dojazd i przemieszczanie się o własnych siłach jest dla nich bardzo trudne (np. po seansie radioterapii), powinni mieć zapewnione zakwaterowanie niedaleko placówki, która udziela im świadczeń opieki zdrowotnej. Zakwaterowanie powinno przysługiwać pacjentom również wtedy, gdy codzienny dojazd na leczenie będzie zbyt czasochłonny lub wręcz niemożliwy. Projektowane rozwiązanie jest również wyjściem naprzeciw postulatowi Narodowego Funduszu Zdrowia, który będzie miał możliwość opracowania stosownych rozwiązań w zakresie finansowania i rozliczania świadczeń towarzyszących i ich wdrożenia w ramach procesu zawierania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Konsekwencją wprowadzenia art. 33b jest zmiana definicji świadczenia towarzyszącego zawarta w zmienianym art. 5 pkt 38 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Przepis art. 18 projektu ustawy daje pacjentom, którzy w dniu wejścia w życie projektowanych zmian będą oczekiwać na diagnostykę onkologiczną lub będą w jej trakcie, możliwość wyboru, czy chcą kontynuować diagnostykę oraz późniejsze leczenie na dotychczasowych zasadach, czy chcą skorzystać z rozwiązań wprowadzonych niniejszą ustawą.

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

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

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

1. Zmiany w zakresie prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

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

Zmiany mają na celu:

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

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

- obowiązek przekazywania przez świadczeniodawców szczegółowych danych o osobach oczekujących na każde świadczenie (imię i nazwisko, numer PESEL) – art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; dotychczas dane o osobach oczekujących były przekazywane tylko w przypadku niektórych świadczeń;
- w przypadku świadczeń, do których dostępność mierzona czasem oczekiwania jest szczególnie utrudniona, wprowadzenie możliwości wskazania przez Ministra Zdrowia świadczeń, na udzielenie których listy oczekujących są prowadzone w aplikacji udostępnianej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 190 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych); w tym przypadku Narodowy Fundusz Zdrowia uzyska dostęp do wszystkich danych gromadzonych na liście, co pozwoli m.in. na bieżące monitorowanie prawidłowości prowadzenia list, na prowadzenie szczegółowych analiz czasów oczekiwania oraz na częstsze aktualizowanie danych dotyczących tych list.

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

Jak wynika z prowadzonej analizy, do problemów w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wynikających z długiego okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia, przyczynia się m.in. zapisywanie się pacjentów do wielu kolejek jednocześnie i niewypisywanie się po odbyciu świadczenia, co znacznie utrudnia dostęp pozostałym uczestnikom systemu.

W przypadku województwa łódzkiego na dwóch i więcej listach do poradni kardiologicznej czekało ponad 40% ze wszystkich oczekujących.

W celu przeciwdziałania temu zjawisku zaproponowano:

- a) rozszerzenie obecnie obowiązującego zakazu dotyczącego wpisywania się na więcej niż jedną listę oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie skierowania, także na świadczenia udzielane bez skierowania (art. 20 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych),
- b) wprowadzenie obowiązku dostarczenia oryginału skierowania (art. 20 ust. 2a ww. ustawy).

Zasadą będzie, iż pacjent zostanie obowiązany do dostarczenia oryginału skierowania w terminie 14 dni od daty zapisania się na listę oczekujących. W przypadku niedostarczenia oryginału skierowania w oznaczonym terminie pacjent zostanie skreślony z listy oczekujących. Do dostarczania tego skierowania będą miały zastosowanie przepisy art. 165 Kodeksu postępowania cywilnego. Tego rodzaju rozwiązanie ma na celu wyłącznie usprawnienie systemu i w związku z tym nie będzie pociągało za sobą dodatkowych obciążeń dla pacjenta. Obecnie pacjent wpisujący się na listę jest obowiązany do przedstawienia co najmniej kopii takiego skierowania. W przypadku rezygnacji przez pacjenta z zapisu u danego świadczeniodawcy, świadczeniobiorca zostanie z listy wykreślony, a oryginał skierowania zostanie mu zwrócony, celem zapisu u innego świadczeniodawcy.

- 3) uregulowanie sytuacji osoby, która oczekiwała u świadczeniodawcy, którego umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia wygasła lub została rozwiązana (dodawane w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 10a–10c);

W chwili obecnej przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ani wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661), nie przewidują możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy z zachowaniem dotychczasowej kolejki, obowiązującej u świadczeniodawcy, którego umowa

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasła lub została rozwiązana. Powoduje to, iż pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia przez nierzadko długi czas, wskutek rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą, u którego byli wpisani na listy oczekujących tracą miejsce (często tuż przed wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia) w kolejce oczekujących i muszą na nowo wpisywać się na listy prowadzone przez innych świadczeniodawców.

- 4) zapewnienie świadczeniobiorcom informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez danego świadczeniodawcę (dodawany w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 10d i nowelizowany art. 23 ust. 3–5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);

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

- 5) wprowadzenie zasady, że zawinione przez świadczeniobiorcę niezgłoszenie się w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia skutkuje skreśleniem z listy (dodawane w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 10d i 10e);

Z kontroli przeprowadzonej przez konsultantów w ochronie zdrowia wynika, że w dziedzinie kardiologii, endokrynologii oraz neurologii nie jest realizowane odpowiednio 13%, 6,1% oraz 9,6% porad w skali kraju. Dla niektórych województw, wskaźnik ten jest znacząco wyższy, np.: w województwie podkarpackim nie odbyło się 31% porad w dziedzinie kardiologii, a w województwie dolnośląskim 19% porad z zakresu neurologii. Na poziomie poszczególnych świadczeniodawców można

zaobserwować jeszcze wyższe wyniki. Przykładowo w jednej z przychodni kardiologicznych w województwie podkarpackim nie odbyło się aż 48% porad, czyli ponad 1800 osób nie skorzystało w 2013 r. z umówionej porady.

- 6) wprowadzenie obowiązku prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w formie elektronicznej (dodawany w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 10g);

Obowiązek prowadzenia list oczekujących w formie elektronicznej:

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

- e) zapewni większą transparentność prowadzonych list.
- 7) doprecyzowanie na poziomie ustawy, iż na liście oczekujących nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie – obecnie regulacja ta wynika z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zgodnie z którym świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia (dodawany do art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 1a).

2. Zmiany w zakresie programów zdrowotnych

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

Ponadto projekt ustawy zakłada, że projekt nowego programu polityki zdrowotnej będzie podlegał zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu, za wyjątkiem programów zawierających zadania o charakterze tożsamym z poprzednią edycją danego programu. Skrócenie terminu, w którym Agencja będzie zobligowana przekazać opinię o projekcie programu, jest bardzo istotne w kontekście

rozpoczęcia realizacji programu w pierwszym roku jego wprowadzenia. Opracowanie nowego programu polityki zdrowotnej bądź też ewentualna zmiana zadań (wprowadzenie nowych zadań) nowej edycji dotychczas realizowanych programów jest ściśle powiązane z procedowaniem ustawy budżetowej, od której to uzależniony jest ostateczny kształt programu.

W tym miejscu wskazać należy, iż proponuje się także wprowadzenie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów zobowiązujących jednostki samorządu terytorialnego do realizacji programów polityki zdrowotnej w sposób spójny merytorycznie i organizacyjnie z programami realizowanymi przez ministrów oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Przykładowo przyjęcie w oparciu o wytyczne europejskie odpowiednich przedziałów wiekowych dla wykonywania określonego rodzaju badań na etapie diagnostyki podstawowej nie znajduje uzasadnienia realizacji w tym przedziale wiekowym innych badań. Podobnie, przyjęcie dla populacji kobiet z przedziału wiekowego 50–69 lat wykonywania badań mammograficznych w interwałach czasowych co 2 lat nie uzasadnia wykonywania realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programu zdrowotnego, w ramach którego podstawowym badaniem dla tej grupy wiekowej byłoby np. badanie USG. Nie oznacza to, że jednostki samorządu terytorialnego nie mogą realizować programu zdrowotnego, w ramach którego realizowane byłyby np. badania USG u młodszych kobiet. Stąd też kwestia zachowania spójności pomiędzy wszystkimi programami wymienionymi w zmienianym art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest bardzo istotna.

Konsekwencją ww. zmian jest zmiana art. 114 w ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

Projekt ustawy przewiduje odpowiednie regulacje przejściowe i dostosowujące dotyczące:

- 1) realizowanych w dniu wejścia w życie projektowanych przepisów programów zdrowotnych oraz opiniowania projektów programów, które pozwolą na wprowadzenie ww. regulacji merytorycznych w płynny sposób;

2) tego, że do czasu opracowania odpowiednich map, programy te będą przygotowywane tak, jak obecnie, tj. bez tych map.

3. Wprowadzenie skierowań do lekarza okulisty i lekarza dermatologa

Przeprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia analizy wykazały, że znacząca większość pacjentów pojawia się u lekarza okulisty raz lub dwa razy w roku i wymaga jedynie podstawowego badania, które zgodnie z kompetencjami i w ramach posiadanej wiedzy mógłby wykonać lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (lekarz POZ). Podobnie w przypadku dermatologa część pacjentów zgłasza się do lekarza specjalisty jedynie z podejrzeniem choroby, którą zgodnie z kompetencjami i w ramach posiadanej wiedzy mógłby potwierdzić lub wykluczyć lekarz POZ.

W związku z powyższym, a także mając na uwadze dążenie do konsekwentnego stosowania systemowej zasady dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w oparciu o skierowanie lekarza POZ, projekt zakłada zmniejszenie liczby przypadków – wyjątków od generalnej zasady – w których świadczeniobiorcy mogą korzystać ze świadczeń bez skierowania lekarza POZ.

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

4. Doprecyzowanie definicji członka rodziny

Definicja członka rodziny (art. 5 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), określając jakie warunki należy spełnić, aby dziecko po ukończeniu 18 roku życia posiadało status członka rodziny, posługuje się pojęciem „jeżeli kształci się dalej”. Brak definicji kształcenia w ustawie o świadczeniach powoduje, iż trudno jednoznacznie wskazać,

jaka forma kształcenia upoważnia do zachowania statusu członka rodziny. W związku z powyższym w celu doprecyzowania zaproponowano wprost wskazanie w definicji, iż taki status należy się tym osobom, które kontynuują naukę w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie.

Podobnie zmiany w zakresie przepisów dotyczących ubezpieczenia studentów mają na celu zapewnienie spójności w zakresie terminologii stosowanej w przepisach ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.).

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

Z wejściem w życie nowych przepisów o koordynacji uległa zmianie sytuacja prawna w zakresie możliwości pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent transferowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z państw objętych systemem koordynacji. Przepis art. 30 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.) upoważnił państwa członkowskie do pobierania składek również od emerytur i rent wypłacanych przez instytucje innych państw członkowskich, o ile państwo zamieszkania danej osoby, zgodnie z zasadami zawartymi w art. 23–26 tego rozporządzenia, ponosi koszty udzielanych jej świadczeń opieki zdrowotnej. Wypełnianie ustawowego obowiązku płatników składek przez banki wymaga uprzedniego ustalenia w każdym indywidualnym przypadku, czy dana osoba otrzymująca świadczenie z innego państwa członkowskiego jest jednocześnie osobą ubezpieczoną z tytułu otrzymywania polskiej emerytury lub renty. Dodane nowe przepisy mają na celu umożliwienie bankom realizacji obowiązku wynikającego z ust. 1, precyzując jednocześnie termin, w jakim należy dopełnić obowiązku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

6. Zmiany mające na celu uporządkowanie przepisów regulujących zasady dostępu cudzoziemców do świadczeń opieki zdrowotnej

Proponowane zmiany mają charakter redakcyjny. Wynikają z konieczności uporządkowania przepisów ust. 2 w art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które zostały zmodyfikowane wraz z wejściem w życie z dniem 1 maja 2014 r. ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

W wyniku zmian wprowadzonych ustawą z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, pkt 2 w ust. 1 w art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych został podzielony na dwa punkty – pkt 2 i pkt 2a. Analogiczną zmianę wprowadzono w art. 3 ust. 2 pkt 2 tej ustawy, dodając pkt 2a w takim samym brzmieniu, jakie otrzymał pkt 2a w ust. 1 art. 3. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2a osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium są ubezpieczonymi, jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 ww. ustawy obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68 wskazanej ustawy. Przepis art. 3 ust. 2 pkt 2a, stanowi, że osoby te są ubezpieczonymi, jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68. Tym samym zarówno w ust. 1 pkt 2a, jak i w ust. 2 pkt 2a daje się tym osobom możliwość wejścia do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez zagwarantowanie im możliwości dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Takie powtórzenie jest zbędne. W związku z tym proponuje się uchylene pkt 2a w ust. 2 w art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie proponuje się nadanie nowego brzmienia pkt 2 ust. 2 w art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez dodanie do brzmienia tego przepisu nadanego ustawą z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach sformułowania „lub uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium”, w celu zapewnienia obywatelom państw trzecich – członkom zakonów oraz alumnom wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantom, nowicjuszom i juniorystom zakonów i ich odpowiednikom, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium, możliwości dobrowolnego ubezpieczenia się na zasadach szczególnych, tj. po opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, której podstawa została określona w art. 68 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych. Zmiana ta pozwoli na przywrócenie stanu prawnego obowiązującego do dnia 30 kwietnia 2014 r. (przed wprowadzeniem zmian ustawą z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach).

Nadanie nowego brzmienia pkt 6 w ust. 2 w art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynika z wprowadzonego ustawą z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach podziału pkt 2 w ust. 1 w art. 3 na dwa punkty 2 i 2a. Obecne brzmienie pkt 6 zawęża krąg osób – członków rodziny uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ubezpieczonymi nie mogą być członkowie rodzin osób wymienionych w art. 3 ust. 1 pkt 2a, tj. osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium, co nie znajduje uzasadnienia. Proponowana zmiana zapewni powrót do stanu prawnego obowiązującego do dnia 30 kwietnia 2014 r., i w odniesieniu do wskazanego stanu nie prowadzi do rozszerzenia kręgu osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

7. Wprowadzenie map potrzeb zdrowotnych

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

Również oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej obejmują zapewnienie zgodnego z potrzebami, wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych, wsparcia sektora zdrowia oraz koordynacji tego wsparcia na

poziomie centralnym i regionalnym. Kwestia oceny potrzeb w kontekście zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej została podkreślona w wielu dokumentach europejskich, m.in. w Konkluzjach Rady nt. wspólnych wartości oraz zasad systemów ochrony zdrowia UE z czerwca 2006 r. (Council conclusions on common values and principles in EU health systems). Zgodnie z ww. Konkluzjami zasada równości w dostępie do ochrony zdrowia powinna być rozumiana jako zapewnienie równego dostępu do ochrony zdrowia w zależności od potrzeb. Systemy ochrony zdrowia państw Unii Europejskiej powinny być ukierunkowane na pacjenta oraz odpowiadać na indywidualne potrzeby. Informacja o kwestii kosztów oraz efektywności systemów zdrowotnych została podniesiona także we Wspólnym Raporcie Komisji Europejskiej oraz Komitetu Polityki Gospodarczej (EPC) nt. Systemów Zdrowotnych z listopada 2010 r. (Joint Report on Health Systems, by the European Commission (EC) and the Economic Policy Committee (EPC)). Jako jedno z wyzwań wymienia się tutaj zapewnienie zrównoważonego finansowania sektora, efektywne pozyskiwanie oraz alokację środków. Ponadto szacowanie potrzeb inwestycyjnych w sektorze zdrowia przez tworzenie tzw. regionalnych map potrzeb zdrowotnych jest podnoszone wielokrotnie przez Komisję Europejską w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków *ex ante* w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020.

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

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

Z tego względu projekt ustawy wprowadza regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Celem analizy na poziomie regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych jest określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Analiza ta powinna dotyczyć przede wszystkim obszaru świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii oraz ginekologii i położnictwa i być przeprowadzana co najmniej na poziomie poszczególnych powiatów (niższe poziomy to gmina i konkretni świadczeniodawcy). Wartości wskaźników obliczonych dla jednostek na najniższym poziomie analizy powinny być odnoszone do wartości wskaźników dla poziomów wyższych lub do wartości pożądaných ustalonych przez organizacje krajowe, międzynarodowe lub zdefiniowanych na podstawie literatury. Pozwoli to na zidentyfikowanie obszarów wymagających interwencji ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego.

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

W wielu państwach Unii Europejskiej (np. Austria, Francja, Niemcy) narzędziem umożliwiającym dokonanie ww. analiz są raporty przygotowywane przez odpowiednie jednostki administracyjnego podziału terytorialnego kraju – gminy, regiony, landy. Raporty przygotowywane przez ww. jednostki lokalne dostarczają podstaw do planowania i prowadzenia zintegrowanej polityki zdrowotnej w skali całego kraju. W Rzeczypospolitej Polskiej analogiczne działania będą prowadzone w oparciu o regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w projektowanych przepisach art. 95a–95c. Zgodnie z proponowanymi rozwiązaniami za opracowanie regionalnych map odpowiedzialni będą wojewodowie, którzy będą je sporządzać przy udziale

Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, w oparciu o projekty przekazane im przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Regionalne mapy będą sporządzane raz na 5 lat, jednak zadaniem wojewodów oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, będzie ich coroczna aktualizacja, pozwalająca na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań i weryfikację ich zgodności z prognozami i założeniami. Pięcioletni interwał publikacji map wynika z faktu, że zmiany w ochronie zdrowia zachodzą na ogół powoli, a ewaluacja skutków podjętych działań nie wymaga prowadzenia tego rodzaju analiz w krótszych odstępach czasu. Wystarczającym narzędziem do utrzymywania rzetelności danych zawartych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych będzie coroczna ich aktualizacja.

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych będą uwzględniane przy tworzeniu planu zakupów na następny rok przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie jest możliwe, aby dokładnie określić relację pomiędzy priorytetami, mapami oraz planem zakupów. Relacja priorytetów zależeć będzie w dużej mierze od środków finansowych, będących w posiadaniu danego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Ideą tych przepisów jest prognozowanie poziomu przyszłych potrzeb (mapy) oraz wskazanie, które z nich w pierwszej kolejności (priorytety) powinny być realizowane przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, co pozwoli na zabezpieczenie w jak największym stopniu zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na danym terenie.

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej określane będą na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych, a zatem określane one będą na okresy odpowiadające okresom, na które będą tworzone regionalne mapy potrzeb zdrowotnych.

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

- 1) zapewnienie na danym terenie bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia;
- 2) zmniejszenie możliwości podejmowania czysto arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;

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

Mapy potrzeb zdrowotnych będą tworzone raz na 5 lat przez okres około 3 miesięcy, zatem koszt obsługi Rady związany z wykonaniem tego działania będzie kosztem sporadycznym, wykonywanym w ramach obecnie posiadanych zasobów. Projekt nie przewiduje dodatkowego wynagrodzenia członków Rady. Podmioty, które będą przekazywać informacje niezbędne dla sporządzenia Mapy Regionalnej będą obciążone dodatkową pracą raz na 5 lat, a dodatkowe kompetencje będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów. Dodatkowo należy podkreślić, że pierwszą wersję mapy zawsze będzie przygotowywał NIZP-PZH. Mapa ta będzie obejmowała dane demograficzne oraz epidemiologiczne. Zatem zakłada się, że zakres informacji, jakie będą niezbędne dla sporządzenia mapy przez wojewodę, będzie nieznacznym.

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

Dodać należy, iż mapy potrzeb zdrowotnych, które zostaną opracowane po wejściu w życie ustawy na 2 kolejne okresy, będą odnosić się jedynie do leczenia szpitalnego. Pierwsze dwie mapy (wraz z przygotowaniem metodologii prognostycznej) sporządzi minister właściwy do spraw zdrowia. Docelowo mapy będą opracowywane na okres 5 lat.

Zgodnie z raportem „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.” przygotowanym przez Główny Urząd Statystyczny wydatki publiczne na ochronę zdrowia ponoszone były przez Narodowy Fundusz Zdrowia, budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego. Największy w nich udział posiadał Narodowy Fundusz Zdrowia (85%). Wśród wydatków poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2012 r. koszty związane z leczeniem szpitalnym stanowiły prawie 50%. Również w przypadku wydatków zdrowotnych ponoszonych przez województwa dominowały wydatki na szpitale (76,7% budżetu województwa). Zatem większość środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia to koszty pokrywane w ramach leczenia szpitalnego.

Z uwagi na powyższe lecznictwo szpitalne będzie jedynym elementem map przez 2 kolejne trzyletnie okresy po wejściu w życie ustawy. Dodatkowo za wyborem lecznictwa szpitalnego przemawia dostępność, kompletność oraz rzetelność danych niezbędnych do przeprowadzania analiz.

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

Kolejnym nowym instrumentem będzie instytucja opinii o celowości podejmowania nowych inwestycji oraz tworzenia na danym obszarze nowych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Na obecnym etapie rozwoju rynku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niezbędne jest wprowadzenie narzędzi planowania podaży tych świadczeń w taki sposób, aby przeciwdziałać żywiołowemu rozwojowi infrastruktury medycznej, który nie uwzględnia rzeczywistych potrzeb w tym zakresie, na danym obszarze. Opinię, w formie decyzji administracyjnej, na wniosek zainteresowanego podmiotu, wydawać będzie wojewoda. Przy wydawaniu opinii uwzględniana będzie także regionalna mapa potrzeb zdrowotnych, a w okresie pierwszych 6 lat po wejściu w życie projektu ustawy – w odniesieniu do AOS – tylko opinia dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Projekt przewiduje wydawanie opinii w odniesieniu do świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z uwagi na fakt, iż wydatki na wskazane zakresy stanowią największy udział w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (57,42% planu na 2013 r.), a także ze względu na to, iż udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakresach wymaga dysponowania znacznymi zasobami materialnymi i ludzkimi, których spełnienie często wiąże się z koniecznością podjęcia kosztownych wydatków. Kwoty 2 i 3 mln zł przyjęte zostały w odniesieniu do ceny sprzętu medycznego

wykorzystywanego w procesie diagnostyki i leczenia w ramach powyższych zakresów (tj. m.in. tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego).

Z uwagi na oddziaływanie powyższych rozwiązań na podlegającą konstytucyjnej ochronie sferę wolności gospodarczej, należy wskazać, że w przedmiotowej sprawie zachodzą przesłanki dopuszczalności wprowadzenia takich ograniczeń. Zgodnie z art. 22 Konstytucji ograniczenie wolności działalności gospodarczej może nastąpić w drodze ustawy i wyłącznie „ze względu na ważny interes publiczny”.

W ocenie Trybunału Konstytucyjnego przy ustalaniu „ważnego interesu publicznego” muszą być uwzględniane regulacje konstytucyjne i hierarchia wartości wynikająca z zasady demokratycznego państwa prawnego (wyroki z dnia 17 grudnia 2003 r., SK 15/02 i z dnia 20 kwietnia 2011 r., Kp 7/09). Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, w klauzuli generalnej „ważnego interesu publicznego” mieszczą się wszystkie wartości wymienione w art. 31 ust. 3 Konstytucji, zatem warunkiem ograniczenia korzystania z wolności lub praw jest „konieczność w demokratycznym państwie, wynikająca z imperatywu zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego w państwie, z potrzeby ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej oraz z niezbędności ochrony wolności i praw innych osób” (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 lipca 2008 r., K 46/07). Ponadto Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, że „z wyrażonej w art. 31 ust. 3 Konstytucji zasady proporcjonalności ustawowego ograniczenia praw i wolności, która dotyczy również ograniczenia wolności działalności gospodarczej (...) wynika wymóg doboru takiego środka ograniczenia wolności lub praw, który służyłby osiągnięciu zamierzonego celu, z uwzględnieniem postulatu adekwatności” (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 października 2010 r., Kp 1/09). Tym samym prawodawca każdorazowo ma obowiązek rozważenia rzeczywistej potrzeby ingerencji w danym stanie faktycznym w zakres prawa bądź wolności jednostki i zastosowania takich środków prawnych, które będą skuteczne oraz niezbędne (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 kwietnia 2002 r., SK 23/01).

Regulacje zawarte w proponowanych przepisach art. 95d i art. 95e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych spełniają wymogi stawiane w cytowanym wyżej orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, stawiane regulacjom mogącym potencjalnie ingerować w konstytucyjnie chronioną wolność wykonywania działalności gospodarczej.

W ocenie projektodawców proponowana regulacja jest wprowadzana właśnie ze względu na „ważny interes publiczny”, którym jest również podlegające konstytucyjnej ochronie prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, będące korelatem obowiązku nałożonego na władze publiczne w art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Instytucje wprowadzane powyżej opisanymi rozwiązaniami umożliwić mają, w założeniu, wykreowanie zgodnego z potrzebami zdrowotnymi rozwoju infrastruktury niezbędnej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych. Ich celem jest uniknięcie sytuacji, w której wystąpi nadpodaż na lokalnym rynku usług medycznych przez wytworzenie zasobów nieadekwatnie dużych do potrzeb świadczeniobiorców z tego obszaru. Wystąpienie takiej nadpodaży uniemożliwi działającym w takich warunkach świadczeniodawcom dostęp do środków publicznych, co z kolei doprowadzi, że źródłem ich przychodów będą mogły być wyłącznie świadczenia finansowane ze środków prywatnych. Z kolei rynek tych ostatnich świadczeń w naszym kraju jest obecnie na takim etapie, który nie daje realnych szans na osiągnięcie rentowności, a tym samym utrzymanie się świadczeniodawców. Nie sposób zatem nie zauważyć, że zaproponowane rozwiązania mają na celu zapobieżenie potencjalnym upadłościom podmiotów wchodzących w sposób żywiołowy na nie w pełni wykształcony rynek.

Przewiduje się, że pozytywne opinie będą wydawane przez wojewodów na tych obszarach, gdzie istnieją realne braki zasobów stwierdzone w oparciu o dane, którymi dysponuje wojewoda i Narodowy Fundusz Zdrowia. Udzielenie pozytywnej opinii umożliwi nowym świadczeniodawcom perspektywiczny rozwój w oparciu o stabilne warunki finansowe gwarantowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pod warunkiem oczywiście zapewnienia świadczeń o właściwej jakości.

Wprowadzane instrumenty dotyczą świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych z tego względu, że w tych zakresach w oparciu o dane z ostatnich lat zaobserwowano żywiołowy, a zarazem chaotyczny rozwój rynku usług zdrowotnych, niezaspokajających zapotrzebowania na te usługi w sposób równomierny na obszarze całego kraju.

Analogicznie, proponowane zmiany treści przepisu art. 156 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych wydłużające maksymalny okres, na jaki może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – z 3 lat do 10 lat (świadczenia stacjonarne i całodobowe) lub 5 lat (pozostałe świadczenia) nie budzą zastrzeżeń w świetle konstytucyjnych zasad równości, proporcjonalności i wolności gospodarczej. Uzasadnieniem tej zmiany jest również zapewnienie równego dostępu obywateli do świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców o stabilnej sytuacji finansowej, którą mogą zapewnić umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia o okresie trwania umożliwiającym dostęp do środków nie tylko publicznych na przewidywalnym w dłuższej perspektywie czasowej poziomie, ale także finansowania spoza środków publicznych, np. pochodzącego z instytucji finansowych, dla których wiarygodnym kredytobiorcą jest świadczeniodawca, który legitymuje się stabilnymi źródłami dochodów w dłuższej perspektywie czasowej. Środki te z kolei świadczeniodawcy będą mogli wydatkować na inwestycje, mające na celu podnoszenie jakości usług, a co za tym idzie lepsze zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli.

Wniosek o wydanie opinii przez wojewodę będzie podlegał opłacie wynoszącej 4 tys. zł. Przyjęta suma z jednej strony zabezpiecza przed nieprzemyślanym i pochopnym składaniem wniosków, z drugiej zaś nie powinna blokować dostępu do wprowadzanego instrumentu oceny zasadności inwestycji. Opłata podobnie jak kwota wartości inwestycji podlegać będzie corocznej waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem. Dla uniknięcia konieczności każdorazowego wyliczania kwoty tej opłaty przez podmiot wnioskujący, przewiduje się, iż zwaloryzowana kwota będzie publikowana na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędów obsługujących wojewodów.

Przewiduje się, iż podczas postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadanie pozytywnej opinii wojewody będzie miało wpływ na ocenę oferty świadczeniodawcy. Brak takiej opinii będzie skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów w postępowaniu o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Takie rozwiązanie nie wykluczy świadczeniodawcy z ww. postępowania i możliwości zawarcia umowy, spowoduje jedynie, iż nowo utworzony podmiot (jednostka/komórka organizacyjna, nowa inwestycja), który nie uzyskał pozytywnej opinii wojewody, aby wykonywać umowę o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej, będzie musiał przedstawić ofertę znacznie korzystniejszą od ofert podmiotów już funkcjonujących na rynku.

Powyższe z jednej strony nie zablokuje dostępu do rynku nowych innowacyjnych podmiotów, z drugiej zaś przestrzegać będzie przed podjęciem inwestycji, na obszary, w których infrastruktura medyczna jest wystarczająco rozwinięta i odpowiada rzeczywistym potrzebom zdrowotnym w tym zakresie.

Wprowadzenie wskazanego rozwiązania spowoduje zwiększenie barier ograniczających wejście na rynek przez nowe podmioty, powyższe uzasadnione jest jednak koniecznością prawidłowego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez zapewnienie racjonalnego procesu inwestycyjnego i planowania wydatków na rozwój infrastruktury medycznej.

Podkreślić należy, iż zasady konkurencyjności oraz swobody działalności gospodarczej nie są zasadami bezwzględnymi, jeżeli chodzi o „kontraktowy” system organizowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, lecz służyć mają interesom świadczeniobiorców.

Istnieje więc potrzeba wyważenia tych dwóch wartości z uwagi na cel, któremu mają służyć, tj. zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców przez funkcjonowanie efektywnego systemu wydatkowania ograniczonych środków finansowych.

8. Zmiana procedury ustalania ogólnych warunków umów

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

konieczności zasięgnięcia odrębnej opinii ww. podmiotów, z uwagi na to, że każdy projekt rozporządzenia podlega uzgodnieniom i konsultacjom publicznym.

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

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

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

Przyjęte rozwiązanie dostosowuje również okres trwania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do okresu trwałości projektów realizowanych w ramach unijnych programów operacyjnych. Jednym z podstawowych wymogów tych programów jest

zachowanie przez projekty inwestycyjne trwałości projektów przez okres 5 lat od zakończenia ich realizacji. W tym czasie beneficjenci wsparcia otrzymywanego z funduszy europejskich zobligowani są do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku braku umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia beneficjent nie jest w stanie zagwarantować wykorzystania infrastruktury uzyskanej w ramach projektu zgodnie z celami tego projektu, a zatem narusza zasadę trwałości projektu, a co za tym idzie istnieje ryzyko zwrotu dofinansowania otrzymanego z budżetu Unii Europejskiej.

Wydłużenie okresu trwania umów ma więc także zapobiegać sytuacjom, w których beneficjent zobowiązuje się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez okres trwałości projektu, jednocześnie nie mając pewności co do możliwości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż 3 lata.

Przyjęte rozwiązanie przez wydłużenie okresów, w jakich następuje otwarcie wewnętrznego rynku organizowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niewątpliwie stanowi barierę ograniczającą (przez dany okres) możliwość skutecznego wejścia na rynek nowych podmiotów i tym samym wpływa na konkurencyjność świadczeniodawców. Podkreślić jednak jeszcze raz należy, iż zasada konkurencyjności, nie jest zasadą bezwzględną jeśli chodzi o kontraktowy system organizowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, lecz służyć ma interesom świadczeniobiorców.

Wprowadzane zmiany mają na celu bardziej efektywne wykorzystanie środków przeznaczanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, co w konsekwencji powinno przełożyć się na zwiększenie do nich dostępności oraz, jak to już powyżej zauważono, do wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa pacjenta przez zachowanie ciągłości leczenia.

Zauważyć także należy, iż rynek świadczeń zdrowotnych co do zasady otwiera się cyklicznie w momencie upływu okresu, na który zawarto umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczeniodawca (podmiot zamierzający podjąć działalność leczniczą) ma więc możliwość przewidzenia momentu otwarcia się przedmiotowego rynku i dostosowania do niego swoich planów inwestycyjnych.

Cykliczność otwierania rynku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych występuje już w chwili obecnej. Celem projektodawców jest jedynie wprowadzenie możliwości dostosowania długości umów do okresu zwrotu inwestycji poczynionych celem jej realizacji, a przez to zwiększenia efektywności całego systemu. Podkreślenia wymaga, iż projekt nie wprowadza sztywnych okresów trwania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a jedynie okresy maksymalne, na jakie dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia mogą zawierać umowy bez zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

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

10. Kryteria wyboru ofert

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

- 1) jakość;
- 2) kompleksowość;
- 3) dostępność;
- 4) ciągłość; oraz
- 5) cenę

– udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto przy wyborze oferty świadczeniodawcy będzie uwzględniane, czy dany świadczeniodawca posiada umowę, o której mowa w dodawanym do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 31lc ust. 4, oraz czy świadczeniodawca, który został utworzony po dniu 30 czerwca 2016 r. lub który po tym dniu utworzył nowy podmiot wykonujący działalność leczniczą lub nową jednostkę lub komórkę organizacyjną przedsiębiorstwa leczniczego lub rozpoczął inwestycję, o której mowa w art. 95d ust. 1 albo ust. 2 tej ustawy, posiada ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 albo ust. 2. Podkreślić należy, iż wskazana opinia wojewody nie będzie mieć charakteru obligatoryjnego, a wyłącznie rankingujący.

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

11. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

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

kryteriów oceny ofert określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 148 tej ustawy.

Celem wprowadzenia większej transparentności w proces określania szczegółowych warunków umów, oraz mając na uwadze zaobserwowany w dotychczasowej praktyce Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia brak dostatecznych informacji o kosztach i korzyściach dla adresatów zarządzeń określających warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zobowiązuje się Prezes Funduszu aby podczas określania szczegółowych warunków umów stosował wymagania dotyczące uzasadnienia rządowego aktu normatywnego.

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

12. Wprowadzenie obowiązku sporządzania planu zakupów

Celem wprowadzenia większej transparentności w proces alokacji środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, projekt nakłada na dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązek tworzenia planu zakupów świadczeń wraz z określeniem jego podstawowych elementów.

Przewiduje się, iż plan zakupu świadczeń będzie składać się z części ogólnej, zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń uwzględniających regionalne priorytety zdrowotne wraz z uzasadnieniem oraz z części szczegółowej, określającej w szczególności obszary, 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. Plan zakupu stanowi więc uszczegółowienie sposobu przeznaczenia środków określonych w planie finansowym na poszczególne obszary terytorialne kontraktowania i poszczególne zakresy i rodzaje świadczeń wraz z uzasadnieniem

dokonanych alokacji środków finansowych w odniesieniu do przyjętych priorytetów zdrowotnych.

Plany takie obecnie są sporządzane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich, jednak jako sporządzane poza obowiązkiem ustawowym różnią się w zakresie zawartości oraz szczegółowości podanych informacji w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem ujednolicenia stosowanych praktyk proponuje się więc określić na poziomie ustawy obowiązek sporządzania wskazanych planów wraz z wskazaniem ich podstawowych elementów.

Plany zakupów w chwili obecnej pozostają wewnętrzną dokumentacją oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem zwiększenia transparentności oraz zmniejszenia możliwości podejmowania czysto arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przewiduje się publikację przedmiotowych planów.

W oparciu o wskazany plan będą przeprowadzane postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a projekt przewiduje, iż specyfikacje ogłoszenia o postępowaniu pozostawać będą w zgodzie z danymi określonymi w planie zakupu świadczeń.

Projekt przewiduje w szczególności, iż w planie zakupu oraz w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń określona zostanie maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z jaką oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowy. Obecnie przepis ustawy pozwala dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wybrać w trakcie postępowania jedną lub większą liczbę ofert jednocześnie nie określając sposobu ustalenia wskazanej liczby. Celem zwiększenia transparentności oraz wzmocnienia zasady uczciwej konkurencji proponuje się w projekcie wprowadzenie obowiązku określenia przed wszczęciem postępowania maksymalnej liczby umów, które mogą zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania, co z jednej strony pozwoli na ograniczenie uznaniowości oddziału wojewódzkiego w zakresie swobodnego rozszerzania liczby wybranych ofert, z drugiej zaś pozwoli na zapobieżenie zjawiska zawierania licznych umów o niewielkiej wartości.

Ocena planu zakupu będzie dokonywana przez prowadzoną przez centralę Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministra Zdrowia bieżącą weryfikację stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń na obszarze województwa w ramach sprawowanego nadzoru.

III. Zmiany w funkcjonowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Zmiany mające na celu usprawnienie funkcjonalne Narodowego Funduszu Zdrowia

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

- 1) ukształtowanie nadzoru i kontroli nad Narodowym Funduszem Zdrowia w sposób niezapewniający ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wystarczająco skutecznych możliwości działania;
- 2) brak przejrzystych procedur i narzędzi taryfikacji świadczeń;
- 3) połączenie w jednej strukturze zadań płatnika i rozbudowanych funkcji regulacyjnych, skoncentrowanych w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Niezwykle istotne wydaje się wprowadzenie instrumentów skutecznego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z powyższym ustawa przewiduje zmiany dotyczące sposobu powołania zarówno Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Przewiduje się, iż Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia będzie powoływał i odwoływał minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Dostrzegając brak konsekwencji ustawodawcy, który z jednej strony przyznaje Prezesowi Rady Ministrów prawo do powoływania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z drugiej zaś powierza nad nim nadzór ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, proponuje się połączenie w jednym podmiocie obu tych funkcji. Podobnie, mając na uwadze systemową odpowiedzialność ministra właściwego do spraw zdrowia za dział zdrowie, proponuje się, aby dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia powoływał i odwoływał minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii rady oddziału

wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku śmierci Prezesa Funduszu albo odwołania ze sprawowanej funkcji, do czasu powołania nowego Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jego obowiązki pełnić będzie Zastępca Prezesa wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

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

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

Taryfa świadczeń określana przez Agencję będzie zestawieniem wartości względnych świadczeń zdrowotnych (produktów kontraktowych) – czyli zestawieniem wartości świadczeń (produktów) wyrażonych najczęściej za pomocą punktów, a nie zestawieniem wartości absolutnych, czyli cen świadczeń wyrażonych w złotych. W ten sposób taryfa będzie przede wszystkim informowała o stosunku zmiany wartości absolutnej danego świadczenia (produktu) do poziomu wartości absolutnej świadczenia

(produktu) określonego jako bazowe, referencyjne i pozwoli na przedstawienie relacji między poszczególnymi świadczeniami (produktami).

Natomiast określenie ceny świadczenia (produktu), czyli w szczególności określenie ceny punktu, będzie odbywało się w drodze negocjacji, czyli w sposób przewidziany obecnie w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przewiduje się, że przy Prezesie Agencji będzie działać Rada do spraw Taryfikacji o charakterze doradczym, której skład zagwarantuje należyłą reprezentację podstawowych interesariuszy, czyli ministra właściwego do spraw zdrowia, płatnika oraz świadczeniodawców. W związku z przepisami dotyczącymi kandydatów na członków tej Rady, członków tej Rady oraz osób, które dla tej Rady przygotować będą ekspertyzy i opinie, w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zunifikowano rozwiązania dotyczące składania oświadczeń i deklaracji pod rygorem odpowiedzialności karnej – również te dotyczące funkcjonującej Rady Przejrzystości.

Do zadań Agencji w zakresie taryfikacji należeć będzie określanie taryfy świadczeń oraz przedstawianie propozycji dotyczących standardu rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych. Dane niezbędne do dokonania odpowiedniej wyceny świadczeń Agencja będzie mogła otrzymywać od szerokiego kręgu podmiotów, w tym zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz od świadczeniodawców. W przypadku świadczeniodawców przewidziana została również możliwość umownego, w tym odpłatnego, nabycia przez Agencję danych, pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę odpowiedniej jakości tych danych, a w szczególności stosowanie standardu rachunku kosztów zalecanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Umowy te podlegały będą regulacjom prawa cywilnego, ich właściwa realizacja egzekwowana będzie w oparciu o instrumenty tam określone, m.in. przez możliwość zastrzeżenia kar umownych.

Standard rachunku kosztów zostanie określony w formie rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, z tym że obowiązek jego stosowania będą mieli świadczeniodawcy, którzy będą chcieli zawrzeć umowę o przekazywanie danych z Agencją. Przygotowanie standardu rachunku kosztów ma za zadanie ujednolicenie sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania

informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej. Pomimo braku obowiązku stosowania rachunku kosztów przez wszystkich świadczeniodawców, wdrożenie zalecanego standardu będzie premiowane możliwością zawarcia umowy z Agencją, co z kolei będzie dodatkowo punktowane w procesie rankingowania ofert.

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

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

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

całkowicie w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a ściślej w osobie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

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

2. Zmiany dotyczące finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych

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

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

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

2) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;

Na gruncie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, publicznym płatnikiem, odpowiedzialnym za zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzającym procedury konkursowe i rozliczającym świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Przeniesienie prowadzenia postępowania i rozliczania umów na świadczenia wysokospecjalistyczne do Narodowego Funduszu Zdrowia uzasadnione jest tym, że ma on doświadczenie w zawieraniu umów ze świadczeniodawcami i kontroli realizacji świadczeń, a połączenie strumieni finansowania powinno zapobiegać ewentualnemu podwójnemu ich finansowaniu. Powyższy tryb finansowania będzie miał zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2015 r. Wprowadzony został jednak przepis przejściowy, który przewiduje, iż umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych zawarte na okres poprzedzający dzień 1 stycznia 2015 r. będą wykonywane i rozliczane na dotychczasowych zasadach. To samo dotyczy postępowań w sprawie zawarcia tych umów.

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

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

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

Podkreślić należy, iż zażalenie jest składane za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który przed przekazaniem może dokonać jego analizy i dokonać ewentualnej zmiany podjętej decyzji w ramach autokontroli. W konsekwencji zasadność zażalenia jest sprawdzana aż trzykrotnie, przy czym dwukrotnie na poziomie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

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

4. Zmiana dotycząca udostępniania organom egzekucyjnym oraz komornikom sądowym danych i informacji, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia

W obecnym stanie prawnym komornicy sądowi, kierując zarówno do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), jak i do organów podatkowych wnioski o przekazanie danych i informacji w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego, są obowiązani do wnoszenia opłat za ich udostępnienie. Opłat takich nie są obowiązani wносить natomiast w przypadku zwrócenia się z wnioskiem do Narodowego Funduszu Zdrowia. Wniosków do poszczególnych oddziałów wojewódzkich wpływa znacząca liczba (nawet ponad 1000), co jest po części efektem braku wskazanej opłaty. Trzeba zauważyć, że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o komornikach sądowych i egzekucji (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1376, z późn. zm.) organy wymienione w art. 2 ust. 5 tej ustawy są obowiązane do udzielenia informacji w terminie 7 dni od dnia otrzymania żądania w oparciu o dane przekazane przez komornika, co skutkuje znacznym obciążeniem pracą oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, do których wpływają także wnioski z sądów,

prokuratur, policji i innych upoważnionych podmiotów, które również wskazują terminy udostępnienia informacji. Proponuje się więc, aby wzorem ZUS i organów podatkowych (podmiotów o podobnym statusie co Narodowy Fundusz Zdrowia) zobowiązać komorników do ponoszenia opłaty za wystąpienie z wnioskiem o udostępnienie informacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia w wysokości 50 zł, co powinno zrównoważyć koszty gromadzenia związane z udzieleniem informacji i danych.

Natomiast 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.) Narodowy Fundusz Zdrowia będzie udostępniał nieodpłatnie informacje i dane przez niego zgromadzone, w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego.

IV. Zmiany mające na celu wydłużenie okresu obowiązywania umów do 30 czerwca 2016 r.

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

Wobec istotnych zmian wprowadzanych projektem ustawy, w szczególności w związku z oparciem procesu tworzenia planów zakupów i zawierania umów o mapy potrzeb zdrowotnych, koniecznym staje się wprowadzenie przepisu umożliwiającego wydłużenie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w poszczególnych zakresach, jednak na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r., w celu odpowiedniego przygotowania postępowań w oparciu o nowe zasady. Jednocześnie przewiduje się pozostawienie dyrektorom oddziałów wojewódzkich możliwości wyłączenia z wydłużenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części

dotyczącej leczenia onkologicznego. Powyższe ma na celu jak najszybsze zapewnienie bardziej kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej.

V. Zmiany mające na celu wprowadzenie porady receptowej

W związku z tym, że część porad lekarskich jest związana wyłącznie z koniecznością wystawienia recepty na leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenia na wyroby medyczne, w celu kontynuowania leczenia tymi lekami, środkami lub wyrobami, w art. 3 projektu ustawy proponuje się zmianę art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1643, z późn. zm.). Obecnie, zgodnie z art. 42 tej ustawy, lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach. W projekcie ustawy przewiduje się wprowadzenie na gruncie ww. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyjątku od konieczności osobistego badania pacjenta, polegającego na tym, że lekarz, znając stan zdrowia pacjenta (odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta), może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne. Jednocześnie taka recepta lub zlecenie będą mogły być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta albo przedstawicielowi ustawowemu albo osobom trzecim, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączane do tej dokumentacji. Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta. Natomiast informacje o tym, kto odebrał taką receptę lub zlecenie, będą umieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączane do tej dokumentacji – umożliwi to wpisywanie tej informacji przez lekarza w dokumentacji medycznej albo sporządzenie tej informacji przez inną osobę zatrudnioną w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, w celu jej dołączenia do dokumentacji medycznej pacjenta. Jednocześnie w art. 42 ust. 1 zrezygnowano z zastrzeżenia do odrębnych przepisów, gdyż przepisy te i tak obowiązują, więc nie ma potrzeby czynienia takiego zastrzeżenia. Obecnie głównie przepisy dotyczące wystawiania zaświadczeń dla celów pracowniczych

umożliwiają wystawianie zaświadczenia o stanie zdrowia przez lekarza innego niż ten, który badał pacjenta (na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej).

VI. Zmiany w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych

Zmiana w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych ma na celu zwolnienie Narodowego Funduszu Zdrowia od podatku. Nie znajduje uzasadnienia, żeby podmiot publiczny, dysponujący środkami publicznymi i nieprowadzący żadnej działalności gospodarczej (jedynie realizujący zadania o charakterze publicznym wynikające z ustaw i aktów wykonawczych), płacił podatek dochodowy.

Obecnie osiąmane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dochody podlegają przedmiotowemu zwolnieniu podatkowemu. Powyższe powoduje jednak znaczne obciążenie pracą związaną z prowadzoną rachunkowością i sprawozdawczością. Mając na uwadze, iż ostatecznie Narodowy Fundusz Zdrowia (wskutek zwolnienia przedmiotowego) nie odprowadza podatku, celowe jest jego podmiotowe zwolnienie, które umożliwi odciążenie Narodowego Funduszu Zdrowia od kosztów ponoszonych w związku z prowadzeniem sprawozdawczości.

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

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

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

Mając na względzie uwagi NIK oraz ograniczone możliwości kadrowe Narodowego Funduszu Zdrowia, proponuje się uprościć postępowania kontrolne.

Proponuje się, aby wyłączenie przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej miało podobny zakres, jak wyłączenie dotyczące Ministra Zdrowia, wojewody i podmiotu tworzącego zawarte w art. 84aa ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Stąd proponuje się wyłączyć przepisy

art. 82 i art. 83 ustawy. Jednocześnie w projekcie nie wyłącza się art. 79 i art. 80a, z uwagi na fakt, iż zgodnie z zasadą *lex posterior generalia non derogat legi priori speciali* (przepis późniejszy ogólny nie uchyla przepisu wcześniejszego szczególnego), przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz, wydane na podstawie art. 64 ust. 10 tej ustawy, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723) regulują wskazany obszar w sposób odmienny.

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

VIII. Zmiany w innych ustawach

Zmiany w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych są konsekwencją zmian wprowadzonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z uwagi na treść projektowanych zmian, w celu uniknięcia ewentualnej luki prawnej, dodany został przepis utrzymujący w mocy dotychczasowo wydane rozporządzenia. Okres 12 miesięcy określony w art. 24 projektu ustawy jest konieczny do przeprowadzenia procedury legislacyjnej i wypracowania rozwiązań uwzględniających stanowiska podmiotów społecznych.

Zakłada się, że ustawa wejdzie w życie 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 8 lit. c i pkt 10, art. 12 ust. 4, art. 15 i art. 22, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 34 w zakresie art. 95d i art. 95e ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, który wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.;
- 3) art. 1 pkt 15, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.;
- 4) art. 1 pkt 16 w zakresie art. 31lc ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

Wejście w życie części przepisów projektowanej ustawy z dniem ogłoszenia, tj. regulacji dotyczących przekazywania dotacji do Narodowego Funduszu Zdrowia przez Ministra Zdrowia, przeprowadzenia procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych na 2015 r., sporządzenia planu finansowego Agencji oraz przedłużenia okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie sprzeciwia się zasadom demokratycznego państwa prawnego, gdyż jest to uzasadnione koniecznością zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z dniem 1 stycznia 2015 r. oraz potrzebą zapewnienia funkcjonowania Agencji w sposób nieprzerwany. Ponadto z uwagi na to, że pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych wejdą w życie od połowy 2016 r., proponuje się, aby projektowane art. 95d i art. 95e weszły w życie z dniem 30 czerwca 2016 r. Z uwagi na to, że wyniki monitorowania map będą na koniec 2017 r., dodawany ust. 3 do art. 31a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2018 r. Natomiast wejście w życie art. 31lc ust. 6 ww. ustawy z dniem 1 stycznia 2010 r. ma na celu zapewnienie czasu na wypracowanie i wdrożenie docelowego modelu standardu rachunku kosztów.

Projekt ustawy został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). W trybie określonym w tej ustawie nie zgłoszono zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Projekt ustawy został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

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

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Michał Misiura – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 260, e-mail: m.misiura@mz.gov.pl Pan Dawid Stachurski – Departament Analiz i Strategii tel. (22) 634 92 90, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl	Data sporządzenia 23 maja 2014 r. Źródło: decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia Nr w wykazie prac Rządu UA42
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Utrudniony dostęp do leczenia pacjentów onkologicznych:

- Zbyt długie oczekiwanie na diagnostykę pacjentów z podejrzeniem nowotworu oraz brak koordynacji w zakresie tej diagnostyki. Przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia raka w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium. W Polsce nowotwory złośliwe są wykrywane w późnym stadium, co powoduje zwiększone koszty systemowe oraz zmniejszone prawdopodobieństwo wyleczenia i przeżycia pacjentów onkologicznych. Przykładowo w województwie śląskim aż 46% diagnoz raka piersi zostało postawionych w stadium 3 i 4. Podobnie w województwie lubelskim, gdzie odsetek nowotworów piersi rozpoznanych w 3 i 4 stadium wynosi również 46%.
- Pacjenci onkologiczni często nie są przyjmowani zarówno w celu zdiagnozowania, jak i rozpoczęcia leczenia, ponieważ podmioty, które prowadzą leczenie onkologiczne, mają wyczerpane kontrakty na to leczenie zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto te same świadczenia diagnostyczne są inaczej wyceniane w podmiotach szpitalnych oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, co powoduje nieefektywność alokacji środków. Obecnie nie ma systemu, który motywowałby świadczeniodawców do podnoszenia i utrzymywania jakości świadczeń opieki zdrowotnej i efektywnego wykorzystywania środków.

2. Problemy w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej:

- W szczególności z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, spowodowane: długim okresem oczekiwania na udzielenie świadczenia, możliwością zapisywania się pacjentów do wielu kolejek jednocześnie i niewypisywania się po odbyciu świadczenia, co utrudnia dostęp pozostałym uczestnikom systemu. Przykładowo w 2013 r. na wizytę kardiologiczną czekało 902 669 osób, z czego 33 488 w dwóch i więcej kolejkach. W przypadku woj. łódzkiego w dwóch i więcej kolejkach do poradni kardiologicznej czekało ponad 40% ze wszystkich oczekujących.
- Nieaktualne informacje dotyczące kolejek oczekujących na świadczenia, związane z niewłaściwym systemem raportowania, który przedstawia jedynie informacje historyczne, uniemożliwiając tym samym optymalizację wyboru świadczeniodawcy.

3. Nieprawidłowa alokacja środków na ochronę zdrowia:

- Dysproporcje w obecnej wycenie świadczeń zdrowotnych bazującej głównie na stanie historycznym oraz trudności w wycenie świadczeń zdrowotnych w oparciu o porównywalne dane, ze względu na brak zarówno rzetelnych i standaryzowanych danych, jak i profesjonalnego systemu analizy

i zarządzania kosztami oraz produktami kontraktowymi po stronie płatnika. Pomimo istnienia teoretycznych podstaw do właściwego funkcjonowania systemu sprawozdawczości oraz audytowania, dotychczas możliwości te nie były wykorzystywane w wystarczającym stopniu.

- Brak systemowych uregulowań w zakresie analizy potrzeb zdrowotnych populacji skutkuje oparciem procesu kontraktowania świadczeń głównie na danych historycznych i brakiem optymalnego, z punktu widzenia problemów zdrowotnych populacji, zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.
 - Brak systemowych rozwiązań w zakresie planowania inwestycji medycznych w oparciu o analizę potrzeb zdrowotnych skutkuje koncentrowaniem się inwestycji w określonych segmentach usług zdrowotnych, powodując tym samym problemy z zabezpieczeniem świadczeń zdrowotnych w innych zakresach.
 - Brak możliwości finansowania pobytu hotelowego oraz transportu w ramach produktów finansowych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Często to nie potrzeba medyczna, lecz warunki socjalno-bytowe są przyczyną hospitalizacji szczególnie wśród chorych na nowotwór, albowiem choroba ta częściej występuje u osób starszych.
4. Ograniczone możliwości Ministra Zdrowia wpływania na kształtowanie i realizację polityki zdrowotnej państwa wynikające przede wszystkim z dysponowania w tym zakresie realnymi instrumentami przez Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Problemy ujawnione w trakcie stosowania ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym dotyczące interpretacji przepisów, oraz konieczność doprecyzowania niektórych jej przepisów.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. Wprowadzenie systemowych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii, w szczególności:
 - wyodrębnienie pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii. Rozwiązanie to ma na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej, aby pacjent czuł, że znajduje się w centrum uwagi wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za proces leczenia. Czas oczekiwania pozostałych pacjentów na świadczenia specjalistyczne nie ulegnie zmianie (nie pogorszy się), ponieważ projektowane zmiany odbywać będą się tylko w grupie pacjentów onkologicznych. Nastąpi przesunięcie ciężaru opieki z lekarzy specjalistów i hospitalizacji na rzecz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Projektowana ustawa ma na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów onkologicznych, przez skrócenie czasu oczekiwania na zdiagnozowanie choroby onkologicznej oraz skrócenie czasu związanego z oczekiwaniem na rozpoczęcie leczenia,
 - wprowadzenie i określenie zarówno systemowego umiejscowienia, jak i podstawowej funkcjonalności karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dzięki karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego informacje o dotychczasowym przebiegu leczenia danego pacjenta będą szybciej i łatwiej dostępne dla lekarzy prowadzących terapię, która odbywa się nierzadko w różnych ośrodkach, ale przede wszystkim będą dostępne w jednym miejscu. Wprowadzenie powyższej karty usprawni sprawozdawczość, dokładność i jakość zbieranych danych będzie wyższa.
2. Poprawa dostępu do świadczeń przez wprowadzenie zmian w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących i zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, polegających w szczególności na:
 - wprowadzeniu bezterminowych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
 - wydłużeniu okresu, na jaki są zawierane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, co najmniej do 5 lat w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i 10 lat w przypadku leczenia szpitalnego,
 - przywróceniu skierowania do okulisty i dermatologa,
 - zwiększeniu częstotliwości oraz zakresu przekazywania danych o listach oczekujących przez świadczeniodawców – tygodniowa sprawozdawczość o pierwszym wolnym terminie,
 - zobowiązaniu pacjentów do dostarczenia oryginału skierowania w terminie 14 dni od daty zapisania się na liście oczekujących,
 - wprowadzeniu obowiązku prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawców w systemie

elektronicznym,

- wprowadzeniu odrębnej listy oczekujących dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczenie mające na celu wyleczenie tego nowotworu.
3. Poprawa efektywności alokacji środków publicznych w perspektywie krótko- i długoterminowej przez:
- określenie podstaw prawnych i organizacyjnych oraz narzędzi potrzebnych do przeprowadzania wyceny świadczeń zdrowotnych opartej na danych o rzeczywistych i uzasadnionych kosztach świadczeń. Określenie standardu prowadzenia rachunku kosztów świadczeń, który byłby zalecanym standardem dla świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w celu poprawienia stanu zarządzania. W celu określania taryfy świadczeń planuje się powołanie, w miejsce Agencji Oceny Technologii Medycznych, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Niezbędne dane Agencja pozyskiwałaby m.in. od wybranej grupy świadczeniodawców (stosujących m.in. standard rachunku kosztów) na podstawie zawartych umów,
 - regularne tworzenie map potrzeb zdrowotnych, które będą wyznacznikiem priorytetów w zakresie kontraktowania świadczeń medycznych.
4. Wyodrębnienie tzw. świadczeń towarzyszących w celu zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu i zakwaterowania pacjenta w związku z realizacją świadczeń w zakresie onkologii, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dokonanie zmiany w zakresie powoływania i odwoływania Prezesa NFZ, dyrektorów oddziałów wojewódzkich oraz rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Przewiduje się także udział w Radzie Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiciela organizacji pacjenckich oraz podział kompetencji między Narodowym Funduszem Zdrowia a Ministrem Zdrowia. Oczekiwany efekt jest zacieśnienie współpracy między płatnikiem i Ministerstwem Zdrowia, co pozwoli na efektywniejsze zarządzanie i planowanie strategiczne w systemie ochrony zdrowia.
5. Wprowadzenie zmian o charakterze systematyzującym i porządkującym funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz doprecyzowującym w zakresie redakcyjnym. Proponowane zmiany mają na celu m.in. ułatwienie ubezpieczonym korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, a świadczeniodawcom ułatwienia w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Proponowane zmiany będą motywować świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej do utrzymywania wysokiego standardu świadczeń oraz do efektywnej alokacji środków.

Efektem dokonania powyższych zmian będzie lepsze dostosowanie dostępności świadczeń zdrowotnych (a także planowanie działań inwestycyjnych) do obecnych (oraz przyszłych) potrzeb zdrowotnych występujących w danym regionie. Świadczeniodawcy będą mogli efektywniej alokować środki ze względu na możliwy dłuższy okres planowania wynikający z wydłużenia kontraktów z płatnikiem. Skrócone zostaną kolejki oczekujących na świadczenia specjalistyczne, a pacjenci będą lepiej informowani o długości kolejek dzięki zwiększeniu częstotliwości i szczegółowości sprawozdawczości. Nastąpi realokacja środków na leczenie pacjentów onkologicznych, pozwalając na zniesienie limitów na świadczenia w tym obszarze. Zwiększona zostanie rola podstawowej opieki zdrowotnej w procesie diagnozowania pacjenta onkologicznego. Ponadto większe znaczenie położone zostanie na systemie sprawozdawczości, w tym karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, co pozwoli na efektywną alokację środków przez reagowanie na niespełnianie przez świadczeniodawców wymaganych standardów zmianą lub odebraniem kontraktu i udzieleniem go innej placówce.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

OECD klasyfikuje systemy zdrowotne w 6 oddzielnych grupach. Polska jest w tej samej grupie, co Wielka Brytania, która jest definiowana jako system z ograniczeniami budżetowymi. Europejskie systemy ochrony zdrowia charakteryzują się wysokim zróżnicowaniem. Występują zarówno systemy z płatnikiem – monopsonistą, wieloma płatnikami w środowisku niekonkurencyjnym oraz wieloma konkurującymi płatnikami. Jednak punktem wspólnym dla wszystkich systemów występujących w krajach porównywalnych wielkością do Polski jest regionalne zabezpieczanie świadczeń zdrowotnych (wyjątkiem są obszary zabezpieczane na poziomie kraju, np. świadczenia wysokospecjalistyczne). Nawet w systemie brytyjskim (system zaopatrzeniowy z płatnikiem –

monopsonistą) odchodzi się od centralnego zakupu świadczeń, przekazując budżety oraz narzędzia prognostyczne lekarzom pierwszego kontaktu (ang. *General Practitioner*).

1. Rozwiązania systemowe w innych krajach UE/OECD w zakresie leczenia nowotworów

- Wielka Brytania

Choroby nowotworowe są drugą najczęstszą przyczyną zgonów, ale biorąc pod uwagę zarówno koszty leczenia, jak i koszty społeczne, w większości krajów zachodnich stanowią ważną grupę z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia. W Wielkiej Brytanii system opiera się na jawnych priorytetach zdrowotnych, które zapewniają efektywne wykorzystanie zasobów. Rząd ustala obszary, w których nie ma limitów na udzielanie świadczeń. Są to m.in.: położnictwo, pediatria, onkologia, kardiologia i opieka poudarowa, czyli dziedziny o najbardziej doniosłym znaczeniu społecznym. Impulsem do zmian w leczeniu raka, zapoczątkowanych w 1995 r., był znacząco odbiegający od międzynarodowych standardów czas przeżycia pacjentów onkologicznych mierzony w okresie 5 lat. Jednocześnie zauważalny był nierówny dostęp do opieki i brak jednolitych standardów leczenia. Priorytetowym założeniem było skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę i leczenie nowotworów. Wprowadzone zostały ramy czasowe na diagnostykę i rozpoczęcie leczenia onkologicznego oraz szczegółową sprawozdawczość. Wprowadzono pewne sztywne ramy czasowe: 14 dni od pilnego skierowania pacjenta z podejrzeniem nowotworu przez lekarza pierwszego kontaktu do pierwszej diagnostyki w szpitalu; 31 dni od diagnozy do rozpoczęcia leczenia; 62 dni od pilnego skierowania pacjenta z podejrzeniem nowotworu przez lekarza pierwszego kontaktu do rozpoczęcia leczenia. Wyznaczono osoby odpowiedzialne za prowadzenie dokumentacji i terminowe wypełnianie dokumentacji medycznej. Jednocześnie z reformą systemu leczenia dokonano zmian w systemie sprawozdawczości. Obecnie Wielka Brytania, obok Norwegii, ma jeden z najlepszych systemów monitorowania leczenia onkologicznego oraz zbierania i publikowania danych. Informacje dotyczące poszczególnych jednostek w zakresie podstawowych wskaźników efektywności i skuteczności leczenia (Key Performance and Quality Indicators) dostępne są na publicznych stronach internetowych.

- Francja

W onkologii położono nacisk m.in. na skrócenie czasu oczekiwania zarówno na badania diagnostyczne, jak i rozpoczęcie leczenia. Zwiększono rolę indywidualizacji leczenia, które wymaga również lepszego przepływu informacji między szpitalem a lekarzem pierwszego kontaktu, którego rola będzie stale wzrastać (w związku z przeniesieniem leczenia z wielkich centrów medycznych). Podkreślić należy, że francuski Cancer Plan (pierwszy raz opublikowany w roku 2002 na lata 2003–2007, ostatni opublikowano w roku 2013 na lata 2014–2019) przewiduje większe zaangażowanie lekarzy pierwszego kontaktu zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu oraz późniejszym etapie obserwacji (follow-up'ie). Ponadto włączono czas oczekiwania pacjenta onkologicznego do wskaźników jakości publikowanych przez placówki medyczne. Co więcej, podmiotom leczniczym z wydłużonymi czasami oczekiwania są stawiane do spełnienia dodatkowe wymogi, w celu podpisania kontraktu z narodowym płatnikiem.

Francja, po krajach anglosaskich, jest najlepszym międzynarodowym przykładem przesunięcia ciężaru terapii onkologicznej z hospitalizacji na leczenie ambulatoryjne (w radioterapii i chemioterapii odpowiednio 99% i 95% świadczeń wykonywanych jest poza szpitalami). Nowy cel zakłada przesunięcie leczenia jak największej liczby pacjentów z hospitalizacji na chirurgię ambulatoryjną (np. Cancer Plan zakłada osiągnięcie wskaźnika 50% operacji usunięcia nowotworu piersi w ramach lecznictwa ambulatoryjnego w ciągu następnych 10 lat).

2. Rozwiązania systemowe w innych krajach UE/OECD w zakresie zabezpieczania potrzeb zdrowotnych

- Kontraktowanie świadczeń

- Francja

W systemie francuskim nie występuje indywidualne kontraktowanie z każdym podmiotem. W zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej obowiązują kontrakty między unią ubezpieczycieli społecznych a głównymi, niezależnymi uniami pracowników służby zdrowia. Kontrakty te obowiązują przez 4–5 lat, jednak możliwe są coroczne zmiany odwzorowujące zmiany w planowaniu budżetu. W opiece szpitalnej pojedyncze podmioty zawierają 5-letnie kontrakty z regionalnymi agencjami zdrowia (ARS), które nie zawierają określeń co do ceny i liczby wykonywanych świadczeń, tylko wytyczne odnośnie do działalności szpitala.

- Czechy

W Czechach kontrakty ogólne są renegotjowane średnio co 5 lat, a kontrakty odnośnie do cen i ilości świadczeń są negocjowane corocznie.

– Wielka Brytania

Do 2013/2014 NHS praktykował kontrakty 1-roczone, z możliwością wydłużenia w niektórych przypadkach. Od 2014/2015 możliwe jest bardziej elastyczne kontraktowanie, w tym 5-cio i 7-letnie,

– Hiszpania (Walencja)

System finansowania jest oparty na stawce kapitałowej, gdzie świadczeniodawca odpowiedzialny jest za niemal całą opiekę medyczną nad pacjentem. W tym systemie kontrakty zawierane są na 15–20 lat.

3. Rozwiązania systemowe w innych krajach UE/OECD w zakresie zabezpieczania potrzeb zdrowotnych

- Mapy potrzeb zdrowotnych

Ocena oraz prognoza potrzeb zdrowotnych jest coraz częściej używanym narzędziem do planowania wydatków w sferze ochrony zdrowia, stosowanym w szeregu krajów, takich jak np. Austria, Francja czy Wielka Brytania. Dzięki regularnej ocenie potrzeb zdrowotnych oraz ich prognozowaniu następuje elastyczne dopasowanie infrastruktury medycznej do potrzeb, zwiększona jest efektywność wydatkowania środków publicznych oraz ustabilizowane są warunki funkcjonowania świadczeniodawców. Wprowadzenie proponowanych rozwiązań (regionalnych map potrzeb zdrowotnych) umożliwi również ubieganie się o wsparcie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020. Podstawą każdego systemu powinna być ciągła analiza, jak również okresowa kontrola w celu weryfikacji, czy system ochrony zdrowia wykorzystuje zasoby w efektywny sposób. We Francji wprowadzenie regionalnych agencji i regionalnych map zapotrzebowania zdrowotnego miało na celu zaradzenie tym problemom w średniej i długiej perspektywie.

- Wycena świadczeń

Francja

Francuski HAS, będący niezależnym organem publicznym z autonomią finansową powołany w sierpniu 2004 r., który jest instytucją łączącą zadania związane z oceną technologii medycznych, taryfikacji i akredytacji w ochronie zdrowia. Jego kompetencje obejmują m.in. ocenę leków, wyrobów medycznych i procedur medycznych, publikowanie wytycznych do akredytacji organizacji opieki zdrowotnej i certyfikacji lekarzy, wspieranie merytoryczne Ministra Zdrowia w określaniu taryf dla świadczeń zdrowotnych i leków.

Niemcy

Powołano tu 2 instytucje zajmujące się taryfikacją:

- o Instytut ds. Systemu Płatności w Szpitalach (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK*), zajmujący się ciągłym udoskonalaniem niemieckiego modelu DRG (definiowanie grup i określanie ich wartości relacyjnych),
- o Komisja Taryfikacyjna oraz Instytut Komisji Taryfikacyjnej (*Bewertungsausschuss oraz Institut des Bewertungsausschusses*), zajmujące się określaniem taryf punktowych, przypisywanych poszczególnym świadczeniom ambulatoryjnej opieki medycznej.

Taryfy ustanawiane przez ww. instytucje są wiążące przy rozliczaniu kosztów świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, finansowanych przez kasy chorych.

Australia

Powołano IHPA (Independent Hospital Pricing Agency) jako element niezbędny do przejścia w sektorze szpitalnym na system płacenia powiązany z wykonywaniem usługi (activity based funding). Podstawowym zadaniem tej instytucji jest dostarczenie informacji opartej na dowodach naukowych dotyczących klasyfikacji, kosztów oraz publicznego finansowania usług szpitalnych, przez określenie krajowej ceny świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach publicznych i publikowanie każdego roku tych i innych informacji w raporcie. Zadaniem tej instytucji jest również dostarczanie informacji co do sposobów poprawy efektywności oraz dostępności publicznych usług szpitalnych.

4. Podział kompetencji między instytucje: płatnika, regulatora i podmiot ds. nadzoru w innych krajach UE/OECD

Nie istnieje jedno rozwiązanie w zakresie instytucji nadzorczych. Nadzór nad rynkiem zdrowotnym w państwach Unii Europejskiej opiera się na kilku wyodrębnionych, jednak współpracujących ze sobą, instytucjach wyspecjalizowanych w poszczególnych aspektach funkcjonowania i organizacji tego rynku,

takich jak: ocena jakości, bezpieczeństwo pacjenta, ocena technologii medycznych, taryfikacja czy zapewnienie przestrzegania zasady wolnej konkurencji. Bywa, że zadania w zakresie oceny technologii medycznych i taryfikacji są łączone w ramach jednej instytucji.

5. W obecnym stanie prawnym banki są płatnikami składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent transferowanych z zagranicy. Wprowadzane przepisy mają natomiast na celu umożliwienie bankom wykonywania obowiązków płatników wobec osób pobierających takie świadczenia z innych państw członkowskich UE/EFTA. W tym celu niezbędne jest uzyskanie przez banki potwierdzenia od właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, czy dana osoba otrzymująca emeryturę bądź rentę z innego państwa członkowskiego podlega jednocześnie obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty, co jest niezbędną przesłanką uprawniającą NFZ do otrzymywania składek od transferowanych świadczeń, zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	35 077 982 osoby	Centralny Wykaz Ubezpieczonych – stan na dzień 31 grudnia 2013 r.	Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przez zmianę zasad prowadzenia list oczekujących oraz ułatwienie korzystania z systemu opieki zdrowotnej przez jego uporządkowanie.
Świadczeniobiorcy, u których zdiagnozowano nowotwór (nowo wykryte zachorowania)	140 000 osób	Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Fundusz Zdrowia	Skrócenie czasu oczekiwania na zdiagnozowanie oraz rozpoczęcie leczenia onkologicznego.
Świadczeniodawcy	22 459 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Poprawienie zarządzania przez określenie standardu prowadzenia rachunku kosztów świadczeń oraz wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
Świadczeniodawcy, którzy udzielają ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego	4806	Narodowy Fundusz Zdrowia	Świadczeniodawcy zgłaszają niewykorzystanie swoich zasobów, związane z limitami na badania diagnostyczne i leczenie. Wprowadzone rozwiązania pozwolą w większym stopniu wykorzystać potencjał ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w procesie diagnostyki onkologicznej.
Świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń szpitalnych z zakresów onkologicznych	252	Narodowy Fundusz Zdrowia	Świadczeniodawcy zgłaszają niewykorzystanie swoich zasobów, związane z limitami na badania diagnostyczne i leczenie.

			Wprowadzone rozwiązania pozwolą w większym stopniu wykorzystać potencjał opieki specjalistycznej w procesie diagnostyki i leczenia onkologicznego.
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	30 300 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie prestiżu zawodu oraz dodatkowe finansowanie za wzmożoną czujność onkologiczną i monitorowanie pacjenta onkologicznego we współpracy ze specjalistą.
Świadczeniodawcy realizujący świadczenia lub ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	6306 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie liczby zdiagnozowanych pacjentów we wcześniejszym stadium nowotworu, co przełoży się na krótsze oraz mniej czasochłonne i kosztochłonne leczenie, a także da lekarzom możliwość udzielania większej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanych w ramach środków finansowych ponad gwarantowanym obecnie kontraktem.
Wojewodowie, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 województw oraz 16 oddziałów wojewódzkich NFZ		Identyfikowanie potrzeb zdrowotnych oraz prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności przez wprowadzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych – dokumentów obiektywnie odzwierciedlających problemy i potrzeby zdrowotne populacji danego województwa. Wyliczanie indywidualnego wskaźnika skuteczności lekarza.
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny			Opracowywanie projektów regionalnych map potrzeb zdrowotnych oraz opracowywanie Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Zadania te będą

			wykonywane w ramach obecnych środków i struktur – obecnie NIZP – PZH opracowuje podobne dane, ale jako rozproszone publikacje.
Zakład Ubezpieczeń Społecznych			Przedmiotowe rozwiązania nie będą miały wpływu na ZUS, gdyż obowiązki w zakresie objętym zmianami są już obecnie realizowane przez Zakład.
Banki			Przedmiotowe rozwiązania nie będą miały wpływu na banki, gdyż obowiązki w zakresie objętym zmianami są już obecnie przez nie realizowane.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

W ramach 30-dniowych konsultacji publicznych projekt został przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Związku Miast Polskich, Związku Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentu Marszałków Województw, samorządów wojewódzkich, wojewodów, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Narodowego Instytutu Leków, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
- b) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny,
- c) rektorów uczelni medycznych,
- d) samorządów zawodowych (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych),
- e) stowarzyszeń zawodowych (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”, Izba Gospodarcza „Apteka Polska”, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyróbów Medycznych POLMED, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego),
- f) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym działających na rzecz pacjentów (tj.: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Primum Non Nocere, Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, Unia

Farmaceutów Właścicieli Aptek, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPD” w Toruniu),

g) instytutów badawczych,

h) organizacji pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdański Związek Pracodawców, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego).

Ponadto konsultacje publiczne odbyły się przez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

Uwagi zgłoszone przez podmioty w ramach konsultacji publicznych dotyczyły przede wszystkim następujących zagadnień:

- doprecyzowania kwestii podziału programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych,
- wprowadzenia opłat za zakwaterowanie i wyżywienie w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie opieki długoterminowej,
- uporządkowania systemu kolejek oczekujących na świadczenia,
- taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej,
- wprowadzenia tzw. szybkiej ścieżki diagnostyki onkologicznej,
- doprecyzowania przepisów dotyczących sporządzania map potrzeb zdrowotnych,
- zasadności wprowadzenia przepisów związanych z wprowadzeniem decyzji wojewody o celowości utworzenia nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonujących działalność w zakresie leczenia szpitalnego lub o celowości realizacji przez podmiot leczniczy inwestycji o wartości przekraczającej kwoty przyjęte w tych przepisach dla świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej (tj. odpowiednio 3 mln zł i 2 mln zł), w związku ze zgłaszaną wątpliwością, iż jest to ograniczenie swobody działalności gospodarczej,
- wydłużenia maksymalnego okresu, na jaki może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – z 3 lat do 10 lat (świadczenia stacjonarne i całodobowe) lub 5 lat (pozostałe świadczenia), w związku z wątpliwościami co do zgodności z Konstytucją takiego przepisu oraz
- doprecyzowania przepisów dotyczących porady receptowej.

Uwagi wraz z zajęтым do nich stanowiskiem zawarte zostały w załączonych dokumentach.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody/oszczędności ogółem	-	0,430	0,440	0,450	0,460	0,470	0,480	0,490	0,500	0,510	0,520	4,750
budżet państwa	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AOTMiT (przychody)		46,399	48,732	51,065	53,399	55,732	58,065	60,399	62,732	65,065	67,399	568,987
NFZ (przychody)		45,969	48,292	50,615	52,939	55,262	57,585	59,909	62,232	64,555	66,879	-564,237
Wydatki ogółem	-	46,399	48,732	51,065	53,399	55,732	58,065	60,399	62,732	65,065	67,399	568,987
budżet państwa	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

JST	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AOTMiT (koszty)		46,399	48,732	51,065	53,399	55,732	58,065	60,399	62,732	65,065	67,399	568,987
NFZ (koszty)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	-	45,969	48,292	50,615	52,939	55,262	57,585	59,909	62,232	64,555	66,879	-564,237
budżet państwa	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AOTM		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ		45,969	48,292	50,615	52,939	55,262	57,585	59,909	62,232	64,555	66,879	-564,237

Źródła finansowania	W zakresie dotyczącym taryfikacji – przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	1) Oddziaływanie na sektor finansów publicznych jest neutralne. Projektowane rozwiązania nie spowodują zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia, które muszą zamknąć się w środkach pochodzących z wpływów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Zwiększą natomiast efektywność wydatkowania środków w systemie ochrony zdrowia. Zmianie ulegną wyceny udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii zarówno w ramach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, ale także świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Projektowane przepisy będą powodowały zmianę zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, sposób dystrybucji środków finansowych za wykonane procedury medyczne, a także zasady rozliczania i płacenia za zrealizowane świadczenia opieki zdrowotnej. Wydatki na diagnostykę i leczenie onkologiczne zarówno przed, jak i po wejściu w życie projektowanych rozwiązań będą kształtowały się na podobnym poziomie – 6,3 mld zł. Zmieni się natomiast struktura wydatków. Więcej środków przeznaczonych zostanie na rzeczywistą diagnostykę i leczenie, a mniej środków na pokrycie obsługi administracyjnej udzielania świadczeń – odbędzie się to przez zmiany wycen świadczeń w zarządzeniach Prezesa NFZ. Leczenie pacjentki z nowotworem piersi wykrytym w stadium 3 lub 4 jest o co najmniej 8000 zł droższe od leczenia pacjentki z nowotworem piersi wykrytym w stadium 1 lub 2. Przy diagnozowaniu 16 600 nowych przypadków nowotworu piersi rocznie (dane z Krajowego Rejestru Nowotworów za 2010 r.), przejście ze struktury 60% pacjentek z nowotworem wykrytym w stadium 1 lub 2 do struktury 70% z nowotworem wykrytym w stadium 1 lub 2 prowadzi do oszczędności rzędu ponad 13 mln zł rocznie. Wyliczenia te są zaniżone, ze względu na trudny do oszacowania koszt długoterminowego leczenia. Poczynione w ten sposób oszczędności zostaną wykorzystane na leczenie większej liczby pacjentów onkologicznych. Obliczanie indywidualnego wskaźnika skuteczności lekarza w określaniu chorób nowotworowych będzie odbywać się automatycznie, na podstawie danych przekazywanych do NFZ w celach rozliczeniowych. NFZ będzie informować świadczeniodawcę o ustaleniu wysokości indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów z wykorzystaniem dostępnej platformy wymiany danych. Przydzielanie unikalnych numerów kart diagnostyki i leczenia onkologicznego również będzie dokonywane drogą elektroniczną, z wykorzystaniem już istniejących rozwiązań informatycznych. W centrali NFZ już trwają prace przygotowawcze do dostosowania systemów informatycznych do nowego zadania. Działania te realizowane będą w ramach obecnych zasobów finansowych Funduszu. W przypadku prowadzenia list oczekujących na świadczenia, do których dostęp jest utrudniony, ustawa wprowadza jedynie możliwość wprowadzenia obowiązku udostępniania aplikacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia w drodze rozporządzenia. Koszty pojawią się

więc w przypadku podjęcia przez Ministra Zdrowia takiej decyzji i wyliczenie kosztów będzie uwzględnione w OSR rozporządzenia uruchamiającego to rozwiązanie. Koszty będą zależne m.in. od zakresu świadczeń, które Minister wskaże w rozporządzeniu.

Ponadto taka aplikacja już została uruchomiona i funkcjonuje obecnie dla kilku rodzajów świadczeń, stąd koszty będą wiązały się z modyfikacją aplikacji, a nie tworzeniem jej od podstaw.

Szacuje się natomiast, iż z tytułu opłat za udzielenie informacji i danych komornikom sądowym wzrosną przychody NFZ. W okresie od stycznia 2014 r. do maja 2014 r. do NFZ wpłynęły 3583 wnioski o udostępnienie danych, nadesłanych przez komorników sądowych. Oznacza to, że w 2014 r. można się spodziewać ok. 8600 wniosków. Opłata na poziomie 50 zł od wniosku oznacza, że prognozowane przychody płatnika publicznego z ww. tytułu wyniosą ok. 430 000 zł rocznie.

W związku z powyższym nie przewiduje się dodatkowego zapotrzebowania na środki z budżetu państwa oraz dodatkowego zasilenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2) Dodatkowe przychody dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zaplanowano w wysokości odpisu na taryfikację finansowanego ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Wyliczono na podstawie „*Prognozy przychodów NFZ na lata 2014–2016*” oraz projekcji przychodów NFZ na lata 2017–2024 uwzględniającej dynamikę zmiany przychodów w „*Prognozie przychodów NFZ na lata 2014–2016*”, która była opracowana przez Prezesa NFZ, zgodnie z art. 120 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowe przychody AOTMiT wyliczono jako iloraz wskaźnika 0,07% i kwoty prognozowanych przychodów NFZ w ww. okresie.

Wskaźnik 0,07% został wyliczony (i zaokrąglony do 2 znaków po przecinku), aby uzyskać dodatkowe przychody AOTMiT w ww. wysokości zapewniające sprawne finansowanie Agencji w zakresie taryfikacji. Szacunki te zrobiono na podstawie następujących założeń:

- zatrudnienie 60 osób w zakresie dotyczącym taryfikacji (potrzeba stworzenia całego nowego pionu taryfikacji, gdyż zadania w tym zakresie nie pokrywają się z obecnymi zadaniami AOTM) – biorąc pod uwagę, że będzie to zupełnie nowe zadanie, dotychczas niewykonywane w Polsce, dla przybliżenia potrzebnej liczby osób wykorzystano dane o zatrudnieniu w Instytucie ds. Systemu Rozliczeń Świadczeń Szpitalnych InEK w RFN, który zatrudnia 42 osoby (w tym 34 na stanowiskach merytorycznych). Uwzględniając, że jednostka ta zajmuje się wyłącznie zakresem szpitalnym, natomiast AOTMiT ma wszystkie świadczenia, przyjęto ww. liczbę osób. Poziom zatrudnienia powinien być monitorowany w pierwszych latach funkcjonowania nowej jednostki, tak aby doprowadzić do stanu optymalnego,

- wynagrodzenie w pionie taryfikacji przyjęto na poziomie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w przeliczeniu na 1 etat w II półroczu 2013 r. w Centrali NFZ (wg Sprawozdania półrocznego o zatrudnieniu i wynagrodzeniach w NFZ na ostatni dzień II półroczu 2013 r., wzięto pod uwagę poziom wynagrodzenia w Centrali NFZ, gdyż obecnie zadania dotyczące taryfikacji są wykonywane przez Centralę NFZ),

- obowiązkowe składki pracodawcy na poziomie wskazanym w piśmie Ministra Finansów (18,69%),

- dodatkowe koszty związane z obsługą funkcjonowania przypadające na 1 etat na rok – na poziomie obecnych kosztów AOTM w tym zakresie (na podstawie planu finansowego AOTM na 2013 r., w tym osobno: materiały i energia, usługi obce, pozostałe koszty funkcjonowania),

- koszty pozyskania danych do taryfikacji na poziomie iloczynu wartości, wyliczonych w poprzednich krokach, podstawowych kosztów funkcjonowania AOTMiT w zakresie taryfikacji (czyli wynagrodzenia osobowe z obowiązkowymi składkami oraz dodatkowe koszty związane z obsługą Agencji) oraz wskaźnika 2,4 (wskaźnik 2,4 został wyliczony w podobny sposób dla kosztów funkcjonowania Instytutu ds. Systemu Rozliczeń Świadczeń Szpitalnych InEK w RFN).

3) Działania przygotowawcze do przekształcenia AOTM w AOTMiT – w ramach kosztów

działalności AOTM.

4) Odpis na taryfikację oraz przychody AOTMiT w powyższej tabeli zostały zaprezentowane w wartości maksymalnej wynikającej z przepisów ustawowych. Zaczynając od roku 2017, kwoty mogą być niższe, jeżeli koszty funkcjonowania AOTMiT w tym zakresie okażą się niższe niż planowano.

5) Dodatkowe kompetencje wojewodów będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów, a realizacja zadania polegającego na opracowywaniu map potrzeb zdrowotnych nie będzie stanowiła podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki na ten cel z budżetu państwa. Członkom Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych nie będzie przysługiwało dodatkowe wynagrodzenie z tytułu pracy w tych radach.

Obowiązek nałożony w projektowanym art. 95b do przekazywania bezpłatnie wojewodom informacji niezbędnych do opracowania map potrzeb zdrowotnych nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa, gdyż dane, które mogą być wykorzystywane przy opracowywaniu map, są już obecnie gromadzone przez te podmioty i mogą być wymieniane (przekazywane) w drodze elektronicznej. Dodatkowo należy podkreślić, że pierwszą wersję mapy zawsze będzie przygotowywał PZH. Mapa ta będzie obejmowała dane demograficzne oraz epidemiologiczne. Zatem zakłada się, że zakres informacji dodatkowych, o jakie będą występować wojewodowie w celu sporządzania map, będzie nieznaczący. Należy również mieć na względzie, że mapy będą sporządzane raz na pięć lat, co nie będzie stanowiło dużego obciążenia dla wymienionych w art. 95b podmiotów. Podobnie przewiduje się także, że obowiązki wojewodów w zakresie wydawania decyzji o celowości utworzenia nowych podmiotów, komórek lub jednostek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, oraz o celowości inwestycji będą realizowane w ramach obecnych zasobów finansowych wojewodów.

6) Dodatkowe kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia wymagają dodatkowo 7 etatów dedykowanych nadzorowi nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, co zostanie zapewnione w ramach obecnych zasobów urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

7) Mając na uwadze, iż zmiana w zakresie sposobu zawierania i rozliczania świadczeń wysokospecjalistycznych polega jedynie na przesunięciu wskazanych kompetencji z ministra właściwego do spraw zdrowia na NFZ, wraz z przekazaniem dotacji przez ministra właściwego do spraw zdrowia, nie spowodują zatem dodatkowych kosztów dla budżetu.

8) Dodatkowe kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia wymagają w pierwszym okresie wprowadzania regionalnych map zapotrzebowania zdrowotnego 5 etatów dedykowanych sporządzeniu pierwszych wersji map, co zostanie zapewnione w ramach obecnych zasobów urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. Po okresie przejściowym dodatkowe etaty związane z przygotowaniem map zapotrzebowania zdrowotnego będą niezbędne w PZH, co zostanie zapewnione przez ten urząd.

9) W systemie leczenia onkologicznego prognozowane jest na 2015 r. 160 tys. nowych pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Szacuje się, że wprowadzone rozwiązania spowodują 2,4 mln dodatkowych wizyt w POZ (1,7% wszystkich wizyt). Aby osiągnąć tę liczbę, wszystkie nowe przypadki nowotworów musiałyby zostać zdiagnozowane w wyniku ścieżki zapoczątkowanej u lekarza POZ, natomiast wszyscy lekarze POZ musieliby diagnozować z indywidualnym poziomem skuteczności na najniższym dopuszczalnym poziomie.

10) Dodatkowe środki dla POZ za wzmożony nadzór onkologiczny będą stanowić 25% różnicy pomiędzy środkami finansowymi, jakie musiałyby być przeznaczone na sfinansowanie diagnostyki podstawowej przy minimalnym wskaźniku skuteczności rozpoznawania nowotworów złośliwych, a rzeczywistym (raportowanym) wskaźnikiem skuteczności rozpoznawania nowotworów złośliwych. W projektowanym rozwiązaniu prognozuje się, że na diagnostykę onkologiczną oraz dodatkowe finansowanie POZ przeznaczone zostanie ok. 1,3 mld zł. Oznacza to, że niemożliwe jest określenie dokładnych przesunięć między wydatkami na AOS a POZ, ponieważ zależą one od uzyskanego przez lekarzy POZ średniego wskaźnika skuteczności.

11) Nielimitowana diagnostyka onkologiczna będzie finansowana ze zmniejszenia liczby wizyt oraz badań dla pacjentów onkologicznych w AOS (ukierunkowana ścieżka pacjenta nie tylko doprowadzi do przyspieszenia postawienia rozpoznania, lecz również do ograniczenia powtórnych badań oraz liczby wizyt), jak również z przesunięcia części środków z leczenia szpitalnego (oszczędności powstałe w wyniku zmian w zakresie hospitalizacji zostaną przesunięte na diagnostykę, która będzie mogła być wykonywana zarówno w szpitalach, jak i ambulatoriach), przede wszystkim środków przeznaczonych obecnie nie na leczenie (czyli nie na leki oraz procedurę naświetlania), lecz na hospitalizację do radioterapii i chemioterapii. Z 1,1 mld zł przeznaczonych na chemioterapię w 2012 r. (z pominięciem programów lekowych), na substancje do chemioterapii wydano 0,4 mld zł, zaś na hospitalizację chemioterapii wydano 0,7 mld zł. Z kolei, aby przeprowadzić radioterapię radykalną, przy średniej długości cyklu wynoszącym 30 dni, obecnie wydaje się na radioterapię ponad 12 tys. zł i drugie tyle na hospitalizację do radioterapii. Ponadto analizy pokazują, że te same procedury diagnostyczne wykonane w warunkach ambulatoryjnych lub leczeniu jednego dnia są tańsze o 25–30% od obecnych wycen dla leczenia szpitalnego. Jako przykład: szpitalna diagnoza raka płuc jest obecnie finansowana na poziomie prawie 4000 zł, podczas gdy dokładnie takie same procedury diagnostyczne w warunkach ambulatoryjnych kosztują mniej niż 1000 zł.

W szacunkach uwzględniono: dodatkowe porady związane z wprowadzeniem skierowań do dermatologa (2% wzrost, średnio 95 wizyt rocznie w przeliczeniu na jednego lekarza POZ) oraz okulisty (3% wzrost, 141 wizyt rocznie w przeliczeniu na jednego lekarza POZ). Taki wzrost miałby miejsce przy założeniu, że obecnie pacjenci nie odbywają wizyt u lekarza POZ w związku z dolegliwościami okulistycznymi lub dermatologicznymi, tylko udają się od razu do specjalisty.

Na obecnym etapie prac nie jest możliwe przybliżenie skali przesunięć środków pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne itd.), gdyż zmiany w wycenie poszczególnych świadczeń będą opracowywane przez NFZ (zmiany w odpowiednich zarządzeniach Prezesa NFZ) na podstawie ostatecznego kształtu zmian – czyli dopiero po uchwaleniu projektowanych przepisów rangi ustawowej oraz w oparciu o projektowane rozwiązania zawarte w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, w tym w szczególności tzw. rozporządzeń koszykowych.

Na obecnym etapie prac nie jest możliwe oszacowanie przychodów związanych z ponoszeniem opłat z tytułu złożenia wniosku o wydanie przez wojewodę decyzji o celowości utworzenia nowego podmiotu lub komórki lub jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego lub podejmowanej inwestycji.

12) Zwolnienie NFZ z obowiązku odprowadzania podatku dochodowego od osób prawnych nie spowoduje zmniejszenia wpływów do budżetu z tego źródła.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki*								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu	duże	-						

niepieniężnym	przedsiębiorstwa	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne dla wszystkich pacjentów oraz na zdiagnozowanie i rozpoczęcie leczenia onkologicznego dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	* Nie można wskazać jednoznacznie kosztów dla całej grupy, gdyż nie można przewidzieć liczby podmiotów rozpoczynających nowe inwestycje w tym zakresie. Korzyścią wynikającą z projektowanych rozwiązań będzie zapewnienie efektywnego funkcjonowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jak również stabilności systemu ubezpieczenia zdrowotnego oraz należytej ochrony interesu świadczeniobiorców, oraz zabezpieczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych (uwzględnienie zróżnicowania do poziomu powiatów). Korzyścią będzie poprawienie pozycji świadczeniodawców przez doprecyzowanie przepisów regulujących proces zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (jasność, transparentność zasad) i wprowadzenie zasad taryfikacji świadczeń oraz wykonywanie jej poza instytucją płatnika, co przełoży się na urealnienie ceny świadczeń. Wprowadzenie proponowanych rozwiązań (regionalnych map potrzeb zdrowotnych) umożliwi ubieganie się o wsparcie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020. Zmiana w zakresie pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent transferowanych do kraju z państw objętych systemem koordynacji pozostaje neutralna dla banków. Dodawane przepisy nie nakładają na banki w istocie rzeczy nowych zadań, gdyż już w obecnym stanie prawnym są one płatnikami składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent transferowanych z zagranicy. Przepisy te mają natomiast na celu umożliwienie bankom wykonywanie obowiązków płatników wobec osób pobierających takie świadczenia z innych państw członkowskich UE/EFTA. W tym celu niezbędne jest uzyskanie przez banki potwierdzenia od właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, czy dana osoba otrzymująca emeryturę bądź rentę z innego państwa członkowskiego podlega jednocześnie obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty, co jest niezbędną przesłanką uprawniającą NFZ do otrzymywania składek od transferowanych świadczeń, zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji. W zakresie świadczeń dla pacjentów onkologicznych regulacja będzie miała wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców. Zmiany w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wydłużenie okresu na jaki będą zawierane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, sprawią, że ubieganie się o zawarcie umowy z płatnikiem będzie dla nowych podmiotów bardziej złożone i może być utrudnione. Z kolei podmioty lecznicze świadczące usługi dla pacjentów onkologicznych będą musiały efektywniej alokować środki i wprowadzić większą transparentność działań. Ponadto projektowane zmiany powinny pozytywnie wpłynąć na zaistnienie konkurencyjności na rynku świadczeń leczniczych, ze względu na możliwość tworzenia sieci świadczeniodawców i udostępnienia im możliwości świadczenia wszystkich usług z zakresu onkologii. Wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego nie spowoduje wzrostu kosztów funkcjonowania świadczeniodawców, gdyż mają już oni stworzone i wyposażone stanowiska pracy w sprzęt umożliwiający wydawanie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (karty będą w formie papierowej). Zgodnie z danymi NFZ w Polsce jest około 30 300 lekarzy udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, którzy udzielili w 2013 r. łącznie 136 733 000 porad. Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów rocznie wykrywanych jest około 133 tysiące nowych przypadków nowotworu złośliwego (liczba ta nie	

obejmuje nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka). Aby uwzględnić zjawiska związane z poprawą wykrywalności, dla celów analitycznych przy tworzeniu rozwiązań zawartych w projekcie założono 160 tysięcy nowych przypadków rocznie. Zakładając, że wszyscy pacjenci skorzystają ze ścieżki zaczynającej się u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, oznacza to 2 400 000 wizyt związanych z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego rocznie. Przy założeniu, że obecnie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie udzielają porad związanych z diagnostyką onkologiczną, oznacza to średnio 79 dodatkowych porad rocznie na jednego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w stosunku do 4,5 tysiąca porad rocznie już udzielanych.

Proponowane zmiany będą oznaczać gwarancję kompleksowej opieki nad pacjentem w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia raka. Proponowane rozwiązania będą oddziaływać nie tylko bezpośrednio na pacjentów, ale także na ich rodzinę i opiekunów, przez zorganizowanie całego procesu diagnostyki i leczenia tak, aby pacjent i jego najbliżsi czuli, że znajdują się w centrum uwagi wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za proces leczenia.

Transport pacjentów onkologicznych dla udzielenia świadczeń będzie rozliczany w ramach nowych produktów w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów, które będą uwzględniały koszty noclegów i przejazdów.

Szkolenia lekarzy ze względu na niespełnienie wymaganego wskaźnika skuteczności w kierowaniu pacjentów na diagnostykę w AOS są trudne do estymacji, ze względu na założony wysoki próg błędu – w Wielkiej Brytanii wskaźnik skuteczności utrzymuje się na poziomie minimum 1/10 od rozpoczęcia reformy i wprowadzone zmiany nie wymagały dotychczas dodatkowych szkoleń.

Zmiany w organizacji kolejki nie spowodują dodatkowych kosztów budżetowych ze względu na redystrybucję możliwych wizyt wśród tej samej puli pacjentów. Wprowadzane rozwiązanie odnosi się jedynie do uniemożliwienia zapisywania się do wielu kolejek jednocześnie oraz priorytetyzacji pacjentów z podejrzeniem nowotworu. Obecnie pacjenci również mają obowiązek przedstawienia oryginału skierowania. Ten obowiązek został przesunięty z dnia wizyty na 14 dni od momentu zapisania się na wizytę w celu zapobieżenia blokowania miejsc na wizyty do lekarzy specjalistów przez pacjentów, którzy na podstawie tego samego skierowania zapisywali się na wizyty do różnych lekarzy u różnych świadczeniodawców.

Wprowadzenie możliwości skonstruowania przez NFZ produktów finansowych uwzględniających świadczenia towarzyszące spowoduje powiększenie oferty usług opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy będą mogli w ramach udzielanego świadczenia opieki zdrowotnej zarówno hospitalizować pacjenta, jak również zapewnić mu zakwaterowanie poza szpitalem, w sytuacji w której stan zdrowia pacjenta na to pozwoli, a także zapewnić transport z miejsca zakwaterowania do miejsca udzielania świadczenia. Pozwoli to także obniżyć koszty własne świadczeniodawców.

Zakres regulacji nie zmienia wymagań wobec świadczeniodawców w zakresie zarówno liczby, jak i kwalifikacji zatrudnianego personelu, jak również w zakresie wyposażenia w aparaturę diagnostyczną i sprzęt medyczny. Wejście w życie projektowanych regulacji nie będzie się wiązało z koniecznością zwiększania zasobów przez świadczeniodawców, którzy będą udzielali świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej, gdyż na dzień dzisiejszy nie wykorzystują oni w pełni obecnie posiadanych zasobów.

W zakresie zmian dotyczących prowadzenia sprawozdawczości odnoszącej się do prowadzenia list oczekujących należy zauważyć, iż przedmiotowe dane mogą być dostępne w systemach informatycznych obsługujących obecne listy oczekujących, dlatego obowiązki te realizowane będą w ramach obecnych środków i nie będą miały wpływu na świadczeniodawców. Świadczeniodawcy posiadają tzw. „umowy utrzymaniowe” dotyczące systemów informatycznych, na mocy których dostawcy oprogramowania zobowiązują się do jego aktualizacji zgodnie ze zmieniającym się zakresem przekazywanych do NFZ danych. Usługa ta jest wliczona w koszty oprogramowania, które już w chwili obecnej ponoszą świadczeniodawcy.

W zakresie zmian dotyczących wprowadzenia elektronicznego zapisywania się na listy oczekujących, należy wskazać, iż pozytywnie wpłynie to na proces zarządzania listami

	oczekujących.
--	---------------

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☒ zwiększenie liczby dokumentów ☒ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☒ nie, Obowiązek dostarczenia przez pacjentów skierowania w terminie 14 dni od jego wystawienia ☐ nie dotyczy

Komentarz:

W przypadku planowania potrzeb obciążenia regulacyjne odnoszą się do decyzji administracyjnej wojewody dotyczących celowości tworzenia na danym obszarze nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w rodzaju świadczenia szpitalne lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 3 mln zł oraz wartości przekraczającej 2 mln zł w przypadku inwestycji w zakresie ambulatoryjnej opieki.

Regulacja wprowadza również kartę leczenia onkologicznego, za której wypełnienie będzie odpowiedzialny w pierwszej kolejności lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, a dalej lekarze specjaliści z zakresu onkologii. Będzie się to wiązało z obowiązkiem poprawnego wypełniania tej karty oraz sprawozdawaniem do Narodowego Funduszu Zdrowia informacji w niej zawartych. Wprowadzenie karty leczenia onkologicznego spowoduje skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na zdiagnozowanie i rozpoczęcie leczenia onkologicznego.

9. Wpływ na rynek pracy

Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania mogą mieć wpływ na rynek pracy. Całkowity efekt netto jest trudny do estymacji, jednak będzie on tworzył nowe miejsca pracy związane z nielimitowaniem diagnostyki onkologicznej. Potencjalnie może stworzyć nowe możliwości rozwoju zawodowego dla pielęgniarek i innych zawodów medycznych.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Korzyścią wynikającą z projektowanych rozwiązań będzie zapewnienie efektywnego funkcjonowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jak również stabilności systemu ubezpieczenia zdrowotnego oraz należytej ochrony interesu świadczeniobiorców, jak również poprawa zabezpieczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych (uwzględnienie zróżnicowania do poziomu powiatów). Korzyścią będzie również poprawienie pozycji świadczeniodawców przez sprecyzowanie	

	przepisów regulujących proces zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (jasność, transparentność zasad) oraz wprowadzenie zasad taryfikacji świadczeń oraz wykonywanie jej poza instytucją płatnika, co przełoży się na urealnienie ceny świadczeń. Wprowadzenie proponowanych rozwiązań (regionalnych map oceny potrzeb zdrowotnych) umożliwi ubieganie się o wsparcie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020. Projektowane zmiany wprowadzają rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na zdrowie pacjentów, zapewniając poprawę dostępności do diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wprowadzenie karty leczenia onkologicznego zapewni szybsze zdiagnozowanie pacjenta tak, aby mógł on jak najszybciej podjąć leczenie. Ponadto projektowane rozwiązania mają na celu zapewnienie równego dostępu do świadczeń onkologicznych bez oczekiwania w długich kolejkach, a także udzielania tych świadczeń bez limitu. Wprowadzenie do dokumentacji medycznej karty leczenia onkologicznego oraz określenie zakresu danych w niej zawartych spowoduje, że informacje o dotychczasowym przebiegu leczenia onkologicznego danego pacjenta będą szybciej i łatwiej dostępne dla lekarzy prowadzących terapię, która odbywa się nierzadko w różnych ośrodkach, ale przede wszystkim będą dostępne w jednym miejscu – karcie leczenia onkologicznego. Wprowadzenie powyższej karty usprawni sprawozdawczość, a dokładność i jakość zbieranych danych będzie wyższa.
--	---

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przyjęcie projektu przez Radę Ministrów – drugi kwartał 2014 r.

Ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. za wyjątkiem regulacji dotyczących przekazywania dotacji do Narodowego Funduszu Zdrowia przez ministra właściwego do spraw zdrowia, przeprowadzenia procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych na 2015 r., sporządzenia planu finansowego Agencji, oraz przedłużenia okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wejdą w życie z dniem ogłoszenia. Z uwagi na to, że wyniki monitorowania map będą na koniec 2017 r. dodawany ust. 3 do art. 31a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2018 r. Natomiast wejście w życie art. 31lc ust. 6 ww. ustawy z dniem 1 stycznia 2020 r. ma na celu zapewnienie czasu na wypracowanie i wdrożenie docelowego modelu standardu rachunku kosztów. Dodawane do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisy art. 95d i art. 95e wejdą w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

Przepisy ustawy stosuje się do umów dotyczących świadczeń wysokospecjalistycznych zawieranych od dnia 1 stycznia 2015 r.

Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych i Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych na dwa pierwsze okresy, sporządza się w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Mapy te sporządza minister właściwy do spraw zdrowia.

Efekty wprowadzonych rozwiązań będzie można zaobserwować po upływie 1 roku od dnia wejścia w życie ustawy.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Rozpoczęcie ewaluacji zmian w systemie kolejkowym będzie możliwe po sześciu miesiącach od wprowadzenia zmian, ze względu na długotrwałość procesu wypisywania pacjentów stojących w kilku kolejkach, który powinien zakończyć się najpóźniej po trzech latach. Proponowane mierniki ewaluacji efektów projektu:

- 1) zmiana średniego czasu oczekiwania u danego świadczeniodawcy, w powiecie, w województwie i w kraju;

- 2) zmiana liczby osób w kolejce, tj. liczby osób oczekujących na realizację świadczenia, w rozbiciu na przypadki pilne i stabilne, u danego świadczeniodawcy, w powiecie, w województwie i w kraju;
- 3) zmiana czasu oczekiwania na realizację świadczenia dla osób czekających najdłużej u danego świadczeniodawcy; w powiecie, w województwie i w kraju – z uwagi na konieczność obciążenia wartości skrajnych analizie poddany zostanie maksymalny czas oczekiwania dla 90% pacjentów czekających najkrócej (dziewiąty decyl czasu oczekiwania);
- 4) zmiana liczby osób zapisanych do więcej niż jednej kolejki dla danej specjalizacji u danego świadczeniodawcy, w powiecie, w województwie i w kraju;
- 5) wskaźnikiem różnic w odległości czasowej do najwcześniejszej możliwej daty zapisu u danego świadczeniodawcy, w powiecie, w województwie i w kraju;
- 6) najwcześniejsza możliwa data zapisu dla danej specjalizacji u danego świadczeniodawcy, w powiecie, w województwie i w kraju.

Rozpoczęcie ewaluacji efektów projektu restrukturyzacji leczenia onkologicznego będzie możliwe po roku od momentu wejścia w życie ustawy. Pełna ewaluacja efektów projektu będzie możliwa po trzech latach od dnia wejścia w życie ustawy.

Proponowane mierniki ewaluacji efektów projektu:

- 1) udział pacjentów onkologicznych objętych konsylium lekarskim, możliwy do obliczenia po 1 roku od wejścia w życie regulacji, pozwoli zmierzyć udział pacjentów, których leczenie było planowane w sposób kompleksowy – pożądany docelowy wskaźnik to 95%;
- 2) udział pacjentów, u których zdiagnozowano złośliwy nowotwór przez diagnostykę zapoczątkowaną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, obliczany po upływie 1 roku od wejścia w życie regulacji, pozwoli zmierzyć wpływ wprowadzanych zmian na proces diagnostyki nowotworowej – pożądany docelowy wskaźnik to 50%;
- 3) średni czas oczekiwania na diagnostykę podstawową pacjenta z podejrzeniem nowotworu złośliwego oraz udział pacjentów diagnozowanych terminowo, pozwoli zmierzyć stopień realizacji standardów dotyczących terminów diagnostyki – wskaźniki te można liczyć po upływie 1 roku od wejścia w życie regulacji – pożądany docelowy wskaźnik to 4 tygodnie i 95%;
- 4) średni czas oczekiwania na diagnostykę pogłębioną pacjenta z podejrzeniem nowotworu złośliwego oraz udział pacjentów diagnozowanych terminowo pozwoli zmierzyć stopień realizacji standardów dotyczących terminów diagnostyki – wskaźniki te można liczyć po upływie 1 roku od wejścia w życie regulacji – pożądany docelowy wskaźnik to 3 tygodnie i 95%;
- 5) wskaźnik udziału pacjentów z nowotworem wykrytym w stadium 1 i 2 – pożądany docelowy wskaźnik to 60%;
- 6) udział chirurgii radykalnej w leczeniu nowotworów – pożądany docelowy wskaźnik to 57%;
- 7) udział chemioterapii radykalnej w leczeniu nowotworów – pożądany wskaźnik to 48%;
- 8) udział radioterapii radykalnej w leczeniu nowotworów – pożądany wskaźnik to 26%.

Ewaluacja projektu w zakresie regionalnych map potrzeb zdrowotnych i Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych będzie następowała w sposób ciągły w ramach procesu tworzenia oraz weryfikacji i aktualizacji map. Pierwsza ewaluacja zmian organizacyjnych nastąpi po roku, a w przypadku wskaźników epidemiologicznych w okresie pięciu lat od wprowadzenia zmian. Stopień realizacji projektu potwierdzi poziom zmniejszenia różnic w poszczególnych parametrach definiowanych w ramach map pomiędzy poszczególnymi regionami oraz wewnątrz regionów, a także liczba nieefektywnych jednostek poddanych reorganizacji i nowych inwestycji dokonanych w wyniku wskazań wynikających z regionalnych map zapotrzebowania zdrowotnego.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.



Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE 920.579.2014/21/msz/mz

dot.: RM-10-62-14 z 12.06.2014 r.

Warszawa, 13 czerwca 2014 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

Z up. Ministra Spraw Zagranicznych
SEKRETARIATU

Piotr Serafin

Do wiadomości:

Pan Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów

Na podstawie art. 32a ust. 18 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów;
- 2) minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.

§ 2. Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów jest ustalany raz w miesiącu jako iloraz:

- 1) liczby świadczeniobiorców, którym dany lekarz, o którym mowa w art. 55a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, którym w okresie 12. miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, w wyniku diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, z wyjątkiem nowotworów skóry z wyłączeniem czerniaka skóry;
- 2) liczby świadczeniobiorców, którym dany lekarz, o którym mowa w art. 55a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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 i

środków publicznych, wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, którym w okresie 12. miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie.

§ 3. Minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów wynosi 1/15.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32a ust. 18 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.).

Zgodnie z tezą zawartą w raporcie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) pod nazwą „Cancer Care: Assuring quality to improve survival”, samo monitorowanie wskaźników w diagnostyce onkologicznej, np. skuteczności czy terminowości, pozytywnie wpływa na jej jakość.

Określenie sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ma umożliwić monitorowanie skuteczności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w określaniu zagrożenia nowotworowego u pacjentów.

Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów zapewni również informację zwrotną lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej na temat jego skuteczności – pozwoli mu to na ciągle rozwijanie swoich umiejętności w dziedzinie podstawowej diagnostyki onkologicznej.

Długi okres (12 miesięcy), z którego zliczane są dane, wynika z potrzeby zgromadzenia odpowiedniej liczby informacji do wyciągania wniosków. Liczbę nowych przypadków nowotworów złośliwych szacuje się na 4,4 przypadku na 1 000 osób na rok. Statystycznie u ośmiu pacjentów spośród tych, którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wydał w okresie 12 miesięcy kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego i którym wykonana została diagnostyka onkologiczna, zostanie potwierdzona choroba nowotworowa.

Z uwagi na powyższe pierwsze projektuje się, że ustalenie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów dla danego lekarza nastąpi po postawieniu rozpoznania 30. pacjentom, którym ten lekarz wydał karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Ustalanie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów na podstawie odpowiednio dużej grupy przypadków pozwala stwierdzić, że indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów będzie obiektywny i miarodajny. W Wielkiej Brytanii funkcjonuje podobny wskaźnik, służący ustaleniu skuteczności rozpoznawania nowotworów przez lekarzy, a jego średnia wartość oscyluje w okolicy 1/8.

Określenie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów na poziomie 1/15 ograniczy możliwość wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentom nie cierpiącym na schorzenia onkologiczne, jednocześnie nie blokując drastycznie możliwości wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze 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).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Dawid Stachurski – Departament Analiz i Strategii tel. (22) 63 49 290, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl	Data sporządzenia 22 maja 2014 r. Źródło: Art. 32a ust. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr w wykazie prac brak
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32a ust. 12 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.) i służy określeniu sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz wysokości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Ustalanie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów na podstawie odpowiednio dużej grupy przypadków pozwala stwierdzić, że indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów będzie obiektywny i miarodajny. Określenie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ograniczy możliwość wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentom nie cierpiącym na schorzenia onkologiczne, jednocześnie nie blokując drastycznie możliwości wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W Wielkiej Brytanii przy wprowadzaniu podobnych zmian w zakresie onkologii średnia wartość wskaźnika rozpoznawania nowotworów wynosiła około 1/8. Biorąc pod uwagę powyższe doświadczenia ustalono wartość minimalnego na poziomie niemal dwukrotnie niższym tj. 1/15. Sposób obliczania wskaźnika rozpoznawania nowotworów w Wielkiej Brytanii jest analogiczny do określonego w niniejszym projekcie.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Możliwość lub jej brak wydawania kart leczenia onkologicznego.
Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 oddziałów wojewódzkich NFZ		Ustalanie indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.
Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.
W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- samorządów zawodów medycznych,
- stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców

Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego,
c) organizacji pacjenckich.
Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt nie ma wpływu na sektor finansów publicznych – dotyczy sposobu obliczania wskaźnika. Wszystkie niezbędne do tego informacje będą pobrane z raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców do NFZ. Dodatkowe obowiązki oddziałów wojewódzkich NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.											

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt nie ma wpływu na sektor finansów publicznych – dotyczy sposobu obliczania wskaźnika. Wszystkie niezbędne do tego informacje będą pobrane z raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców do NFZ.
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu	
☐ nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☒ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
Komentarz: Dodatkowe obowiązki oddziałów wojewódzkich NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.	
9. Wpływ na rynek pracy	
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.	
10. Wpływ na pozostałe obszary	
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt określa sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Po wejściu przepisów w życie.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Nie dotyczy.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Brak	

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

Na podstawie art. 32b ust. 5 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego stanowiący załącznik do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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 i

WZÓR

KARTA DIAGNOSTKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO¹⁾				
NAZWISKO:		IMIĘ/IMIONA:		
PESEL:		DATA URODZENIA:		
PŁEĆ:	☐ MĘŻCZYZNA	☐ KOBIETA	NUMER KARTY: (unikalny numer identyfikacyjny)	
PESEL JEDNEGO Z RODZICÓW LUB OPIEKUNA PRAWNEGO ²⁾ :				
RODZAJ I NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ ³⁾ :				
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO ⁴⁾ (w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta):				
NAZWISKO:		IMIĘ/IMIONA:		
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA:				
Numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego:				
DATA SPORZĄDZENIA:		DATA WYDANIA:		
IMIĘ I NAZWISKO ALBO NAZWA (FIRMA) ŚWIADCZENIODAWCY ⁵⁾ :				
NAZWISKO, IMIĘ, NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ORAZ PODPIS LEKARZA WYDAJĄCEGO KARTĘ:				
PODEJRZENIE:				

¹⁾ Karta wykonana jest z papieru w kolorze zielonym.

²⁾ W przypadku noworodka, który nie ma nadanego numeru PESEL.

³⁾ W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL.

⁴⁾ W przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.

⁵⁾ W rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

OBJAWY:		WYKONANE BADANIA:	
☐ ból ☐ krwawienie ☐ obrzęk ☐ guz ☐ inne:		☐ badania krwi ☐ badania moczu ☐ USG ☐ RTG ☐ inne:	
SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ SPECJALISTYCZNĄ:		☐ onkolog	☐ chirurg
☐ chirurg onkolog	☐ pulmonolog	☐ onkolog dziecięcy	☐ neurochirurg
☐ ginekolog onkolog	☐ urolog	☐ chirurg szczękowo-twarzowy	☐ hematolog
☐ inny, podać jaki:			
DIAGNOSTYKA WSTĘPNA			
Data wizyty początkowej:		Data wizyty końcowej:	
WYKONANE BADANIA			
☐ tomografia komputerowa ☐ endoscopia ☐ cytologia ☐ biopsja		☐ RTG ☐ USG ☐ markery ☐ inne:	
ROZPOZNANIE:		KOD ICD-10:	
SKIEROWANIE DO:			
☐ diagnostyki pogłębionej	☐ szpitala	☐ inne, podać, jakie:	
NAZWISKO, IMIĘ, NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ORAZ PODPIS LEKARZA, KTÓRY ZLECIŁ DIAGNOSTYKĘ WSTĘPNĄ:			
DIAGNOSTYKA POGLĘBIONA			
Data wizyty początkowej:		Data wizyty końcowej:	
WYKONANE BADANIA			
☐ tomografia komputerowa ☐ rezonans magnetyczny ☐ endoscopia ☐ PET ☐ biopsja		☐ RTG ☐ USG ☐ markery ☐ inne:	
ROZPOZNANIE: (według Tumor Nodus Metastases ⁶⁾ lub innej klasyfikacji służącej do określania stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu)			

⁶⁾ Klasyfikacja została ogłoszona w International Union Against Cancer (UICC), American Joint Committee on Cancer (AJCC), World Health Organization (WHO), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) oraz La Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique (SIOP).

NAZWISKO, IMIĘ, NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ORAZ PODPIS LEKARZA, KTÓRY ZLECIŁ DIAGNOSTYKĘ POGŁĘBIONĄ:						
OCENA KOMPLETNOŚCI DIAGNOSTYKI:				OCENA JAKOŚCI DIAGNOSTYKI		
	PEŁNA	CZĘŚCIOWA	NIEKOMPLETNA	DOBRA	DOSTATECZNA	ZŁA
WSTĘPNA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
POGŁĘBIONA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
UZUPEŁNIENIE DIAGNOSTYKI				☐ TAK		☐ NIE
PLAN LECZENIA						
			KOLEJNOŚĆ			
☐ CHIRURGIA	☐ TAK	☐ NIE		☐ JEDNOETAPOWO	☐ SEKWENCYJNIE	
☐ CHEMIOTERAPIA	☐ TAK	☐ NIE		☐ JEDNOETAPOWO	☐ SEKWENCYJNIE	
☐ RADIOTERAPIA	☐ TAK	☐ NIE		☐ JEDNOETAPOWO	☐ SEKWENCYJNIE	
DATA ZAKOŃCZENIA LECZENIA ONKOLOGICZNEGO:						

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32b ust. 5 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.).

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego w części tzw. informacyjnej zawiera dane identyfikacyjne pacjenta oraz świadczeniodawcy i lekarza, który kartę wystawił. Dane o pacjencie służą do jego identyfikacji w trakcie procesu diagnostyki i leczenia. Składają się na nie m.in.: imię i nazwisko, płeć, data urodzenia, numer PESEL pacjenta bądź numer PESEL matki, jeśli karta została wydana noworodkowi, który nie uzyskał jeszcze numeru PESEL, lub też informacja o rodzaju i numerze dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nie posiadających przypisanego numeru PESEL.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera oznaczenie lekarza wydającego kartę (imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu) oraz świadczeniodawcy, w obrębie którego karta została wydana. Informacje te są niezbędne w celu umożliwienia prawidłowego rozliczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwią Narodowemu Funduszowi Zdrowia obliczanie indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów.

Istotną informacją jest data sporządzenia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Pozwoli to na monitorowanie przebiegu diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera numer karty (unikalny numer identyfikacyjny). Numer ten, wraz z numerem PESEL pacjenta oraz oznaczeniem lekarza i świadczeniodawcy, ma służyć powiązaniu świadczeń z pacjentem, którym ich udzielono, umożliwiając tym samym monitorowanie jego procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz ułatwi prawidłowe rozliczanie przez świadczeniodawców udzielanych świadczeń. Ponadto powiązanie numeru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego z danym pacjentem ma na celu uniemożliwienie pobierania przez niego kilku kart na to samo schorzenie.

W karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego znajdują się informacje o objawach, z jakimi pacjent zgłosił się do lekarza, wykonanych badaniach diagnostycznych, na jakie został skierowany pacjent w celu zweryfikowania podejrzenia nowotworu, oraz informacje

o zaobserwowanych w ich wynikach nieprawidłowościach mogące stanowić istotne wskazówki na dalszym etapie postępowania diagnostycznego.

Karta zawiera również informacje o dalszym postępowaniu, tj. skierowaniu pacjenta:

- a) na dalszą diagnostykę,
- b) do szpitala na zabieg w przypadku podejrzenia nowotworu, który może zostać potwierdzony jedynie śródoperacyjną oceną histopatologiczną,
- c) do szpitala na zabieg planowy w przypadku rozpoznania schorzenia wymagającego interwencji chirurgicznej,
- d) do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wykluczenia nowotworu i niestwierdzenia poważnych schorzeń wymagających dalszej opieki specjalistycznej.

Zawarta w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego data wizyty końcowej stanowi będzie podstawę do oceny terminowości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę.

Część właściwa dla specjalisty udzielającego pacjentowi świadczeń z zakresu diagnostyki pogłębionej zawiera informacje analogiczne do części opisującej diagnostykę wstępną. Ponadto lekarz specjalista jest zobowiązany wpisać w tej części karty rozpoznanie wg klasyfikacji TNM lub innej służącej do określania stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu. Informacje te mają stanowić podstawę dla zespołu terapeutycznego, na której w dużej mierze będzie się opierać jego postępowanie. Umieszczona w tej części karty data wizyty końcowej pozwoli na monitorowanie przebiegu diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie.

Ostatnia część karty, właściwa dla etapu leczenia, zawiera dwa typy informacji – ocenę dotychczas wykonanej diagnostyki, a także plan leczenia pacjenta.

W części podsumowującej konsylium dokonuje trzystopniowej oceny kompletności diagnostyki (pełna, częściowa, niekompletna) procesu diagnostycznego na obu etapach (wstępnym i pogłębionym). Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera także miejsce na informację o konieczności ewentualnego uzupełnienia diagnostyki. Ma to na celu weryfikację jakości świadczeń z zakresu badań diagnostycznych.

Część zawierająca plan leczenia zawiera informacje o wybranych metodach leczenia (zabieg chirurgiczny, chemioterapia, radioterapia), w tym również o kolejności ich zastosowania. Karta leczenia onkologicznego zawiera również pola na określenie zalecanej dawki i rodzaju

substancji w przypadku chemioterapii, a w przypadku radioterapii – zalecanej dawki promieniowania. W przypadku chemioterapii i radioterapii powinien być też określony tryb udzielania świadczeń.

Informacja o dacie zakończenia leczenia onkologicznego pozwoli na monitorowanie przebiegu diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze 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).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Dawid Stachurski – Departament Analiz i Strategii tel. (22) 63 49 290, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl	Data sporządzenia 22 maja 2014 r. Źródło: Art. 32b ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia brak
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32b ust. 5 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.) i służy określeniu wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, stanowi załącznik do rozporządzenia.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Wydawanie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnych z określonym wzorem.
Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 oddziałów wojewódzkich NFZ		Nadawania unikalnych numerów kartom diagnostyki i leczenia onkologicznego.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.

Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- samorządów zawodów medycznych,
- stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego,
- organizacji pacjenckich.

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-					
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-					
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-					
	(dodaj/usuń)											
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa											
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw											
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe											
	(dodaj/usuń)											
Niemierzalne	(dodaj/usuń)											
	(dodaj/usuń)											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
☐ nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).					X tak ☐ nie ☐ nie dotyczy							
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:					X zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:							

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
Komentarz: Dodatkowe obowiązki oddziałów wojewódzkich NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.			
9. Wpływ na rynek pracy			
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.			
10. Wpływ na pozostałe obszary			
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja ☒ zdrowie	
Omówienie wpływu	Wprowadzenie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zapewni wydawanie przez lekarzy w całym kraju kart zgodnych z określonym wzorem.		
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
Po wejściu przepisów w życie.			
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
Nie dotyczy.			
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)			
Brak			

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych

Na podstawie art. 95a ust. 11 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Mapa potrzeb zdrowotnych składa się z części:

- 1) analizy demograficznej;
- 2) analizy alokacji i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;
- 3) prognoz potrzeb zdrowotnych.

§ 2. 1. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- 4) gęstość zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach;
- 5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach, w oparciu o liczbę zgonów w ujęciu

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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 i

bezwzględny oraz na 100 tys. mieszkańców;

- 6) standaryzowany współczynnik umieralności (SMR) – rozumiany jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji, z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla województwa i poszczególnych powiatów.

2. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy alokacji i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:
 - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 2) liczbę łóżek szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 3) liczbę łóżek szpitalnych w przeliczeniu 100 tys. ludności, jeżeli dotyczy;
- 4) wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, jeżeli dotyczy;
- 5) ocena efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;
- 6) analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10;
- 7) analizę średniego czasu pobytu u świadczeniodawcy i czasu oczekiwania na świadczenie, jeżeli dotyczy;
- 8) analizę przewidywanego średniego czasu oczekiwania przez pacjenta na udzielenie świadczenia przez świadczeniodawców;
- 9) analizę migracji pacjentów pomiędzy powiatami w ramach województwa.

3. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- 4) prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców;

- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- 8) prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocenę prognozowanego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1–6 oraz 8, są sporządzane na okres, na który jest sporządzana mapa oraz na 10 i 15 lat.

§ 3. 1. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) strukturę ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) gęstość zaludnienia w kraju i poszczególnych województwach;
- 5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w Polsce i poszczególnych województwach, w oparciu o liczbę zgonów w ujęciu bezwzględnym oraz na 100 tys. mieszkańców;
- 6) standaryzowany współczynnik umieralności (SMR) – rozumiany jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji, z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla kraju i poszczególnych województw.

2. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy alokacji i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i zawiera:

- 1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:
 - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) ilość i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 2) liczbę łóżek szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 3) wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, jeżeli dotyczy;
- 4) ocena efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;

- 5) analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10;
- 6) analiza średniego czasu pobytu u świadczeniodawcy i czasu oczekiwania na świadczenie, jeżeli dotyczy;
- 7) analiza migracji pacjentów pomiędzy województwami.

3. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) prognozowaną liczbę zgonów w kraju i poszczególnych województwach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców;
- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- 8) ocenę prognozowanego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1–6 oraz 8, są sporządzane na okres, na który jest sporządzana mapa oraz na 10 i 15 lat.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95a ust. 12 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.).

W Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się istotne, wynikające ze zróżnicowanego stanu zdrowia obywateli, różnice w potrzebach zdrowotnych występujące w poszczególnych regionach, identyfikowane w szczególności na poziomie województw i powiatów. Mając powyższe na względzie, istnieje konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w zdrowiu, m.in.: poprzez wypracowanie narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań, wzmocnienie udziału województw w organizacji i zarządzaniu systemem ochrony zdrowia oraz opiniowanie celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną. Zapewnienie zgodnego z potrzebami wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych wsparcia sektora zdrowia oraz koordynacji tego wsparcia na poziomie centralnym i regionalnym obejmują również oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej, m.in. w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków ex-ante w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020.

Wymienione aspekty określają potrzebę tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych i Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Wypracowanie identycznego zakresu map potrzeb zdrowotnych pozwoli na zachowanie ich jednolitej struktury. Zapewni spójność i porównywalność map, zarówno pomiędzy województwami jak i różnymi okresami, w których będą tworzone.

Regionalna mapa potrzeb zdrowotnych składa się z części opisujących sytuację demograficzną, stan infrastruktury medycznej oraz jej wykorzystanie, jak również prognozę potrzeb zdrowotnych. Za jej opracowanie odpowiedzialni będą wojewodowie, a jej treść będzie obejmowała analizę dla poszczególnych powiatów oraz porównywania między nimi na tle całego województwa. Wnioski z map regionalnych uzupełnione o analizę świadczeń udzielanych w poszczególnych województwach oraz porównania pomiędzy nimi w odniesieniu do wskaźnika ogólnopolskiego będą składały się na Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych.

Część demograficzna map będzie zawierać analizę takich aspektów jak liczba ludności, struktura ludności ze względu na płeć i wiek, liczba urodzeń, współczynniki płodności oraz zagęszczenie ludności. Analiza wskaźników dotyczących wymienionych kwestii pozwoli na dokonanie dokładnego opisu populacji wystawionej na ryzyko, której potrzeby zdrowotne będą analizowane poprzez określenie jej wielkości, struktury, rozmieszczenia oraz zdefiniowanie pozostałych charakterystycznych cech. Opis ten będzie również stanowić źródło informacji o dominujących grupach potencjalnych pacjentów na analizowanym obszarze. Zasadność dokładnego opisu analizowanej populacji potwierdzają publikacje międzynarodowych instytucji (Cavanagh S., Chadwick K. (2005), *Health needs assessment: A practical guide*, National Institute for Clinical Excellence (NICE)). Ponadto, wyniki tej części opracowania będą stanowić podstawę do dokonywanych prognoz.

Istotnym elementem jest analiza porównawcza i przestrzenna zgonów ze względu na określone przyczyny. Celem tego typu analiz „jest lepsze poznanie ich rozpowszechnienia na różnych terenach”(…) a same analizy „stanowią punkt wyjścia do wyjaśnienia przyczyn tych zjawisk, a następnie podjęcia działań, aby je zminimalizować poprzez poprawienie sytuacji na tych obszarach, gdzie jest ona najbardziej niekorzystna” (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), *Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny). Analizie poddane będą zarówno wartości bezwzględne jak i wskaźniki w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Wartości bezwzględne pozwolą na wskazanie najbardziej problematycznych obszarów, natomiast przeliczenie ich wartości na 100 tys. mieszkańców umożliwi porównywalność pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Dzięki temu możliwe będzie wskazanie obszarów różniących się istotnie od przeciętnych wartości.

Analizie przestrzennej poddane zostaną również wartości standaryzowanego współczynnika umieralności (SMR) ze względu na przyczyn zgonów istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Konstrukcja tego współczynnika zapewnia relatywizację struktury populacji, usuwając wpływ zróżnicowanej struktury wieku i płci, a co za tym idzie prowadzi do zapewnienia porównywalności. Wyniki tej części analizy dostarczą informacji o obszarach newralgicznych, wyróżniających się ze względu na strukturę zgonów. „Mapy obrazujące zróżnicowanie poziomu umieralności ludności Rzeczypospolitej Polski w zależności od powiatu zamieszkania stanowią szybkie, przejrzyste i syntetyczne podsumowanie złożonej informacji przestrzennej, więc są pomocne w określeniu subtelnych prawidłowości, które byłyby niemożliwe do uchwycenia w przypadku prezentacji

tabelarycznej. Mogą one być wykorzystane do monitorowania i opisu sytuacji w zakresie jednego z najważniejszych parametrów zdrowia populacji i identyfikowania obszarów o szczególnie wysokim zagrożeniu życia mieszkańców” (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), Atlas umieralności ludności Polski 2008–2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny).

Część dotycząca infrastruktury medycznej będzie zawierać informacje o liczbie świadczeniodawców z podziałem na zakres udzielanych przez nich świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mapy będą zawierać informacje o strukturze jednostki, częstości korzystania z poradni specjalistycznych z uwzględnieniem rozpoznań oraz czasu oczekiwania na wizytę. Ich analiza pozwoli na statyczny opis potencjału infrastruktury medycznej w jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz potrzeb zdrowotnych, które mogą być w nich zrealizowane. W przypadkach podmiotów, w których są realizowane hospitalizacje zostanie poddana analizie liczba i rodzaje oddziałów szpitalnych (OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing) oraz liczba znajdujących się na nich łóżek w ujęciu bezwzględny oraz w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Dwa ostatnie wskaźniki są miarą dostępnej infrastruktury medycznej służącej realizowaniu świadczeń względem pacjentów szpitalnych. Przedstawienie ich wartości w odniesieniu do 100 tys. mieszkańców umożliwi porównywalność poszczególnych jednostek terytorialnych i odniesienie ich wartości do poziomu wojewódzkiego/krajowego. Wymienione aspekty stanowią podstawę statystycznego opisu, którego celem jest dostarczenie informacji o alokacji przestrzennej świadczeniodawców i zakresie zaspakajanych w nich potrzeb zdrowotnych analizowanej populacji. Jest też źródłem informacji o przestrzennym zróżnicowaniu infrastruktury medycznej oraz o wynikających z tego zróżnicowania potencjalnych problemach w dostępie do usług medycznych.

Opis dostępnych zasobów nie będzie jedyną formą prezentacji dostępnych zasobów medycznych w ramach danego świadczeniodawcy. Konieczna jest również analiza ich wykorzystania, która pozwoli na wskazanie poziomu ich eksploatacji i ocenę jej efektywności. Będzie ona dokonana poprzez ocenę wskaźnika rocznego obłożenia (tj. ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale w roku i średniej liczba dostępnych łóżek w roku na danym oddziale) w odniesieniu do dostępnej liczby łóżek szpitalnych (Pożądany poziom obłożenia dla danej liczby łóżek jest definiowany między innymi na podstawie: Jones R (2011), *Hospital bed occupancy demystified*, British Journal of Healthcare

Management 17(6): 242–248. Dodatkowo przeprowadzona będzie analiza obłożeń dziennych (ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale danego dnia i średniej liczby dostępnych łóżek w dniu na danym oddziale), która umożliwi wskazanie trendów i sezonowości na przestrzeni analizowanego okresu. Celem oceny efektywności posiadanych zasobów jest wskazanie jednostek, które efektywnie wykorzystują posiadane zasoby i są w stanie w pełni zaspokoić potrzeby zgłaszane przez świadczeniobiorców zachowując odpowiednie bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń. Ich analiza pozwoli na optymalizację alokacji zasobów, a przez to podniesienie jakości świadczonych usług medycznych. Jest to istotne z punktu widzenia pacjenta, ponieważ przekłada się na możliwość zaspokojenia zgłaszanych przez niego potrzeb zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie przy jednoczesnym zagwarantowaniu dostępności do danego świadczenia.

Kolejną częścią mapy będzie analiza udzielonych świadczeń wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Pozwoli ona na określenie przeciętnego profilu analizowanej jednostki i identyfikację podmiotów o strukturze odbiegającej od przeciętnego poziomu w województwie/kraju. Umożliwi to wskazanie świadczeniodawców zaspokajających dany typ potrzeb zdrowotnych uwzględniając realne potrzeby populacji. Część ta stanowić będzie niezbędne uzupełnienie analizy dotyczącej analizy struktury infrastrukturalnej świadczeniodawców.

Dodatkowo w przypadku podmiotów realizujących hospitalizacje mapa będzie zawierać analizę przeciętnego czasu pobytu w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy. Przeciętny czas pobytu w szpitalu jest często wykorzystywany jako miernik efektywności. Zakładając wszystkie inne czynniki na ustalonym poziomie, niższy czas zmniejsza koszty udzielanych świadczeń. Należy pamiętać, że krótszy czas pobytu niesie za sobą większe nasilenie udzielanych świadczeń na jednostkę czasu, a co za tym idzie większa wskaźnik kosztowności w przeliczeniu na jeden dzień hospitalizacji. Natomiast zbyt krótki czas pobytu może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie pacjentów, zmniejszyć komfort i efektywność leczenia. Jeżeli doprowadzi to do zwiększonej liczby powtórnych przyjęć, realne koszty leczenia mogą zmniejszyć się nieznacznie, a nawet wzrosnąć (OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing). Analiza średniego czasu hospitalizacji w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy będzie stanowić jedną ze składowych prognoz potrzebnych zasobów i analizy wrażliwości przyjętych założeń w zależności od realizacji poszczególnych scenariuszy, która pozwoli na dynamiczną analizę czasu hospitalizacji przy zmianie jednego z określających dany scenariusz parametrów.

Analiza wrażliwości polega m.in. na weryfikacji, w jaki sposób zmiana poszczególnych założeń wpływa na prognozę. Np.: dziś rodzi się X% (np. 20%) noworodków wymagających wzmożonej opieki, w związku z czym na podstawie modelu prognozuje się, że czas hospitalizacji wyniesie Y dni, przy założeniu, że parametr X nie ulegnie zmianie. Analiza wrażliwości polega na zmianie wartości parametru X, i sprawdzeniu jak to wpłynie na prognozę – wszystkie inne składowe modelu pozostają bez zmian. Zatem sprawdzeniu podlega wpływ zmiany udziału noworodków wymagających wzmożonej opieki na wartości prognozy, w zależności od potencjalnych zmian wartości parametru X.

Innym elementem map jest analiza migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Pozwala ona na zdefiniowanie potrzeb, za którymi migrują pacjenci, określenie w jakich regionach są zaspakajane poszczególne potrzeby oraz jakie ośrodki specjalizują się w realizacji danych świadczeń.

Kolejnym elementem map są prognozy, które obejmują prognozy dotyczące epidemiologii oraz wynikającego z płynących potrzeb zapotrzebowania na infrastrukturę medyczną. Dokonywane prognozy będą dotyczyć wskaźników i współczynników opisanych w części demograficznej map. Wyniki tych prognoz wraz dostępnymi prognozami demograficznymi zostaną wykorzystane do określania spodziewanej wielkości populacji narażonej na ryzyko choroby. W efekcie omówiona część mapy będzie zawierać prognozy dotyczące między innymi liczby osobodni hospitalizacji, liczby osób hospitalizowanych oraz prognozowanej liczby potrzebnych łóżek. Dokonane prognozy zostaną poddane analizie wrażliwości, biorącej pod uwagę zmianę wartości kluczowych warunków brzegów. Efekty prognoz dostarczą informacji pozwalających na odpowiednie zdefiniowanie przyszłego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poprzez poznanie przyszłych tendencji i wskazanie elementów, które mogą w przyszłości stać się szczególnie problematyczne i wymagać wzmożonej uwagi.

Należy podkreślić, że tego typu prognozy dostarczą podstaw do oceny racjonalności realizowanych przedsięwzięć, wskazania problematycznych obszarów i dziedzin wymagających priorytetowej interwencji ze strony władz państwowych i samorządowych. Będą stanowiły też podstawę do formułowania celów zdrowotnych wynikających z oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze 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).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Dawid Stachurski – Departament Analiz i Strategii tel. (22) 63 49 290, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl	Data sporządzenia 14 maja 2014 r. Źródło: Art. 95a ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr w wykazie prac brak
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W związku z wprowadzeniem nowego instrumentu kreowania regionalnej polityki zdrowotnej – regionalnych map potrzeb zdrowotnych, nie istnieją jeszcze wytyczne dotyczące treści oraz sposobu ich opracowywania. Taki stan rzeczy niesie za sobą niebezpieczeństwo, że opracowane przez poszczególne województwa dokumenty nie będą porównywalne między sobą. Opisany scenariusz może uniemożliwić stworzenie Mapy Ogólnopolskiej oraz oceny skutków wprowadzonych rozwiązań.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Opracowanie jednolitych wytycznych określających zawartość map oraz sposobu ich opracowywania, które pozwolą na ujednolicenie efektów pracy i zapewnienie porównywalności pomiędzy mapami poszczególnych województw.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Odpowiednikiem wprowadzanej w Polsce Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych w Austrii jest Austriacki Strukturalny Plan Zdrowia (Österreichischer Strukturplan Gesundheit). Tworzony jest on w oparciu o Regionalne Strukturalne Plany Zdrowia. W rozdziale pierwszym dokumentu na rok 2012, w którym zostały opisane główne założenia Planu, wskazuje się na konieczność ujednolicania dokumentów sporządzanych przez poszczególne kraje związkowe.

Z kolei tworzone we Francji Regionalne Plany Zdrowia Publicznego różnią się znacznie od siebie, co utrudnia porównywalność (np. LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ dla regionów Île-de-France, Alzacji, Martyniki itd.). W związku z powyższym, czerpiąc z doświadczeń tych krajów proponowane jest stworzenie wytycznych mających na celu ujednolicenie polskich Map Potrzeb Zdrowotnych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Wojewodowie	16 województw		Ułatwienie opracowania regionalnych map potrzeb zdrowotnych dzięki określeniu zakresu tworzonych map.
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	1 instytut		Ułatwienie opracowania Mapy Ogólnopolskiej, dzięki zapewnieniu jednolitej struktury jej części składowych (map regionalnych tworzonej przez wojewodów).

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.

Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH,
- b) stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego,
- c) konsultantów w ochronie zdrowia,
- d) samorządów zawodów medycznych,
- e) organizacji pacjenckich.

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania	Nie dotyczy: projekt rozporządzenia dotyczy jedynie zakresu Map Potrzeb Zdrowotnych oraz wytycznych do ich opracowania.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy: projekt rozporządzenia dotyczy jedynie zakresu Map Potrzeb Zdrowotnych oraz wytycznych do ich opracowania.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł,	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-

ceny stałe z ... r.)	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy: projekt rozporządzenia dotyczy jedynie zakresu Map Potrzeb Zdrowotnych oraz wytycznych do ich opracowania.							
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☒ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy				
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy				
9. Wpływ na rynek pracy								
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☒ inne:			☐ demografia ☐ mienie państwowe			☐ informatyzacja ☐ zdrowie		
Omówienie wpływu		Wprowadzenie proponowanych rozwiązań umożliwi koordynację prac wojewodów w zakresie tworzenia Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych.						
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego								
Po wejściu przepisów w życie.								
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?								
Efekty wprowadzonych rozwiązań będzie można zaobserwować po upływie 6 lat. Pierwsze edycje Map Potrzeb Zdrowotnych są opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia, co daje gwarancję jednorodności tworzonych dokumentów.								

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)
Brak

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia

Na podstawie art. 96 ust. 8 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Narodowemu Funduszowi Zdrowia nadaje się statut, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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 i

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161).

STATUT NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Narodowy Fundusz Zdrowia działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, oraz niniejszego statutu.

§ 2. Zakres działania organów Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, określają przepisy ustawy oraz niniejszego statutu.

§ 3. 1. Prezes Funduszu kieruje Funduszem przy pomocy trzech zastępców, w tym zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych.

2. Prezes Funduszu może podejmować, w imieniu Funduszu, rozstrzygnięcia w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji do wysokości 8 000 000 zł.

§ 4. 1. Do zakresu obowiązków zastępców Prezesa należy zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań określonych dla podległych im komórek organizacyjnych, w szczególności:

- 1) proponowanie wewnętrznej struktury organizacyjnej nadzorowanych komórek organizacyjnych centrali;
- 2) planowanie i organizowanie realizacji zadań podległych komórek organizacyjnych;
- 3) koordynacja działalności podległych komórek organizacyjnych;
- 4) rozstrzyganie o sposobie załatwiania spraw przez podległe komórki organizacyjne;
- 5) reprezentowanie na zewnątrz Funduszu:
 - a) w sprawach należących do zakresu działania podległych komórek organizacyjnych,
 - b) w zakresie zastrzeżonym dla Prezesa Funduszu, za zgodą albo na polecenie Prezesa Funduszu;
- 6) podpisywanie, w granicach swych uprawnień, korespondencji wynikającej z zakresu działania podległych komórek organizacyjnych;
- 7) parafowanie projektów pism zastrzeżonych do podpisu Prezesa Funduszu, przygotowanych przez podległe im komórki organizacyjne;

- 8) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskami w sprawach personalnych pracowników podległych komórek organizacyjnych;
- 9) przygotowywanie sprawozdań i informacji dotyczących prac podległych komórek organizacyjnych w zakresie i terminach określonych przez Prezesa Funduszu;
- 10) wykonywanie innych poleceń Prezesa Funduszu.

2. Zastępcy Prezesa Funduszu podejmują rozstrzygnięcia w zakresie powierzonych im spraw.

Rozdział 2

Struktura organizacyjna Funduszu

§ 5. 1. W skład centrali Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Gabinet Prezesa Funduszu;
- 2) Biuro Rady Funduszu;
- 3) Biuro Komunikacji Społecznej;
- 4) Biuro Kadr i Szkoleń;
- 5) Departament Informatyki;
- 6) Biuro Prawne;
- 7) Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 8) Departament Gospodarki Lekami;
- 9) Departament Spraw Świadczeniobiorców;
- 10) Departament do Spraw Służb Mundurowych;
- 11) Departament Ekonomiczno-Finansowy;
- 12) Biuro Księgowości;
- 13) Departament Współpracy Międzynarodowej;
- 14) Biuro Administracyjno-Gospodarcze;
- 15) Zespół Audytorów Wewnętrznych;
- 16) Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- 17) Specjalista do Spraw BHP;
- 18) Zespół Kontroli Wewnętrznej.

2. Szczegółowy zakres zadań komórek organizacyjnych centrali Funduszu, w szczególności podział nadzoru nad tymi komórkami pomiędzy Prezesa Funduszu i jego zastępców, określa regulamin organizacyjny nadany przez Prezesa Funduszu.

§ 6. Tworzy się następujące oddziały wojewódzkie Funduszu:

- 1) Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą we Wrocławiu;
- 2) Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy;
- 3) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Lublinie;
- 4) Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze;
- 5) Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Łodzi;
- 6) Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie;
- 7) Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie;
- 8) Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Opolu;
- 9) Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie;
- 10) Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Białymstoku;
- 11) Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Gdańsku;
- 12) Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach;
- 13) Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Kielcach;
- 14) Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Olsztynie;
- 15) Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Poznaniu;
- 16) Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie.

§ 7. 1. Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor oddziału wojewódzkiego przy pomocy nie więcej niż trzech zastępców.

2. Zakres działania dyrektora oddziału wojewódzkiego określają przepisy ustawy oraz niniejszego statutu.

3. W skład oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Rzecznik Prasowy;
- 2) Wydział Kadr i Szkoleń;
- 3) Wydział Informatyki;
- 4) Zespół Radców Prawnych;
- 5) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 6) Wydział Gospodarki Lekami;
- 7) Wydział Spraw Świadczeniobiorców;
- 8) Wydział do Spraw Służb Mundurowych;
- 9) Wydział Ekonomiczno-Finansowy;
- 10) Wydział Księgowości;
- 11) Wydział Organizacyjny;
- 12) Wydział Współpracy Międzynarodowej;
- 13) Wydział Administracyjno-Gospodarczy;
- 14) Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- 15) Specjalista do Spraw BHP;
- 16) Zespół Kontroli Wewnętrznej.

4. W przypadkach uzasadnionych liczbą świadczeniobiorców zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu i zakresem wykonywanych przez niego zadań dyrektor oddziału wojewódzkiego może połączyć komórki organizacyjne wymienione w ust. 3, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Funduszu.

5. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe, zwane dalej „delegaturami oddziału”, w celu poprawy dostępności Funduszu dla świadczeniobiorców, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz ułatwienia monitorowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Delegatury oddziałów tworzy i znosi Prezes Funduszu na umotywowany wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego.

7. Delegaturą oddziału kieruje kierownik powoływany i odwoływany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 8. 1. W ramach struktury organizacyjnej centrali, o której mowa w § 5 ust. 1, mogą być tworzone wydziały, działy, sekcje i samodzielne stanowiska.

2. W ramach struktury organizacyjnej oddziałów wojewódzkich, o której mowa w § 7 ust. 3, oraz w strukturach delegatur oddziałów mogą być tworzone działy, sekcje i samodzielne stanowiska.

3. Komórki organizacyjne, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą być tworzone odpowiednio przez Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9. Szczegółową organizację komórek organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym delegatur oddziałów, oraz zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne tych oddziałów nadane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Funduszu.

Rozdział 3

Przepisy przejściowe

§ 10. Regulaminy centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu wydane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują moc w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, do czasu wydania regulaminów organizacyjnych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu, o których mowa w niniejszym statucie, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 11. Komórki organizacyjne Funduszu określone w niniejszym statucie, w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, wykonują zadania odpowiednich komórek organizacyjnych Funduszu określonych w przepisach dotychczasowych do czasu wydania regulaminów, o których mowa w § 10, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 12. Do czasu ustalenia wewnętrznej struktury organizacyjnej komórek organizacyjnych centrali bezpośrednio podległych poszczególnym zastępcom Prezesa, w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, zachowują moc regulaminy wewnętrzne odpowiednich komórek, ustalone na podstawie przepisów dotychczasowych, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 13. Regulaminy organów Funduszu wydane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują moc w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, do czasu wydania regulaminów organów Funduszu, o których mowa w ustawie, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 14. Prezes Funduszu zwołuje pierwsze posiedzenie Rady Funduszu powołanej w trybie ustawy.

UZASADNIENIE

W związku z nowelizacją 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.) jednym z założeń było wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia, w związku z tym, minister właściwy do spraw zdrowia, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia, został umocowany do nadania, w drodze rozporządzenia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia statutu, określając w nim w szczególności strukturę organizacyjną tego podmiotu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz siedziby tych oddziałów. Upřednio podmiotem właściwym do określenia statutu Narodowego Funduszu Zdrowia był Prezes Rady Ministrów.

W związku z powyższym, niniejsze rozporządzenie wypełnia delegację ustawową, wskazującą, iż Minister Zdrowia nadaje statut Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Mając na uwadze konieczność zapewnienia sprawnego funkcjonowania tego podmiotu, wprowadzone zostały przepisy przejściowe, które określają iż dotychczasowe regulacje wewnętrzne Narodowego Funduszu Zdrowia zachowują moc nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze 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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Roksana Żelezik – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 145, e-mail: r.zelezik@mz.gov.pl	Data sporządzenia 22 maja 2014 r. Źródło: Art. 98 ust. 6 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.) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia brak
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Uregulowanie statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w tym struktury organizacyjnej centrali.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych ma na celu realizację delegacji ustawowej zmienionej w wyniku nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy			
Narodowy Fundusz Zdrowia	16 województw oraz 16 oddziałów wojewódzkich NFZ		

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.

Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) samorządów zawodów medycznych,
- b) stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego.

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-				
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-				
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-				
	(dodaj/usuń)											
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa											
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw											
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe											
	(dodaj/usuń)											
Niemierzalne	(dodaj/usuń)											
	(dodaj/usuń)											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
☐ nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).						☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy						
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:						☒ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:						

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Komentarz: Swoje obowiązki NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.			
9. Wpływ na rynek pracy			
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.			
10. Wpływ na pozostałe obszary			
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja ☒ zdrowie	
Omówienie wpływu		Projektowane rozporządzenie wprowadza statut Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotychczas statut był wprowadzany na mocy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów. W wyniku nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nastąpiła zmiana podmiotu umocowanego do określenia statutu tego podmiotu.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
Po wejściu przepisów w życie.			
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
Nie dotyczy.			
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)			
Brak			

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Postanowienia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych na podstawie dotychczasowych przepisów, obowiązują do czasu zmiany tych umów, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany 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 i

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

**OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI
ZDROWOTNEJ**

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Ilekroć w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej „ogólnymi warunkami”, jest mowa o:

- 1) cenie jednostkowej – rozumie się przez to kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej;
- 2) Funduszu – rozumie się przez to Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) jednostce rozliczeniowej – rozumie się przez to miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień;
- 4) harmonogramie pracy – rozumie się przez to plan pracy jednostek organizacyjnych świadczeniodawcy udzielających świadczeń;
- 5) kapitałowej stawce rocznej – rozumie się przez to kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń;
- 6) okresie rozliczeniowym – rozumie się przez to okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie;
- 7) okresie sprawozdawczym – rozumie się przez to odpowiednio:
 - a) miesiąc kalendarzowy,
 - b) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu miesiąca – w przypadku gdy umowa nie obowiązuje od pierwszego dnia danego miesiąca,
 - c) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu obowiązywania umowy – w przypadku gdy umowa wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu przed ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego,
 - d) okres leczenia uzdrowiskowego (turnus) – w odniesieniu do świadczeń stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego;

- 8) planie rzeczowo-finansowym – rozumie się przez to wykaz objętych umową zakresów świadczeń i odpowiadających im jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w okresie rozliczeniowym oraz cen i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów świadczeń;
- 9) poświadczeniu – rozumie się przez to dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnionej do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 10) rachunku – rozumie się przez to fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.¹⁾) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2012 r. poz. 749, z późn. zm.²⁾);
- 11) raporcie statystycznym – rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach, ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 12) ryczałcie – rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania, w określonym czasie;
- 13) świadczeniach – rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy;
- 14) umowie – rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń zawartą przez Fundusz ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń;
- 15) ustawie – rozumie się przez to ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 16) współczynnikach korygujących – rozumie się przez to współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych grup wiekowych świadczeniobiorców albo poszczególnych rodzajów świadczeń, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu świadczeń rozliczanych odpowiednio za pomocą kapitałowej stawki rocznej albo ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1342, 1448, 1529, 1530, z 2013 r. poz. 35, 1027 i 1608 oraz z 2014 r. poz. 312.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1101, 1342, 1529, z 2013 r. poz. 35, 1027, 1036, 1145, 1149, 1289, i 1313 oraz z 2014 r. poz. 183 i 567.

- 17) zakresie świadczeń – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania;
- 18) podwykonawcy – rozumie się przez to podmiot, który wykonuje część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności.

§ 2. 1. Przedmiotem umów jest udzielanie świadczeń w następujących zakresach lub rodzajach:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 5) rehabilitacja lecznicza;
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenie stomatologiczne;
- 8) lecznictwo uzdrowiskowe;
- 9) pomoc doraźna i transport sanitarny;
- 10) programy zdrowotne;
- 11) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 12) zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 13) programy lekowe;
- 14) ratownictwo medyczne;
- 15) opieka paliatywna i hospicyjna.

2. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

3. Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadamia Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywne organizacje świadczeniodawców o ich udostępnieniu – drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej.

4. Opinia, o której mowa w ust. 2, jest przekazywana Prezesowi Funduszu w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia udostępnienia propozycji, o których mowa w ust. 3, chyba że w powiadomieniu Prezes Funduszu wskaże dłuższy termin.

Rozdział 2

Odpowiedzialność świadczeniodawcy

§ 3. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

§ 4. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych leczonym przez niego świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Rozdział 3

Warunki udzielania świadczeń

§ 5. 1. Świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

2. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.

5. Świadczeniodawca jest zobowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy.

§ 6. 1. Świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy.

2. Zmiany w załączniku, o którym mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

3. Zmiany, o których mowa w ust. 2, nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, określonych w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń:

- 1) w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy;
- 2) u innego świadczeniodawcy.

§ 7. 1. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

2. Zobowiązanie świadczeniodawcy dotyczące pomieszczeń, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy sytuacji, gdy z charakteru świadczeń wynika konieczność ich udzielania poza takimi pomieszczeniami.

3. Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, wyrażonej w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 3, w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń.

§ 8. 1. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń, z uwzględnieniem art. 55 ust. 1–3 i 6 ustawy.

2. Świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w przypadkach określonych w ustawie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy.

2. Świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

3. Przerwa w udzielaniu świadczeń, o której mowa w ust. 2, wymaga zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – w terminie 8 dni.

4. Za zgodę, o której mowa w ust. 3, uważa się także brak sprzeciwu dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia; w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej termin ten wynosi 8 dni.

5. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

§ 10. 1. Czynności administracyjne związane z realizacją umowy mogą być wspierane przez wykorzystanie dedykowanego serwisu internetowego.

2. W przypadku dokonywania zmian umowy, o których mowa w § 6 ust. 2 i § 7 ust. 3, na podstawie zaakceptowanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zgłoszeń lub

wniosków dopuszcza się podpisywanie zbiorczych aneksów dotyczących okresów sprawozdawczych, w czasie których dokonano zgłoszeń lub złożono wnioski.

3. Powiadomienie, o którym mowa w § 9 ust. 2 i 5, dokonanie zgłoszenia lub złożenie wniosku, o których mowa w ust. 2, z wykorzystaniem serwisu internetowego, o którym mowa w ust. 1, uważa się za spełnienie obowiązku informacyjnego wynikającego z § 6 ust. 2, § 7 ust. 3 i § 9 ust. 2 i 5.

4. Serwis, o którym mowa w ust. 1, prowadzi Fundusz.

5. Zasady korzystania z serwisu określa umowa o korzystaniu z serwisu.

6. Po podpisaniu umowy, o której mowa w ust. 5, świadczeniodawca jest zobowiązany do korzystania z serwisu oraz dbania o aktualność dostępnych w nim informacji poprzez bieżącą aktualizację dotyczących go danych.

§ 11. 1. W miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawca jest zobowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń.

2. Świadczeniodawca ma obowiązek umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym Funduszu, według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu.

3. W przypadku gdy w budynku, o którym mowa w ust. 2, świadczenia udzielane są także przez podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, znak graficzny Funduszu powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących:

- 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca udzielania świadczeń;
- 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- 3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- 4) trybu składania skarg i wniosków;
- 5) praw pacjenta;

- 6) adresu oraz numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta – w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 7) numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, to jest numerów: „112” i „999”;
- 8) adresu oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 9) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie;
- 10) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

5. Z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń całodobowo, informacje, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 pkt 6 i 7, powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

§ 12. 1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:

- 1) wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
- 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

2. W przypadku skierowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego przez felczera ubezpieczenia zdrowotnego przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym i szpitalnym, a także o zastosowanym leczeniu.

4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, także w poradni specjalistycznej, lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku stwierdzenia wskazań do hospitalizacji, wystawia skierowanie do leczenia szpitalnego.

5. W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych,

pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1–6 ustawy.

6. W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.

7. Osoby uprawnione na mocy art. 34 lub art. 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju całodobowe lub całodziennie świadczenia zdrowotne zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ordynować leków.

8. Świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

- 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
- 2) recepty na leki i zlecenia na wyroby medyczne zlecone w karcie informacyjnej;
- 3) zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

Rozdział 4

Sposób finansowania świadczeń

§ 13. 1. Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

2. W umowie zawartej na więcej niż jeden zakres świadczeń dla danego rodzaju świadczeń kwota zobowiązania stanowi sumę kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach, po uwzględnieniu korekty wynikającej ze stosowania współczynników korygujących, o której mowa w § 16 ust. 1.

§ 14. 1. Ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, 143 i 159 ustawy.

2. Punktem wyjścia uzgodnień, o których mowa w ust. 1, jest cena określona w ofercie złożonej przez podmiot ubiegający się o zawarcie umowy.

3. Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i art. 159 ust. 2 ustawy, określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń i ustala wycenę poszczególnych świadczeń w tych jednostkach.

4. Dokonując wyceny, o której mowa w ust. 3, Prezes Funduszu bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania.

5. W przedmiocie ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje pozyskane od wybranych świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które w ramach dwu- lub wielostronnej współpracy udostępnią dane o kosztach udzielania świadczeń.

§ 15. Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń:

- 1) kapitacyjna stawka roczna;
- 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej;
- 3) ryczałt;
- 4) finansowanie degresywne.

§ 16. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru.

3. Informację, o której mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających poświadczenie właściwego formularza serii E 100 i rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

5. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, jest określona w przekazywanych przez świadczeniodawcę odrębnych rachunkach dla każdej kategorii osób.

§ 17. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniając współczynniki korygujące.

2. Należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych, odpowiadających udzielonym świadczeniom, i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, uwzględniający współczynniki korygujące.

3. Należność, o której mowa w ust. 2, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla danego zakresu świadczeń.

4. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie jest wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

5. Postanowienia ust. 1–4 obejmują rozliczenie świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji oraz wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 pkt 2–4, 6 i 9–11 ustawy.

6. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

7. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 pkt 2–4, 6 i 9–11 ustawy, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych kategorii osób.

8. Przepisy ust. 1, 2, 5–7 stosuje się odpowiednio do rozliczania umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

§ 18. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

- 1) proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczału dobowego;
- 2) stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczału miesięcznego.

2. Należność, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, a także udzielonych osobom, o których mowa w art. 14b ustawy.

3. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 14b ustawy, jest określona w odrębnym rachunku, dotyczącym tej kategorii osób.

5. Świadczeniodawca, na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu, przedstawia kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 3 i 4, w celu ich weryfikacji.

§ 19. Finansowanie degresywne stosuje się w przypadku diagnostyki onkologicznej. Należność z tytułu realizacji świadczeń, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, jest wypłacana świadczeniodawcy, pod warunkiem stwierdzenia albo niestwierdzenia nowotworu złośliwego w terminie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ustawy.

§ 20. 1. W przypadku zawarcia umowy co najmniej na dwa z następujących zakresów lub rodzajów świadczeń:

- 1) ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 2) leczenie szpitalne,
- 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 4) rehabilitacja lecznicza,

- 5) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
 - 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
 - 7) opieka paliatywna i hospicyjna
- strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy, składany po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednocześnie zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego należy złożyć do dnia 15. grudnia roku, którego dotyczy.

3. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu wszystkich zawartych z nim umów;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 15%, dla każdego rodzaju świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń w ramach danego rodzaju świadczeń, o więcej niż 20%, dla danego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 4) ograniczenia dostępności do świadczeń.

4. Przepisy ust. 1–3 stosuje się odpowiednio do umów zawieranych odrębnie na poszczególne zakresy świadczeń w ramach rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1.

5. Przepisów ust. 1–4 nie stosuje się do umów, których przedmiotem jest wyłącznie stosowanie leków.

§ 21. 1. Z zastrzeżeniem § 19, strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy złożony po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednocześnie zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

2. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu zawartej umowy;

- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 20%, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) ograniczenia dostępności do świadczeń.

§ 22. W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 19 i 20 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania.

§ 23. 1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

2. W przypadku świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, świadczeniodawca składa rachunek sporządzony na podstawie informacji, o której mowa w § 16 ust. 2.

3. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

4. W przypadku świadczeń leczenia uzdrowiskowego dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa w terminie 5 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego.

5. W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, świadczeniodawca jest zobowiązany przekazać kopię właściwego formularza E 112 lub E 123, kopię poświadczenia lub kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego albo kopię certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, a także określić tryb przyjęcia pacjenta czasowo przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku gdy niemożliwe jest sporządzenie kopii dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, świadczeniodawca przedstawia odpis dokumentu. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za umieszczenie błędnych lub niekompletnych danych zawartych w odpisie.

6. W przypadku świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy, świadczeniodawca jest zobowiązany przedstawić kopię decyzji wójta (burmistrza,

prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającej prawo do świadczeń.

7. Raport statystyczny i informację, o której mowa w § 16 ust. 2, świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej.

8. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek na piśmie. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

§ 24. 1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, oraz dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5–8, z zastrzeżeniem § 24 i 25. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

2. W przypadku świadczeń finansowanych z budżetu państwa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757) dopuszcza się możliwość wypłacenia należności za miesiąc grudzień w tym samym miesiącu wyłącznie na podstawie dostarczonych przez świadczeniodawcę rachunków. Pozostałe dokumenty rozliczeniowe powinny zostać dostarczone przez świadczeniodawcę w terminie określonym w § 22 ust. 3.

3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.

4. Jeżeli oddział wojewódzki Funduszu nie dokona płatności należności w terminie, o którym mowa w ust. 1 i 3, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.

5. Oddział wojewódzki Funduszu, uwzględniając stan posiadanych środków finansowych i sytuację finansową świadczeniodawcy, może dokonać płatności należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż sprawozdawczy, lecz nie krótszym niż 14 dni, po spełnieniu przez świadczeniodawcę wymogów, o których mowa w ust. 1. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia dokumentów rozliczeniowych.

§ 25. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń leczenia uzdrowiskowego oddział wojewódzki Funduszu wypłaca przelewem na rachunek bankowy określony w umowie w terminie 14 dni od dnia dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych. Przepisów § 24 ust. 1 i 5 nie stosuje się.

§ 26. 1. Przekazywanie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, uwierzytelnionych bezpiecznym podpisem elektronicznym, w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262), skraca termin, o którym mowa w § 23 ust. 1, o jeden dzień.

2. Nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, w terminach, o których mowa w § 22 ust. 3 i 4, powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu.

3. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6, lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w całości lub części należności, w zakresie rozliczenia, do którego oddział wojewódzki Funduszu powziął zastrzeżenia.

4. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie 5 dni roboczych od dnia przyjęcia dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, lub dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6. W przypadku wstrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności w całości lub w części, świadczeniodawca jest zobowiązany do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentach, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6, lub wystawienia korygujących dokumentów rozliczeniowych, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.

5. Oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności wstrzymanych należności w terminie 7. dni od dnia otrzymania uzupełnionych lub poprawionych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6, lub otrzymania korygujących dokumentów rozliczeniowych, nie wcześniej jednak niż w terminie płatności przewidzianym dla złożenia prawidłowych dokumentów.

§ 27. 1. Płatności uważa się za dokonane w dniu uznania rachunku bankowego świadczeniodawcy.

2. Rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

§ 28. 1. W przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

2. W przypadku gdy obowiązek zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest zobowiązany do złożenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu korygujących dokumentów rozliczeniowych.

3. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

Rozdział 5

Kary umowne

§ 29. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.

3. W razie stwierdzenia podczas kontroli naruszeń, które zostały stwierdzone również w kontrolach przeprowadzonych uprzednio w czasie obowiązywania umowy, wysokość kary umownej w przypadku powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio, z zastrzeżeniem § 29 ust. 2.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

5. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo potrącania kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności.

6. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

§ 30. 1. W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

- 1) do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:
 - a) obciążania świadczeniobiorców kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,
 - b) udaremniania kontroli,
 - c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
 - d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń,
 - e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych;
- 2) do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:
 - a) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
 - b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
 - c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych;

3) do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku:

- a) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
- b) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 i 5,
- c) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 i 3,
- d) nieprzekazania w terminie informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 i § 33 ust. 1,
- e) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
- f) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
- g) nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.

2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo o zaopatrzenie w wyroby medyczne, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie sprawozdawczym objętym kontrolą.

3. Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają kumulacji, przy czym:

- 1) łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 3% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy;
- 2) łączna kwota kar umownych nałożonych w okresie obowiązywania umowy nie może przekraczać 4% kwoty zobowiązania Funduszu wynikającego z umowy wobec świadczeniodawcy.

4. W przypadku umów zawartych na okres dłuższy niż rok kumulacja, o której mowa w ust. 3, dotyczy kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za rok, w którym stwierdzono naruszenia podlegające karze.

§ 31. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych oddział wojewódzki Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnych refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do wyrobów medycznych finansowanych w całości lub w części przez Fundusz.

3. Wysokość i termin zapłaty kary umownej, o której mowa w ust. 1 i 2, oddział wojewódzki Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Wyznaczony przez oddział wojewódzki Funduszu termin zapłaty kary nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. Przepisy § 28 ust. 6 stosuje się.

Rozdział 6

Postanowienia końcowe

§ 32. 1. W przypadku gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwota zobowiązania w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalana jest corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, o ile strony nie postanowią inaczej. W tym samym terminie ustalane są warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania.

2. Ustalenie, o którym mowa w ust. 1, następuje w drodze zmiany umowy.

3. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania, o których mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 1, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń–luty następnego roku, na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy, w poprzednim okresie rozliczeniowym.

5. W przypadku gdy okres rozliczeniowy kończy się przed upływem roku kalendarzowego, przepisy ust. 1–4 stosuje się odpowiednio. Termin ustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania świadczeń następuje miesiąc przed zakończeniem okresu rozliczeniowego. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania umowa ulega rozwiązaniu po upływie kolejnych dwóch miesięcy.

§ 33. Do umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne nie stosuje się przepisów § 8 ust. 2, § 9 ust. 2–5, § 11 ust. 4 pkt 1, 2, 3, 6, 7 i 9 oraz ust. 5, § 12–16, § 18–21, § 22 ust. 2, 4 i 6 i § 31.

§ 34. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest on zobowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze oddziału wojewódzkiego Funduszu, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Po dokonaniu zmian

świadczeniodawca w terminie 7. dni przedkłada oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dokumenty potwierdzające ich dokonanie.

2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca informuje oddział wojewódzki Funduszu niezwłocznie.

§ 35. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje oddział wojewódzki Funduszu, który wyznacza świadczeniodawcy termin do usunięcia przeszkód, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie.

2. W przypadku nieusunięcia przeszkód w wyznaczonym terminie lub niemożności ich usunięcia dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę, w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 36. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;
- 2) naruszenia przepisu art. 132 ust. 3 ustawy;
- 3) rażącego naruszenia § 6 ust. 4 lub § 8;
- 4) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
- 6) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z zastrzeżeniem § 9;
- 7) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności;
- 8) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających istotny wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy;
- 9) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz;

10) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, o ile w tym przypadku wcześniej nie nałożono kary umownej z tego tytułu.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2–6 rozwiązanie umowy w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień w terminie 14 dni lub dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.

3. W przypadku nieusunięcia uchybień, o których mowa w ust. 2, w wyznaczonym terminie, dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.

4. Wniesienie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu związane z obowiązkiem usunięcia uchybień, o których mowa w ust. 2, zawiesza bieg terminu rozwiązania umowy do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu oraz wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 5.

5. W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia świadczeniobiorców w związku z zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 1, rozwiązanie umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień.

§ 37. Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności co najmniej za dwa kolejne okresy sprawozdawcze udzielania świadczeń.

§ 38. Umowa wygasa:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy;
- 2) w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

§ 39. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 40. 1. Oświadczenia Funduszu wymagające doręczenia świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane listem poleconym na adres siedziby świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń.

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być doręczone w inny zwyczajowo przyjęty sposób, z zastrzeżeniem że fakt oraz data doręczenia zostaną potwierdzone podpisem odbiorcy.

3. Doręczenie jest skuteczne również, gdy świadczeniodawca nie poinformował oddziału wojewódzkiego Funduszu o zmianie siedziby lub adresu do doręczeń.

§ 41. Do oświadczeń świadczeniodawcy wymagających doręczenia Funduszowi na piśmie § 39 stosuje się odpowiednio.

§ 42. 1. Z zastrzeżeniem przypadków wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów prawa oraz ust. 3 i 4, umowa nie może zostać wypowiedziana z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy.

2. W przypadku braku zgody strony na wprowadzenie niezbędnych zmian w treści umowy, wynikających ze zmian stanu prawnego, umowa ulega rozwiązaniu za wypowiedzeniem, przy czym okres wypowiedzenia może zostać skrócony nie więcej niż do jednego miesiąca.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależytym wykonywaniu umowy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego terminu, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie terminu wypowiedzenia.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę zmienionych warunków umowy, o których mowa w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu po upływie 60. dni od dnia wypowiedzenia, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.

§ 43. 1. Każda ze stron umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków umowy.

2. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, strony nie później niż w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku podejmują czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków umowy, chyba że strona umowy, do której skierowano wniosek, nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i uzasadni swoje stanowisko na piśmie.

§ 44. Spory między stronami powstające w związku z realizacją umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słuszných interesów stron.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego określonego w art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z art. 137 ust. 1 ustawy ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują:

- 1) przedmiot 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.

Projekt ma na celu realizację wytycznych określonych w art. 137 ust. 2 ustawy, tj. kierowania się interesem świadczeniobiorców oraz konieczności zapewnienia właściwego wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Załącznik do projektowanego rozporządzenia stanowi ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt ogólnych warunków umów zawiera regulacje dotyczące warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, trybu ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok, zakresu i warunków odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przesłanek sposobu ustalania wysokości oraz trybu nakładania kar umownych oraz przesłanek i trybu rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków jej wygaśnięcia.

Obecnie powyższe kwestie są regulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484). Załącznik do tego rozporządzenia, zawierający ogólne warunki umów uległ zmianom, znajdującym swe uzasadnienie w zmianie stanu prawnego tj. dotychczasowych nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz konieczności usprawnienia procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Znaczna część postanowień, zawartych w OWU stanowi powtórzenie rozwiązań przyjętych w obecnie obowiązującej regulacji, jednakże ze względu na projektowane zmiany ustawy istnieje konieczność wydania nowego rozporządzenia (nie zaś zmiany obecnie obowiązującego).

W § 12 zrezygnowano z obecnego brzmienia ust. 5 i 6 wskazanego przepisu, dotyczącego obowiązku lekarza ubezpieczenia zdrowotnego leczącego świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Zmiana ust. 6 jest konsekwencją dokonywanej zmiany ust. 5. Zmiany są uzasadnione uproszczeniem procedury leczenia świadczeniobiorców poprzez zmniejszenie liczby obowiązków informacyjnych świadczeniodawców, a w konsekwencji są korzystne dla świadczeniobiorców i podyktowane ich interesem.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący oraz techniczno-redakcyjny.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych, określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.), umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach wymiany informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), wraz z przekazaniem do konsultacji publicznych, projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Aleksander Pawełczak – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 316, e-mail: a.pawelczak@mz.gov.pl	Data sporządzenia 22 maja 2014 r. Źródło: Art. 137 ust. 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.) Nr w wykazie prac brak
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 137 ust. 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.), którego istotą regulacji jest określenie warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, trybu ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok, zakresu i warunków odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przesłanek sposobu ustalania wysokości oraz trybu nakładania kar umownych oraz przesłanek i trybu rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków jej wygaśnięcia.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie powinno przyczynić się do polepszenia sytuacji świadczeniobiorców oraz właściwego wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	33 011 012 osób	Centralny Wykaz Ubezpieczonych – stan na dzień 31 grudnia 2012 r.	Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmianę zasad prowadzenia list oczekujących oraz ułatwienie korzystania z systemu opieki zdrowotnej poprzez jego uporządkowanie
Świadczeniobiorcy, u których zdiagnozowano nowotwór (nowe przypadki)	140 000 osób	Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Fundusz Zdrowia	Skrócenie czasu oczekiwania na zdiagnozowanie oraz rozpoczęcie leczenia onkologicznego
Świadczeniodawcy	33 022 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Poprawienie zarządzania poprzez określenie standardu prowadzenia rachunku kosztów świadczeń oraz wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie prestiżu zawodu oraz dodatkowe finansowanie za wzmożoną czujność onkologiczną i monitorowanie pacjenta onkologicznego we współpracy ze specjalistą

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia lub ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	12 400 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie odsetka zdiagnozowanych pacjentów we wcześniejszym stadium nowotworu, co przełoży się na krótsze oraz mniej czaso- i kosztochłonne leczenie, a także da lekarzom możliwość udzielania większej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanych w ramach środków finansowych ponad gwarantowanym obecnie kontraktem
Wojewodowie, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 województw oraz 16 oddziałów wojewódzkich NFZ		Identyfikowanie potrzeb zdrowotnych oraz prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez wprowadzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych – dokumentów obiektywnie odzwierciedlających problemy i potrzeby zdrowotne populacji danego województwa

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Zakłada się 30-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach uzgodnień i konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Związku Miast Polskich, Związku Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentu Marszałków Województw, samorządów wojewódzkich, wojewodów, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Narodowego Instytutu Leków, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
- b) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny,
- c) rektorów uczelni medycznych,
- d) samorządów zawodowych (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych),
- e) stowarzyszeń zawodowych (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektrodziagnostyki, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”, Izba Gospodarcza „Apteka Polska”, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyróbów Medycznych POLMED, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego),
- f) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym działających na rzecz pacjentów (tj.: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Ogólnopolskie Forum Pediatricznej Opieki Paliatywnej, Unia Farmaceutów Właścicieli Aptek, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu),
- g) instytutów badawczych (tj.: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie),

h) organizacji pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych; Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego).

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania													
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń													

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
	(dodaj/usuń)	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☐ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Komentarz: Swoje obowiązki NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt określa warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok, zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przesłanki sposobu ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych oraz przesłanki i trybu rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Po wejściu przepisów w życie.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak		

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy

Na podstawie art. 139 ust. 9 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „zamawiającym”, zamieszcza ogłoszenie o konkursie ofert albo ogłoszenie o rokowaniach na tablicy ogłoszeń w siedzibie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „oddziałem”, oraz na stronie internetowej oddziału. Zamawiający przesyła ogłoszenie do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne w celu zamieszczenia na tablicy ogłoszeń.

2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o „postępowaniu”, należy przez to rozumieć konkurs ofert lub rokowania.

§ 2. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert zamieszcza się:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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 i

- 1) nazwę i siedzibę zamawiającego;
- 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
- 3) kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej i warunki techniczne udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wymagania w zakresie pomieszczeń, sprzętu, aparatury niezbędnych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie zamówienia; termin ten nie może być krótszy niż 7 dni od dnia ogłoszenia;
- 5) miejsce i termin składania ofert, nie krótszy niż 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 6) miejsce i termin otwarcia ofert;
- 7) miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 8) zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 9) informację o możliwości składania protestów, odwołań i skargi.

2. W ogłoszeniu o rokowaniach określa się:

- 1) nazwę i siedzibę zamawiającego;
- 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
- 3) kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej i warunki techniczne udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wymagania w zakresie pomieszczeń, sprzętu, aparatury niezbędnych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań;
- 5) nazwę i adres zamieszkania albo adres siedziby świadczeniodawców zaproszonych do rokowań.

3. W zaproszeniu do rokowań należy zamieścić informacje, o których mowa w ust. 2, a ponadto określić w szczególności:

- 1) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami dotyczącymi przedmiotu zamówienia oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie zamówienia; termin ten nie może być krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania zaproszenia do rokowań;
- 2) miejsce i termin składania ofert, który nie może być krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania zaproszenia do rokowań;

- 3) miejsce i termin przeprowadzenia rokowań;
- 4) zastrzeżenie o prawie do odwołania rokowań oraz do zmiany terminu przeprowadzenia rokowań i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań;
- 5) informację o możliwości składania protestów, odwołań i skargi.

§ 3. Zamawiający przygotowuje wzór lub formularz oferty, a świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy składa ofertę zgodnie z tym wzorem lub formularzem.

§ 4. 1. Oferty składa się w zamkniętych kopertach lub paczkach w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert albo zaproszeniu do rokowań.

2. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia składane przez zamawiającego i świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu wymagają formy pisemnej.

3. Za zachowanie formy pisemnej uważa się także zapis treści czynności w protokole przeprowadzenia postępowania.

§ 5. W skład komisji konkursowej wchodzi co najmniej 3. pracowników oddziału, w tym wyznaczony spośród nich przez dyrektora oddziału przewodniczący komisji konkursowej i protokolant komisji konkursowej. W skład komisji konkursowej wchodzi nieparzysta liczba członków.

§ 6. 1. Komisja powoływana jest przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do przeprowadzenia określonego postępowania.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołując komisję określa jej właściwość rzeczową.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołując komisję wyznacza spośród jej członków przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i protokolanta.

4. W celu zapewnienia prawidłowego i sprawnego przebiegu postępowania skład oraz liczbę członków komisji, ustala się odpowiednio do trybu i przedmiotu postępowania prowadzonego przez komisję. W składzie komisji zapewnia się udział osoby z wykształceniem medycznym oraz w miarę możliwości osób z wykształceniem prawniczym i ekonomicznym.

§ 7. 1. Przewodniczący kieruje pracami komisji oraz reprezentuje ją na zewnątrz.

2. Wiceprzewodniczący zastępuje przewodniczącego w przypadku jego nieobecności.

3. W przypadku pilnej potrzeby oraz niemożności wykonywania swych zadań przez przewodniczącego i wiceprzewodniczącego dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może pisemnie upoważnić do przewodniczenia komisji, na czas zastępstwa, jednego z jej członków.

4. Do zadań przewodniczącego należy w szczególności:

1) ustalanie, w zależności od potrzeb, harmonogramu posiedzeń komisji, z uwzględnieniem pilności spraw będących przedmiotem postępowania;

2) zwoływanie posiedzeń komisji;

3) przewodniczenie posiedzeniom komisji;

4) informowanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o problemach związanych z pracami komisji w toku postępowania;

5) powoływanie zespołów w ramach komisji;

6) nadzór nad składaniem przez członków komisji oświadczeń, o których mowa w § 14 ust. 1.

§ 8. 1. Protokolant zapewnia obsługę prac komisji.

2. Do zadań protokolanta należy w szczególności:

1) przygotowywanie dokumentów na posiedzenia komisji;

2) prowadzenie dokumentacji postępowania;

3) opracowywanie projektów wystąpień kierowanych do świadczeniodawców;

4) terminowe przygotowywanie zawiadomień przesyłanych do świadczeniodawców;

5) opracowywanie projektów decyzji komisji lub przewodniczącego;

6) przygotowywanie i zamieszczanie ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania;

7) przygotowywanie ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania do przekazania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, w przypadku, o którym mowa w art. 151 ust. 6 ustawy;

8) przygotowywanie i zamieszczanie na tablicy informacyjnej oraz stronach internetowych oddziału wojewódzkiego Funduszu ogłoszeń o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu;

9) koordynowanie działań komisji z działaniami osób lub komórek organizacyjnych Funduszu uczestniczących w obsłudze postępowania.

§ 9. 1. Komisja obraduje na jawnych i niejawnych posiedzeniach.

2. Posiedzenia komisji zwołuje przewodniczący w zależności od potrzeb, w szczególności

w terminach określonych w ogłoszeniu o postępowaniu, w zaproszeniu do rokowań lub harmonogramie posiedzeń komisji.

3. Komisja podejmuje decyzje w obecności co najmniej 2/3 jej składu.

4. Decyzje podejmowane są w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów, przy czym członkowie komisji nie mogą wstrzymywać się od głosu. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos osoby przewodniczącej posiedzeniu komisji.

§ 10. 1. Przewodniczący może powoływać i odwoływać spośród członków komisji zespoły do realizacji określonych zadań, ustalając równocześnie ich skład oraz wyznaczając kierownika zespołu.

2. Do zadań zespołu może należeć w szczególności przeprowadzenie kontroli oferenta, o której mowa w § 19 ust. 2.

§ 11. 1. Przed otwarciem ofert przewodniczący przedstawia obecnym świadczeniodawcom lub osobom reprezentującym świadczeniodawców członków komisji oraz stwierdza umocowanie komisji do prowadzenia postępowania.

2. Komisja dokonuje oceny prawidłowości ogłoszenia o postępowaniu, w wyniku której przewodniczący stwierdza prawidłowość ogłoszenia.

3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ogłoszenia o postępowaniu komisja uzasadnia swoje stanowisko w protokole i wnioskuje do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o unieważnienie postępowania.

4. Przewodniczący informuje obecnych oferentów lub osoby reprezentujące oferentów o wystąpieniu do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu z wnioskiem o unieważnienie postępowania.

§ 12. 1. W przypadku prawidłowego ogłoszenia o postępowaniu komisja w obecności świadczeniodawców lub osób reprezentujących świadczeniodawców ogłasza liczbę złożonych ofert oraz otwiera koperty lub paczki z ofertami.

2. Nazwa lub firma oraz adres świadczeniodawcy, którego oferta jest otwierana, ogłaszane są obecnym świadczeniodawcom lub osobom reprezentującym świadczeniodawców oraz niezwłocznie odnotowywane w pełnym brzmieniu w protokole.

§ 13. 1. W przypadku dużej liczby złożonych ofert otwarcie ofert może nastąpić na więcej niż jednym posiedzeniu.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, przewodniczący ustala harmonogram posiedzeń, zawierający terminy posiedzeń oraz wskazanie ofert otwieranych na poszczególnych posiedzeniach. Przewodniczący ogłasza harmonogram na pierwszym posiedzeniu.

§ 14. 1. Po otwarciu ofert członkowie komisji składają pisemne oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia określone w § 5 ust. 2 rozporządzenia.

2. W przypadku niezłożenia przez członka komisji oświadczenia albo zaistnienia przesłanek wyłączenia przewodniczący niezwłocznie występuje do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu z wnioskiem o wyłączenie danej osoby z komisji oraz powołanie nowego członka. W takim przypadku członek komisji jest obowiązany do powstrzymania się od prac w komisji.

3. Jeżeli po złożeniu oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, członek komisji poweźmie informację o istnieniu wobec niego przesłanki wyłączenia, zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie przewodniczącego. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio.

4. W przypadku zmiany w składzie komisji nowy członek składa niezwłocznie oświadczenie, o którym mowa w ust. 1.

§ 15. 1. W części jawnej postępowania komisja przyjmuje do protokołu zgłoszone przez świadczeniodawców lub osoby reprezentujące świadczeniodawców wyjaśnienia lub oświadczenia.

2. Oświadczenia lub wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, składane są w formie pisemnej lub ustnie do protokołu.

3. Oświadczenia i wyjaśnienia złożone w formie pisemnej są odczytywane przez członka komisji w obecności świadczeniodawców lub osób reprezentujących świadczeniodawców, a następnie włączane jako załącznik do protokołu.

§ 16. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja, w części jawnej postępowania, wzywa świadczeniodawcę do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

2. W przypadku odrzucenia oferty komisja wskazuje w protokole podstawę prawną swojej decyzji.

§ 17. 1. Komisja w części niejawnego postępowania może przeprowadzić negocjacje z świadczeniodawcami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

2. Do negocjacji zaprasza się świadczeniodawców spełniających wymogi konieczne do zawarcia umowy.

3. Komisja dokumentuje przebieg i wyniki negocjacji z świadczeniodawcami w protokole z negocjacji.

4. Protokół z negocjacji zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie miejsca i terminu negocjacji;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji oraz osób reprezentujących świadczeniodawcę;
- 3) wskazanie wynegocjowanych cen i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej albo stwierdzenie o nieustaleniu ceny lub liczby świadczeń;
- 4) podpisy członków komisji oraz osób reprezentujących świadczeniodawcę.

§ 18. 1. W sprawie wymagającej specjalnych wiadomości przewodniczący może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o skierowanie pisemnego zapytania komisji do wskazanego eksperta.

2. Zapytanie komisji dotyczące konkretnej oferty formułowane jest w sposób niepozwalający na identyfikację oferenta.

3. Zapytanie komisji oraz odpowiedź eksperta dokumentowane są w postaci zapisu w protokole lub załącznika do protokołu.

§ 19. 1. W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania.

2. Komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych

w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy.

§ 20. 1. Protesty złożone do komisji kierowane są do przewodniczącego.

2. Po otrzymaniu protestu przewodniczący zwołuje posiedzenie komisji, która ocenia zasadność protestu oraz zachowanie terminu do jego złożenia.

3. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

4. W przypadku stwierdzenia przez komisję oczywistej bezzasadności protestu postępowanie nie ulega zawieszeniu.

5. Projekt rozstrzygnięcia protestu oraz projekt odpowiedzi przygotowuje przewodniczący, protokolant lub inny członek komisji.

6. Decyzje o rozstrzygnięciu protestu podejmuje komisja.

7. Pisemną odpowiedź na protest, zawierającą rozstrzygnięcie komisji, podpisuje przewodniczący.

8. Protokolant zamieszcza ogłoszenie o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu na tablicy informacyjnej i stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 21. Komisja konkursowa sporządza protokół z przebiegu postępowania, który powinien zawierać w szczególności:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia oraz zakończenia postępowania;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej;
- 3) wykaz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy;
- 4) wskazanie ofert, które zostały odrzucone, wraz z uzasadnieniem;
- 5) wnioski i oświadczenia członków komisji konkursowej oraz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy składane w trakcie postępowania;
- 6) wskazanie ofert, które zostały wybrane;
- 7) informację o odczytaniu protokołu;
- 8) podpisy członków komisji konkursowej.

§ 22. 1. O rozstrzygnięciu postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.

2. O rozstrzygnięciu postępowania prowadzonego w trybie rokowań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 2. dni od zakończenia rokowań.
3. Informację o unieważnieniu postępowania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu komisja przesyła niezwłocznie do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w unieważnionym postępowaniu.
4. Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania albo wysłania informacji o unieważnieniu postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozwiązuje komisję.

§ 23. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 139 ust. 9 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.), zwanej dalej „ustawą”.

Projektowane rozporządzenie od obowiązujących przepisów różni się m.in. tym, iż reguluje tryb pracy komisji konkursowej powoływanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dotychczas Regulamin pracy komisji konkursowej był ustanawiany uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projektowane rozporządzenie określa szczegółowo sposób ogłaszania o konkursie ofert i rokowaniach, elementy które powinny zawierać takie ogłoszenia, jak również sposób składania ofert.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, jak również okoliczności które powodują, iż dana osoba nie może być członkiem komisji konkursowej.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, organizację posiedzeń, sposób powoływania zespołów, przebieg prac komisji do realizacji określonych zadań, zasady rozpatrywania protestów i tryb zakończenia prac komisji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze 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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Roksana Żelezik – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 145, e-mail: r.zelezik@mz.gov.pl	Data sporządzenia 22 maja 2014 r. Źródło: art. 139 ust. 9 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.) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia brak
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 139 ust. 9 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.).

Projektowane rozporządzenie reguluje tryb pracy komisji konkursowej powoływanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dotychczas Regulamin pracy komisji konkursowej był ustanawiany uchwałą Rady NFZ.

Projektowane rozporządzenie określa w sposób szczegółowy sposób ogłaszania o konkursie ofert i rokowaniach, elementy które powinny zawierać takie ogłoszenia, jak również sposób składania ofert.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, jak również okoliczności które powodują, iż dana osoba nie może być członkiem komisji konkursowej.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, organizację posiedzeń, sposób powoływania zespołów, przebieg prac komisji do realizacji określonych zadań, zasady rozpatrywania protestów i tryb zakończenia prac komisji.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie powinno przyczynić się do usprawnienia prac komisji konkursowej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy			
Narodowy Fundusz Zdrowia	16 województw oraz 16 oddziałów wojewódzkich NFZ		

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji													
Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu. Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych. W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów: a) samorządów zawodów medycznych, b) stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego, c) organizacji pacjenckich. Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.													
6. Wpływ na sektor finansów publicznych													
(ceny stałe z ... r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Łącznie (0-10)</i>
Dochody ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania													
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń													
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe													
Skutki													
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	<i>Łącznie (0-10)</i>					
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-						

	(dodaj/usuń)						
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe						
	(dodaj/usuń)						
Niemierzalne	(dodaj/usuń)						
	(dodaj/usuń)						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń							
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu							
☐ nie dotyczy							
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy			
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☒ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:			
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy			
Komentarz: Swoje obowiązki Narodowy Fundusz Zdrowia będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.							
9. Wpływ na rynek pracy							
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.							
10. Wpływ na pozostałe obszary							
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:		☐ demografia ☐ mienie państwowe		☐ informatyzacja ☒ zdrowie			
Omówienie wpływu		Projektowane rozporządzenie reguluje tryb pracy komisji konkursowej powoływanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dotychczas Regulamin pracy komisji konkursowej był ustanawiany uchwałą Rady NFZ. Projektowane rozporządzenie określa w sposób szczegółowy sposób ogłaszania o konkursie ofert i rokowaniach, elementy które powinny zawierać takie ogłoszenia, jak również sposób składania ofert. Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, jak również okoliczności które powodują, iż dana osoba nie może być członkiem komisji konkursowej. Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, organizację posiedzeń, sposób powoływania					

	zespołów, przebieg prac komisji do realizacji określonych zadań, zasady rozpatrywania protestów i tryb zakończenia prac komisji.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Po wejściu przepisów w życie.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Nie dotyczy.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Brak	

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki
zdrowotnej**

Na podstawie art. 148 ust. 3 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się następujące kryteria oceny ofert w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:
 - a) kwalifikacje osób wykonujących zawód medyczny u świadczeniodawcy, ich umiejętności oraz doświadczenie,
 - b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - c) zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem, o którym mowa w przepisach o akredytacji w ochronie zdrowia,
 - d) ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,
 - e) ocenę udzielanych świadczeń sporządzoną na podstawie badania satysfakcji świadczeniobiorców;
- 2) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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 i

- a) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
 - b) dostęp do badań i zabiegów,
 - c) posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni lub oddziałów, lub pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - d) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
- 3) dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:
- a) liczbę dni i godzin pracy,
 - b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
 - c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;
- 4) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:
- a) organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,
 - b) realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) cena świadczeń opieki zdrowotnej – czyli odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej świadczenia zaproponowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

§ 2. Kryterium certyfikatu systemu zarządzania, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, jest spełnione, jeżeli certyfikat systemu zarządzania:

- 1) ma zastosowanie w przedmiocie postępowania, na który złożono ofertę;
- 2) obejmuje lokalizację (miejsce udzielania świadczeń) wskazaną w ofercie;
- 3) jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 4) jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża „Zdrowie i opieka społeczna” zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G Katering zgodnie z ISO/TS 22003), udzieloną przez Polskie

Centrum Akredytacji lub przez równorzędny podmiot zagraniczny i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej.

§ 3. Kryterium certyfikatu, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, jest spełnione, jeżeli:

- 1) certyfikat jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 2) w dniu złożenia oferty świadczeniodawca posiada decyzję potwierdzającą przyznanie certyfikatu (posiadanie kopii decyzji jest równoznaczne z posiadaniem certyfikatu).

§ 4. Sposób dokonywania oceny ofert pod względem kryterium ceny i liczby świadczeń, dla wszystkich zakresów lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 5. Szczegółowe parametry kryteriów oceny, o których mowa w § 1, oraz waga poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, określone są w załącznikach nr 2–24 do rozporządzenia.

§ 6. 1. W przypadku nie dołączenia do oferty:

- 1) złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

– końcowy wynik punktowej oceny oferty, po zakończeniu negocjacji w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń podlega obniżeniu zgodnie z poniższym wzorem:

x (końcowy wynik punktowej oceny oferty) * 0,8.

2. W przypadku dołączenia do oferty, oświadczenia o zawarciu umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych, w zakresie i rodzaju tożsamym z przedmiotem postępowania, końcowy wynik punktowej oceny oferty, po zakończeniu negocjacji w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń podlega podwyższeniu zgodnie z poniższym wzorem:

x (końcowy wynik punktowej oceny oferty) * 1,1.

3. Ocena punktowa oferty dokonana zgodnie z ust. 1 i 2 stanowi ostateczną ocenę punktową oferty.

§ 7. Oceny ofert dokonuje się odrębnie dla każdego oferowanego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami.

§ 8. Wyniki dokonanej oceny ofert, pod względem każdego z kryteriów oceny są jawne i podlegają ogłoszeniu wraz z ogłoszeniem o rozstrzygnięciu postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami.

§ 9. Postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami ogłoszone i niezakończone przed wejściem w życie rozporządzenia toczą się na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem § 6, który wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik nr 1

Sposób dokonywania oceny ofert pod względem kryterium ceny i liczby świadczeń, dla wszystkich zakresów lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej

1. Końcowa ocena oferty – liczba punktów oceny - jest wyznaczana na podstawie następującego wzoru:

$$y = y_c + \sum_{i=1}^n \frac{a_i}{x_i} s_i$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

y - liczba punktów oceny danej oferty,

y_c - liczba punktów oceny uzyskana w zakresie kryterium cenowego, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 2,

x - maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,

s - waga skalująca,

a - liczba punktów jednostkowych uzyskanych w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,

n - liczba wag skalujących stosowanych w danym rodzaju i zakresie świadczeń, z wyłączeniem kryterium ceny.

2. Wartości danych wykorzystywanych do obliczenia końcowej oceny oferty, w tym w szczególności:

1) wagi skalujące (maksymalne liczby punktów oceny),

2) liczby punktów jednostkowych odpowiadających poszczególnym parametrom oferty (odpowiedziom w ankiecie),

- zostały przedstawione w tabelach, odrębnie dla każdego rodzaju kontraktowanych świadczeń. Maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą jest uzależniona od wymagań i warunków dodatkowo ocenianych określonych dla danego zakresu świadczeń.

Załącznik nr 2

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄC A (S) (maksyma lna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	35	jedna odpowiedź do wyboru	1	wszystkie zakresy	co najmniej 30 % liczby lekarzy i tygodniowego czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia (z wyłączeniem lekarzy pediatrów i ich czasu pracy) stanowi łącznie liczba lekarzy i czas pracy lekarzy posiadających następujące traktowane alternatywnie specjalizacje: • w dziedzinie chorób wewnętrznych (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) lub będących w jej trakcie – co najmniej 2 lata od rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego, lub • w dziedzinie medycyna rodzinna lub będących w jej trakcie, lub • w dziedzinie medycyna ogólna.	15
		jedna odpowiedź do wyboru	2	1	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			3	1	udzielanie świadczeń przez dodatkowego lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	30
		jedna odpowiedź do wyboru	4	2-4	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			5	2- 4	udzielanie świadczeń przez co najmniej 1 zespół, w skład którego wchodzi lekarz pediatra	30
		jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	6	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
Jakość – zewnętrzna ocena	5		7		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄC A (S) (maksyma lna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	8	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			9		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			10		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			11		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			12		niezasadne ordynowanie leków	1
			13		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			14		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			15		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			16		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			17		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			18		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			19		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność	10	jedna odpowiedź do wyboru	20	wszystkie zakresy	lokalizacja miejsca udzielania świadczeń w głównym ośrodku administracyjnym na terenie obszaru zabezpieczenia	10
Kompleksowość	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21	wszystkie zakresy	zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki RTG (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie	5

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄC A (S) (maksyma lna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					gotowości personelu.	
			22		zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki laboratoryjnej – laboratoria diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.	5
			23		zapewnienie gotowości wyłączonego użytkownika środka transportu sanitarnego, spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane dla obszaru zabezpieczenia, którego dotyczy umowa (co najmniej jednego środka transportu sanitarnego w przypadku obszarów objętych ryczałtem: R1, R2, R3, co najmniej dwóch w przypadku obszaru objętego ryczałtem R4)	5
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	24	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia świadczeniobiorców w ramach umowy zawartej z Funduszem na zakres Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w miejscu wskazanym w ofercie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”.
Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50 000 osób
2. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100 000 osób
3. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 150 000 osób
4. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia powyżej 150 000 osób

Załącznik nr 3

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna odpowiedź do wyboru	1	2-23, 25-34, 36-37, 39- 40, 42-46, 49-50, 52- 54, 56-60, 62, 65	czas pracy lekarzy specjalistów powyżej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	10
		<i>kwalifikacje lekarzy</i> określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia ch opieki zdrowotnej finansowan ych ze środków publicznych	2		czas pracy lekarzy specjalistów powyżej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	20
			3		czas pracy lekarzy specjalistów 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	30
		jedna odpowiedź do wyboru	4	20, 22, 26- 27, 30-31, 34, 36-37, 45-46, 49- 50, 52-53	czas pracy lekarzy ze specjalizacją I stopnia (nie więcej niż dwóch lekarzy) powyżej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	10
		<i>kwalifikacje lekarzy</i> określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia ch opieki zdrowotnej finansowan ych ze				

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		środków publicznych				
		jedna odpowiedź do wyboru	5	2, 3, 7-12, 14-18, 20, 22-23, 25-32, 36-50, 52-54, 56-58, 61-64	Pielęgniarka min. 50 % czasu pracy poradni	3
		jedna odpowiedź do wyboru	6	6, 33	Położna lub Pielęgniarka min. 50 % czasu pracy poradni	3
		jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	7	4-5	czas pracy pielęgniarki z doświadczeniem zawodowym określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - co najmniej 50% czasu pracy poradni	3
			8	4-5	dietetyk min. 25% czasu pracy poradni	1
		jedna odpowiedź do wyboru jedna odpowiedź do wyboru	9	24	psycholog kliniczny co najmniej 25% czasu pracy poradni	1
			10	24	fizjoterapeuta co najmniej 25% czasu pracy poradni	1
		jedna odpowiedź do wyboru	11	1	dietetyk min. 50% czasu pracy poradni	1
		jedna odpowiedź do wyboru	12	19	Psycholog kliniczny lub lekarz psychiatra lub specjalista psychiatra	1
		jedna odpowiedź do wyboru	13	34, 35	położna	2
			14	34	położna posiadająca dokument umiejętności określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
		jedna odpowiedź do wyboru	15	50	Ortopzysta	1
Jakość - sprzęt i aparatura	15	jedna lub więcej	16	20, 34, 35	aparat do elektrokoagulacji – w miejscu	1

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
medyczna/pomi eszczenia		odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	17	20	aparat do kriochirurgii – w miejscu	1
			18	24, 34, 35	aparat do krioterapii – w miejscu	1
			19	36, 37, 40, 41	aparat rtg - w lokalizacji	1
			20	52, 53	audiometr – w lokalizacji	1
			21	49-51	autorefraktometr lub autokeratorefraktometr – w miejscu	1
			22	60	bieżnia do prób wysiłkowych - w lokalizacji	1
			23	1, 6, 10, 28, 45, 46	densytometr umożliwiający wykonanie badań z kręgosłupa lub kości udowej – w lokalizacji	1
			24	14, 15	echokardiograf z opcją dopplera – w lokalizacji	1
			25	22, 23	elektroencefalograf – w lokalizacji	1
			26	10	elektrokardiograf – w miejscu	1
			27	22	elektromiograf – w lokalizacji	1
			28	49, 50	gonioskop typu czwórłustro – w miejscu	1
			29	14	holter EKG – w miejscu	1
			30	14	holter PR (ABPM) – w miejscu	1
			31	49, 50	hrt lub gdx lub oct – w miejscu	1
			32	61	inhalator ultradźwiękowy – w miejscu	1
			33	52, 53	kabina ciszy do badania słuchu – w lokalizacji	1
			34	20	kapilaroskop - dostęp	1
			35	34	kardiotokograf – w miejscu	1
			36	34, 35	kolposkop z możliwością pobrania materiału do badań z oceną histopatologiczną – w miejscu	1
			37	20	lampa terapeutyczna (kabina lub płyta) emitująca promieniowanie UVA, UVB lub UVA1 do foto- lub fotochemioterapii – w lokalizacji	1
			38	49, 50	laser okulistyczny – w lokalizacji	1
			39	7	mammograf - dostęp	1
			40	34, 35	mammograf – w lokalizacji	1
			41	30-32	mikroskop fluorescencyjny – w miejscu	1
			42	30-32	mikroskop optyczny z możliwością kontrastu fazowego i badania w ciemnym polu – w miejscu	1
			43	4, 5	oftalmoskop – w lokalizacji	1
			44	49, 50	pachymetr – w miejscu	1
			45	49, 50	perymetr statyczny – w miejscu	1
			46	36	rektoskop - w lokalizacji	1
			47	49, 50	soczewka volka – w miejscu	1

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			48	61	stół drenazowy – w miejscu	1
			49	49, 50	tonometr aplanacyjny – w miejscu	1
			50	17, 18, 24, 28, 29, 45, 49, 50	ultrasonograf – w lokalizacji	1
			51	6, 7, 11, 12, 25, 34, 35, 36, 38-41, 57, 58	ultrasonograf typ 3 umożliwiający zakres badań: USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi) oraz biopsje powierzchniowe, głębokie, badania endokawitarne – zgodnie z zakresem realizowanych świadczeń – w lokalizacji	1
			52	4, 5, 10, 22	ultrasonograf z opcją dopplera – w lokalizacji	1
			53	57, 58	uroflometr – w lokalizacji	1
			54	52, 53	urządzenie do badania otoemisji akustycznych – w miejscu	1
			55	53	zestaw do badań behawioralnych słuchu niemowląt i małych dzieci emitujący tony modulowane, dźwięki otoczenia oraz instrumenty muzyczne – w miejscu	1
			56	24	zestaw do laseroterapii – w miejscu	1
			57	24	zestaw do magnoterapii – w miejscu	1
			58	24	zestaw do TENS – w miejscu	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania / certyfikaty	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	59	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			60		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
		jedna odpowiedź do wyboru	61	24	certyfikat dla poradni wydany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu	2
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	62	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			63		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			64		nieprawidłowe prowadzenie list	1

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					oczekujących	
			65		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			66		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			67		niezasadne ordynowanie leków	1
			68		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			69		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			70		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			71		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			72		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			73		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			74		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			75		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – czas pracy poradni	10	jedna odpowiedź do wyboru	76	wszystkie zakresy	powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	1
					powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie	4
					powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie	8
					powyżej 48 godzin	10
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawn ych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	77	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojazdu o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. 2013 r. poz. 1409)	2

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			78		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			79		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość – gabinety diagnostyczno- zabiegowe	15	jedna odpowiedź do wyboru	80	4, 8, 9, 11, 20, 22-24, 26-29, 42- 44, 54	gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu	4
			81		gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w lokalizacji	3
		jedna odpowiedź do wyboru	82	12, 16, 25, 34-41, 45, 46, 49, 50, 52, 53, 56- 58, 62	gabinet diagnostyczno-zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni – w miejscu	4
			83		gabinet diagnostyczno-zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni – w lokalizacji	2
Kompleksowość – poradnie/stacja dializ	5	jedna odpowiedź do wyboru	84	4	możliwość leczenia stopy cukrzycowej - posiadanie poradni chirurgii naczyniowej lub chirurgii ogólnej w lokalizacji, z pełną dostępnością gabinetu diagnostyczno-zabiegowego	3
		jedna odpowiedź do wyboru	85	45	Posiadanie poradni reumatologicznej – w lokalizacji	3
		jedna odpowiedź do wyboru	86	17, 18	Stacja dializ w lokalizacji z udokumentowanymi zasadami współpracy z poradnią	2
Kompleksowość – poradnie przyszpitalne	2	jedna odpowiedź do wyboru	87	1-20; 22-46; 48-50; 52- 54; 56-59; 61-65	lokalizacja poradni przy oddziale szpitalnym zgodnie z definicją poradni przyszpitalnej określoną w ustawie oraz co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy stanowią lekarze zatrudnieni w oddziale szpitalnym	2
Kompleksowość – możliwość wykonywania badań i zabiegów	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań	88	34	amniopunkcja diagnostyczna z badaniem płynu owodniowego – w lokalizacji	3
			89	52, 53	możliwość doboru aparatów słuchowych różnymi metodami – w miejscu	3

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		dotyczących danego zakresu świadczeń	90	14	możliwość kontroli urządzeń wszczepialnych serca w lokalizacji zgodnie z warunkami rozporządzenia AOS	5
			91	54	możliwość realizacji dopasowania aparatu słuchowego dla dzieci do 4 r.ż. w lokalizacji przy wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z zał. nr 2 cz. IX rozporządzenia AOS	3
			92	14	możliwość wykonania badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca – w lokalizacji	3
			93	39, 40	możliwość wykonania bronchoskopii – w lokalizacji	3
			94	26, 27	możliwość wykonania bronchoskopii – w lokalizacji lub dostęp	3
			95	8, 9, 40	możliwość wykonania gastroskopii lub kolonoskopii - w lokalizacji	3
			96	49, 50	możliwość wykonania świadczeń: angiografia fluoresceinowa lub angiografia indocyjaninowa lub badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku – w lokalizacji lub dostęp	3
			97	14	możliwość wykonania świadczeń: echokardiografia przezprętykowa lub echokardiografia obciążeniowa – w lokalizacji lub dostęp	3
			98	6, 7, 12, 22, 23, 25-29, 34-37, 39-41, 43-46, 52, 53, 56-59	możliwość wykonania TK lub RM - w lokalizacji	3
			99	38	możliwość wykonywania kolonoskopii - w lokalizacji	3
			100	37	możliwość założenia gipsu - w lokalizacji	3
			101	11, 39	pobranie materiału do badań z oceną cytologiczną/ histopatologiczną – w lokalizacji	3
			102	12, 25, 36, 38, 40, 41	pobranie materiału do badań z oceną cytologiczną oraz histopatologiczną w zależności od wskazań medycznych – w lokalizacji	3

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			103	6, 7	pobranie materiału do badań z oceną cytologiczną/ histopatologiczną – w lokalizacji lub dostęp	3
			104	22	wykonywanie innych badań elektrofizjologicznych – w lokalizacji	3
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	105	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. świadczenia w zakresie chorób metabolicznych
2. świadczenia w zakresie alergologii
3. świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci
4. świadczenia w zakresie diabetologii
5. świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci
6. świadczenia w zakresie endokrynologii
7. świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci
8. świadczenia w zakresie gastroenterologii
9. świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci
10. świadczenia w zakresie geriatrici
11. świadczenia w zakresie hematologii
12. świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej
13. świadczenia w zakresie immunologii
14. świadczenia w zakresie kardiologii
15. świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej
16. świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń
17. świadczenia w zakresie nefrologii
18. świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci
19. świadczenia w zakresie toksykologii
20. świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii
21. świadczenia w zakresie genetyki
22. świadczenia w zakresie neurologii

23. świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej
24. świadczenia w zakresie leczenia bólu
25. świadczenia w zakresie onkologii
26. świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc
27. świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
28. świadczenia w zakresie reumatologii
29. świadczenia w zakresie reumatologii dla dzieci
30. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych
31. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci
32. świadczenia w zakresie leczenia AIDS
33. świadczenia w zakresie neonatologii
34. świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii
35. świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt
36. świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej
37. świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej
38. świadczenia w zakresie proktologii
39. świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej
40. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej
41. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci
42. świadczenia w zakresie kardiochirurgii
43. świadczenia w zakresie neurochirurgii
44. świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci
45. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
46. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci
47. świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy
48. świadczenia w zakresie preluksacji
49. świadczenia w zakresie okulistyki
50. świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci
51. świadczenia w zakresie leczenia zezów
52. świadczenia w zakresie otolaryngologii
53. świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej
54. świadczenia w zakresie audiologii i foniatrii
55. świadczenia w zakresie logopedii
56. świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej
57. świadczenia w zakresie urologii
58. świadczenia w zakresie urologii dziecięcej
59. świadczenia w zakresie transplantologii
60. świadczenia w zakresie medycyny sportowej
61. świadczenia w zakresie leczenia mukowiscydozy
62. świadczenia w zakresie chirurgii plastycznej
63. świadczenia w zakresie hepatologii
64. świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży
65. świadczenia w zakresie rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci

Załącznik nr 4

AOS - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE (ASDK)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERWSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość - personel	2	jedna odpowiedź do wyboru	1	3	obecność pielęgniarki na każdej zmianie	2
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	2	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			3		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	4	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			5		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			6		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			7		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			8		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			9		niezasadne ordynowanie leków	1
			10		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			11		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			12		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			13		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			14		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie	2

AOS - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE (ASDK)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
					których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	
			15		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			16		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			17		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – czas pracy poradni	10	jedna odpowiedź do wyboru	18	wszystkie zakresy	powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	1
					powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie	4
					powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie	8
					powyżej 48 godzin	10
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawn ych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	19	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. 2013 r. poz. 1409)	2
					przy lokalizacji pracowni powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
					co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość – zakres wykonywanych świadczeń	15	jedna odpowiedź do wyboru	20	2	posiadanie aparatu wielowarstwowego o skanie od 1s/360/ i zdolności rozdzielczej wysokokontrastowej w płaszczyźnie x,y min. 15 par linii/cm dla skanu 360, średnica okola min. 70 cm oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu AOS w zał. 2VI, lp. 16-30 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS w zał. 2VI, lp. 1-30	9
			21	2	posiadanie aparatu wielowarstwowego (o jednoczesnej akwizycji od 16 warstw submilimetrycznych w czasie 1 pełnego obrotu włącznie i zdolności rozdzielczej izotropowej min. 0,8 mm, o czasie skanu 360 max 0,6 s – modulacja dawki promieniowania w zależności od badanej anatomii z czasem obrotu nie dłuższym niż 0,4s) oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu	10

AOS - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE (ASDK)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERZĄ.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
		jedna odpowiedź do wyboru			AOS w zał. 2VI, lp. 31 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS w zał. 2VI, lp. 1-31	
			22	3	posiadanie systemu MR min. 25 mT/m, min. 1.0T oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu AOS w zał. 2VIII, lp. 19-21 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS w zał. 2VIII, lp. 1-21	9
			23	3	posiadanie systemu MR min. 30 mT/m, min., 100mT/m/ms, min. 1.5T oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu AOS w zał. 2VIII, lp. 22-25 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS, w zał. 2VIII, lp. 1-25	10
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	24	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Badania medycyny nuklearnej
2. Badania tomografii komputerowej (TK)
3. Badania rezonansu magnetycznego (RM)
4. Badania przewodu pokarmowego – gastroscopia
5. Badania przewodu pokarmowego – kolonoskopia
6. Badania echokardiograficzne płodu

Załącznik nr 5

AOS – KOMPLEKSOWA AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (KAOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość - personel	30	jedna odpowiedź do wyboru	1	1	czas pracy lekarzy specjalistów diabetologii powyżej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni diabetologicznej realizującej KAOS- CUKRZYCA	6
			2	1	czas pracy lekarzy specjalistów diabetologii 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni diabetologicznej realizującej KAOS-CUKRZYCA	10
		jedna odpowiedź do wyboru	3	1	dietetyk powyżej 50% czasu pracy poradni	1
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	4	1, 2	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			5	1, 2	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	6	1, 2	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			7	1, 2	nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			8	1, 2	obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			9	1, 2	pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			10	1, 2	niezasadne ordynowanie leków	1
			11	1, 2	nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			12	1, 2	nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych	1

AOS – KOMPLEKSOWA AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (KAOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					prowadzonej działalności	
			13	1, 2	udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			14	1, 2	nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			15	1, 2	udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			16	1, 2	niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			17	1, 2	stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawn ych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	18	1, 2	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			19	1, 2	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			20	1,2	co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	21	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”.
Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. KAOS – Cukrzyca
2. KAOS – HIV

Załącznik nr 6

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	25	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	2; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 42; 45; 47	lekarz specjalista – specjalność oraz wymiar czasu pracy określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	8
			2	44	lekarze specjaliści medycyny nuklearnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej	5
			3	24	w pracowni hemodynamiki/radiologii zabiegowej - dodatkowo 1 lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii posiadający doświadczenie z wykonywania co najmniej 300 PCI i 600 koronarografii - udokumentowane w Harmonogramie zasoby	8
			4	24	w pracowni elektrofizjologii - dodatkowo 1 lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii posiadający uprawnienia do wykonywania inwazyjnych zabiegów z zakresu elektroterapii - udokumentowane w Harmonogramie zasoby	8
			5	6; 7; 8; 9; 14; 17; 20; 23; 24; 25; 26; 27; 31; 33; 34; 36; 37; 38	pielęgniarka specjalista / położna specjalista – specjalność oraz wymiar czasu pracy wskazane w określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	6
			6	6; 7; 8; 9; 14; 17; 20; 23; 24; 25; 26; 33; 34; 36; 37	pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym - specjalność oraz wymiar czasu pracy wskazane w określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	4
			7	24	w OINK - zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia przez co najmniej	8

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
					dwie pielęgniarki na każdej zmianie roboczej - udokumentowane w Harmonogramie zasoby	
			8	45	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1/4 etatu	2
			9	10; 33; 34; 37	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1/2 etatu	2
			10	21	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1 etatu	2
			11	31	fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1 etatu	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	12	24; 25	angiokardiograf - w lokalizacji	1
			13	13	aparat (moduł) do oznaczania zdolności dyfuzyjnej płuc - w lokalizacji	1
			14	30	aparat EEG - w lokalizacji	1
			15	30; 31	aparat EMG- w lokalizacji	1
			16	30	aparat RTG mobilny - w miejscu	1
			17	9; 14	aparat RTG naczyniowy - w lokalizacji	1
			18	36	aparat RTG przyłóżkowy - w lokalizacji	1
			19	23; 24; 25	aparat TK z możliwością uwidocznienia tt. wieńcowych - w lokalizacji	1
			20	15; 19; 20; 21	aparat USG - w miejscu	1
			21	24; 25	aparat USG z funkcją badań przezprzetykowych - w lokalizacji	1
			22	14; 38; 41	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera - w lokalizacji	1
			23	26; 30	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu	1
			24	36	artroskop diagnostyczno - terapeutyczny - w miejscu	1
			25	13	bodypletyzmograf - w lokalizacji	1
			26	2	bronchofiberoskop lub bronchoskop - w lokalizacji	1
			27	12	dermatom - w lokalizacji	1
			28	35	endoskop otolaryngologiczny diagnostyczno-zabiegowy - w miejscu	1
			29	7; 14	gastrofiberoskop - w lokalizacji	1
			30	38; 41	histeroskop diagnostyczno-operacyjny – w lokalizacji	1
			31	24; 25	kardiomonitor z modulem ciągłego pomiaru SaO2 - w miejscu	1
			32	14	kolonoskop - w lokalizacji	1
			33	9; 38; 41	laparoskop - w lokalizacji	1
			34	35	laser CO2 - w lokalizacji	1
			35	32	laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji	1
			36	16	laser zabiegowy dermatologiczny - w miejscu udzielania świadczeń	1
			37	19	pH-metr - w lokalizacji	1
			38	13	polisomnograf - w lokalizacji	1
			39	14	rektoskop - w lokalizacji	1
			40	12	unit implantologiczny - w lokalizacji	1
			41	32	witrektom - w lokalizacji	1
			42	35	zestaw do mikrolaryngoskopii- w lokalizacji	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			43	47	zestaw do PCNL (nie dotyczy dzieci) - w miejscu	1
Jakość – warunki dotyczące pomieszczeń	3	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	44	wszystkie zakresy	w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka	1
			45	wszystkie zakresy	stacja mycia i dezynfekcji łóżek	1
			46	37	co najmniej 10% łóżek umieszczonych w izolatkach - w miejscu udzielania świadczeń	2
			47	22	izolatki - co najmniej 10% przedstawionych w ofercie łóżek - w miejscu	2
Jakość – posiadane doświadczenie w realizacji świadczeń	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	48	38	liczba porodów w ciągu ostatnich 12 miesięcy - co najmniej 400	2
			49	24	realizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej 20% świadczeń kardiologicznych na rzecz chorych w wieku > 69 r.ż. lub z powikłaniami/chorobami współistniejącymi (rozliczanych grupami: E16, E53, E56, E61)	2
			50	31	w przypadku realizacji świadczeń z grup: A48, A51 - wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy trombolizy u co najmniej 5% chorych z udarem niedokrwinnym.	2
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	51	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			52		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			53		certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			54		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			55		certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia/standardy	6	jedna odpowiedź do wyboru	56	wszystkie zakresy	certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	57	wszystkie zakresy	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			58		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
		Jedna odpowiedź do wyboru	59	33	spełnienie wszystkich standardów PTOiHD	2
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	60	wszystkie zakresy	Prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, <i>ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections</i>) w zewnętrznych badaniach wieloośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			61		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3
			62		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łózek	3
			63		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	1
			64		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	1
			65		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk zużywanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	1
			66		Szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			67		Szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
			68		Szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	1
			69		Szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2
			Jedna odpowiedź do wyboru		70	wszystkie zakresy

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
					wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyki	
			71		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej, na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	3
			72		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	73	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			74		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			75		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			76		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			77		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			78		niezasadne ordynowanie leków	1
			79		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			80		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			81		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			82		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			83		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			84		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			85		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3
			86		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	87	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			88		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			89		na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość -poradnie / oddziały / pracownie	15		90	14	1000 Poradnia chorób wewnętrznych - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			91	2	1010 Poradnia alergologiczna / 1011 Poradnia alergologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			92	14	1020 Poradnia diabetologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			93	17	1020 Poradnia diabetologiczna / 1021 Poradnia diabetologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			94	18	1030 Poradnia endokrynologiczna /1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			95	18	1032 Poradnia endokrynologiczna – ginekologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			96	18	1034 Poradnia andrologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			97	19	1050 Poradnia gastroenterologiczna /1051 Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			98	20	1060 Poradnia geriatryczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			99	21	1070 Poradnia hematologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			100	33	1071 Poradnia hematologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			101	22	1080 Poradnia immunologiczna /1081Poradnia immunologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			102	14; 24	1100 Poradnia kardiologiczna - wpis w	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA					
				rejestrze, część VIII kodu resortowego	
		103	25	1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		104	24	1102 Poradnia wad serca - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
		105	24	1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
		106	5; 8	1120 Poradnia chorób naczyń - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
		107	26	1130 Poradnia nefrologiczna / 1131 Poradnia nefrologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		108	45	1150 Poradnia toksykologiczna / 1151 Poradnia toksykologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze' część VIII kodu resortowego	3
		109	16	1200 Poradnia dermatologiczna / 1201 Poradnia dermatologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		110	16	1202 Poradnia wenerologiczna/ 1203 Poradnia wenerologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		111	31	1220 Poradnia neurologiczna/ 1221 Poradnia neurologii dziecięcej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		112	34	1240 Poradnia onkologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		113	33	1241 Poradnia onkologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		114	34	1242 Poradnia chemioterapii - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		115	44	1250 Poradnia medycyny nuklearnej - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		116	13	1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc / 1271 Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		117	13	1270 Poradnia chorób płuc / 1271 Poradnia chorób płuc dla dzieci - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		118	42	1280 Poradnia reumatologiczna /1281 Poradnia reumatologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		119	15	1340 Poradnia chorób zakaźnych /1341 Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		120	15	1346 Poradnia chorób tropikalnych - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		121	37	1401 Poradnia pediatria - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		122	27	1421 Poradnia neonatologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		123	38	1450 Poradnia ginekologiczno - położnicza wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			124	38	1454 Poradnia patologii ciąży - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
			125	41	1460 Poradnia ginekologii onkologicznej - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
			126	9	1500 Poradnia chirurgii ogólnej- wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			127	6; 7	1501 Poradnia chirurgii dziecięcej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			128	9	1506 Poradnia proktologiczna- wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			129	7	1520 Poradnia chirurgii klatki piersiowej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			130	5; 8	1530 Poradnia chirurgii naczyniowej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			131	9	1540 Poradnia chirurgii onkologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			132	10	1540 Poradnia chirurgii onkologicznej / 1541 Poradnia chirurgii onkologicznej dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			133	11	1550 Poradnia chirurgii plastycznej / 1551 Poradnia chirurgii plastycznej dla dzieci	3
			134	11	1552 Poradnia chirurgii ręki - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			135	11	1554 Poradnia leczenia oparzeń - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			136	22	1560 Poradnia kardiochirurgiczna / 1561 Poradnia kardiochirurgiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			137	30	1570 Poradnia neurochirurgiczna/ 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			138	36	1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej / 1581 Poradnia chirurgii urazowo- ortopedycznej dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			139	32	1600 Poradnia okulistyczna / 1601 Poradnia okulistyczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			140	35	1610 Poradnia otorynolaryngologiczna / 1611 Poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci- wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			141	35	1612 Poradnia audiologiczna / 1613 Poradnia audiologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			142	35	1614 Poradnia foniatryczna / 1615 Poradnia foniatryczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			143	12	1630 Poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej /1631 Poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci - wpis w	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA					
				rejestrze, część VIII kodu resortowego	
		144	47	1640 Poradnia urologiczna/ 1641 Poradnia urologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		145	21	1650 Poradnia transplantologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		146	46	1650 Poradnia transplantologiczna / 1651 Poradnia transplantologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		147	24	2302 Ośrodek /Oddział dzienny rehabilitacji kardiologicznej	3
		148	24	4106 Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - co najmniej 4-łóżkowy - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
		149	31	4222 Oddział udarowy - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
		150	wszystkie zakresy	4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4261 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
		151	30; 31	4300 Oddział rehabilitacyjny - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
		152	30; 31	4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
		153	24	4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
		154	5; 24; 31	4530 Oddział chirurgii naczyniowej - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
		155	24	4560 Oddział kardiochirurgiczny- wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
		156	5; 31	4910 Blok operacyjny - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	2
		157	2; 9; 14; 38; 41	7910 Pracownia endoskopii - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	2
		158	wszystkie zakresy	Apteka szpitalna/zakładowa - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
		159	24	co najmniej 20 łóżek w oddziale kardiologii - wpisane w rejestrze	2
		160	24	co najmniej 6 stanowisk intensywnego nadzoru kardiologicznego w OINK - wpisane w rejestrze	5
		161	36	gabinet/ pracownia/ zakład fizjoterapii - w lokalizacji	2
		162	5; 6; 7; 8; 9; 10; 12; 14; 15; 17; 19; 20; 23; 26; 30; 34; 35; 36; 37; 41; 42; 46; 47	łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o których mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze	2
		163	25	pracownia elektrofizjologii (wyłącznie z obecnością oddziału kardiochirurgii dla	2

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
					dzieci) - w lokalizacji	
			164	35	pracownia endoskopii - w miejscu	2
			165	8	pracownia radiologii zabiegowej dostępna całodobowo - w lokalizacji	2
			166	24	realizacja świadczeń z grup: E10 - E14 związanych z leczeniem inwazyjnych OZW w trybie całodobowym w: 7230 Pracowni radiologii zabiegowej, lub 7232 Pracowni hemodynamiki, lub 7234 Pracowni elektrofizjologii	5
			167	26	stanowiska dializacyjne - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze	1
			168	24	w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego pracownia hemodynamiki i oddział kardiologii w tej samej lokalizacji	5
			169	15	wyodrębniona izba przyjęć	1
			170	42	zakład/pracownia rehabilitacji - w lokalizacji	5
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	10		171	wszystkie zakresy	badania angiografii lub DSA (cyfrowa angiografia subtrakcyjna) - w lokalizacji	1
			172	7	badania bronchoskopii autofluorescencyjnej - w lokalizacji	1
			173	wszystkie zakresy	badania endoskopowe - w lokalizacji	1
			174	7; 10; 11; 32; 36	badania histopatologiczne śródoperacyjne - w lokalizacji	1
			175	16	badania histopatologiczne - w lokalizacji	1
			176	9	badania histopatologiczne śródoperacyjne – w miejscu	1
			177	16	badania immunohistopatologiczne - w lokalizacji	1
			178	15; 42	badania immunologiczne - w lokalizacji	1
			179	44	badania laboratoryjne z możliwością wykonania badania TSH, FT3 lub FT4, przeciwciał przeciwtarczycowych - w lokalizacji	1
			180	13	badania mikrobiologiczne (w tym BK) - w lokalizacji	1
			181	15	badania molekularne (PCR) zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji	1
			182	16	badania mykologiczne- w lokalizacji	1
			183	15	badania parazytologiczne - w lokalizacji	1
			184	wszystkie zakresy	badania rezonansu magnetycznego (RM) - w lokalizacji	1
			185	13	badania scyntygraficzne - w lokalizacji	1
			186	wszystkie zakresy	badania tomografii komputerowej (TK) - w lokalizacji	1
			187	wszystkie zakresy	badania tomografii wielorzędowej (WRTK - w lokalizacji	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			188	7	badania ultrasonografii bronchoskopowej - w lokalizacji	1
			189	21	biopsja pod kontrolą USG - w miejscu	1
			190	47	dostęp do leczenia nerkozastępczego - w lokalizacji	1
			191	35	kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: BERA, ABR, OAEs, test z promontorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego) – w lokalizacji	1
			192	35	kompleksowa diagnostyka narządu głosu (videolaryngostroboskop, miernik natężenia głosu) - w lokalizacji	1
			193	21	możliwość pobierania i badania szpiku kostnego - w miejscu	1
			194	25	możliwość wszczepiania stymulatorów serca (wyłącznie z obecnością oddziału kardiologii dla dzieci)	1
			195	33	stała dostępność konsultacji specjalistycznych (chirurgia dziecięca, anestezjologia i intensywna terapia, neurochirurgia, neurologia, kardiologia, laryngologia, nefrologia)	1
			196	10	możliwość wykonania teleradioterapii śródoperacyjnej	1
			197	45	udokumentowane zapewnienie konsultacji specjalisty w dziedzinie psychiatrii	1
			198	26	możliwość wykonania dostępu naczyniowego do leczenia nerkozastępczego - w lokalizacji	1
			199	26	możliwość wykonania dostępu otrzewnowego - w lokalizacji	1
			200	45	zapewnienie przyjęć w trybie nagłym konsultowanych telefonicznie przypadków od innych świadczeniodawców	1
			201	wszystkie zakresy	zapewnienie realizacji zadań związanych z koordynacją przeszczepień - zatrudnienie w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu	1
			202	3	udokumentowana obecność komisji orzekającej o trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz.1411, z późn. zm.)	1
			203	3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 11; 12; 13; 14; 21; 23; 24; 25; 26; 29; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38;	spełnienie warunków dodatkowych dla wyodrębnionych grup JGP / wyodrębnionych świadczeń	5

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
				39; 40; 41; 45; 46; 47		
Ciągłość	5		204	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „Zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „Treść”.
Poszczególne kody wskazane w kolumnie „Zakres” oznaczają odpowiednio:

2. alergologia / alergologia dla dzieci
3. anestezjologia i intensywna terapia/ anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci
4. anestezjologia i intensywna terapia/ anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – drugi poziom referencyjny
5. angiologia
6. chirurgia dziecięca
7. chirurgia klatki piersiowej/ chirurgia klatki piersiowej dla dzieci
8. chirurgia naczyniowa
9. chirurgia ogólna
10. chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci
11. chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci
12. chirurgia szczękowo-twarzowa/ chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci
13. choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci
14. choroby wewnętrzne
15. choroby zakaźne/ choroby zakaźne dla dzieci
16. dermatologia i wenerologia/ dermatologia i wenerologia dla dzieci
17. diabetologia/ diabetologia dla dzieci
18. endokrynologia/ endokrynologia dla dzieci
19. gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci
20. geriatria
21. hematologia
22. immunologia kliniczna/ immunologia kliniczna dla dzieci
23. kardiochirurgia/ kardiochirurgia dla dzieci
24. kardiologia
25. kardiologia dla dzieci
26. nefrologia/ nefrologia dla dzieci
27. neonatologia
28. neonatologia - drugi poziom referencyjny
29. neonatologia - trzeci poziom referencyjny
30. neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci
31. neurologia/ neurologia dla dzieci
32. okulistyka/ okulistyka dla dzieci
33. onkologia i hematologia dziecięca
34. onkologia kliniczna
35. otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci/ audiologia i foniatria/ audiologia i foniatria dla dzieci
36. ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci
37. pediatria
38. położnictwo i ginekologia

- 39. położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny
- 40. położnictwo i ginekologia - trzeci poziom referencyjny
- 41. położnictwo i ginekologia/ ginekologia onkologiczna (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia z grup ginekologicznych)
- 42. reumatologia/ reumatologia dla dzieci
- 43. radioterapia: teleradioterapia /brachyterapia
- 44. medycyna nuklearna: terapia izotopowa
- 45. toksykologia kliniczna/ toksykologia kliniczna dla dzieci
- 46. transplantologia kliniczna/ transplantologia kliniczna dla dzieci
- 47. urologia/ urologia dla dzieci

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	20	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	8; 12; 17; 18; 26	lekarz specjalista – specjalność oraz wymiar czasu pracy określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	8
			2	2; 3; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 11; 13; 14; 15; 16; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 28	lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji – specjalność oraz wymiar czasu pracy określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	8
			3	4; 5; 6; 7; 12; 14; 17; 18; 20; 22; 25; 26	równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka specjalista / położna specjalista w dziedzinie określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	6
			4	4; 5; 6; 7; 12; 14; 17; 18; 22; 25	równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka po kursie / położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	4
			5	8; 16; 22	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1/2 etatu	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	17; 18	angiokardiograf- w lokalizacji	1
			7	11	aparat (moduł) do oznaczania zdolności dyfuzyjnej płuc- w lokalizacji	1
			8	20	aparat EEG - w lokalizacji	1
			9	19; 20	aparat EMG - w lokalizacji	1
			10	7; 12; 19	aparat RTG naczyniowy - w lokalizacji	1
			11	19	aparat RTG operacyjny - w lokalizacji	1
			12	6	aparat RTG przyłóżkowy - w lokalizacji	1
			13	17; 18	aparat TK z możliwością uwidocznienia tt. wieńcowych- w lokalizacji	1
			14	17; 18	aparat USG z funkcją badań przezprzełykowych - w lokalizacji	1
			15	26, 27	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					- w lokalizacji	
			16	19; 28	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera - w miejscu	1
			17	24	artroskop diagnostyczny - terapeutyczny - w miejscu	1
			18	11	bodypletyzmograf - lokalizacji	1
			19	2	bronchofiberoskop lub bronchoskop - w lokalizacji	1
			20	10	dermatom – w lokalizacji	1
			21	5; 12	gastrofiberoskop - w lokalizacji	1
			22	26; 27	histeroskop diagnostyczny-operacyjny - w lokalizacji	1
			23	17; 18	kardiomonitor z modulem ciągłego pomiaru SaO2 - w miejscu	1
			24	12	kolonoskop - w lokalizacji	1
			25	7; 26; 27	laparoskop - w lokalizacji	1
			26	21	laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji	1
			27	13	laser zabiegowy dermatologiczny - w miejscu	1
			28	11	polisomnograf - w lokalizacji	1
			29	12	rektoskop - w lokalizacji	1
			30	17	stymulator z zestawem elektrod endokawitarnych w miejscu	1
Jakość – warunki dotyczące pomieszczeń	3	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	33	wszystkie zakresy	w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolotka	2
			34	wszystkie zakresy	stacja mycia i dezynfekcji łóżek	2
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35	wszystkie zakresy	certyfi kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			36		certyfi kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			37		certyfi kat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			38		certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			39		certyfi kat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna	6	jedna odpowiedź do	40	wszystkie	certyfi kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
ocena – akredytacja Ministra Zdrowia		wyboru		zakresy		
		jedna odpowiedź do wyboru	41	wszystkie zakresy	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			42		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	43	wszystkie zakresy	Prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, <i>ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections</i>) w zewnętrznych badaniach wieloośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	3
			44		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3
			45		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek	3
			46		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	1
			47		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	1
			48		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJ ĄCA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					zużywanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	
			49		Szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznany zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			50		Szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
			51		Szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	1
			52		Szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2
		jedna odpowiedź do wyboru	53	wszystkie zakresy	Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyk	2
			54		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej, na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyk	3
			55		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej pacjentów sztucznie wentylowanych,	4

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	56	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			57		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			58		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			59		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			60		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			61		niezasadne ordynowanie leków	1
			62		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			63		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			64		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			65		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			66		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			67		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			68		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			69		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	70	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			71		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			72		na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	73	17	co najmniej 20 łóżek w oddziale kardiologii wpisane w rejestrze	2
			74	17	co najmniej 6 stanowisk intensywnego nadzoru kardiologicznego w OINK - wpisane w rejestrze	2
			75	2	gabinet diagnostyczny - zabiegowy - w miejscu	2
			76	3; 4; 5; 6; 7; 8; 10; 12; 14; 15; 19; 20; 22; 23; 24; 25; 27; 28	łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o których mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze	2
			77	18	możliwość wszczepiania stymulatorów serca (wyłącznie z obecnością oddziału kardiologii dla dzieci) - w lokalizacji	1
			78	18	pracownia elektrofizjologii (wyłącznie z obecnością oddziału kardiologii dla dzieci) - w lokalizacji	2
			79	23	pracownia endoskopii - w miejscu udzielania świadczeń	2
			80	6	pracownia zabiegowej radiologii naczyniowej - w lokalizacji	2
			81	17	w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego pracownia hemodynamiki i oddział kardiologii w tej samej lokalizacji	2

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			82	17	1100 Poradnia kardiologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			83	17	1102 Poradnia wad serca - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			84	17	1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			85	17	2302 Ośrodek/Oddział dzienny rehabilitacji kardiologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			86	17	4106 Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - co najmniej 4-tóżkowy - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			87	17	4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			88	17	4560 Oddział kardiochirurgiczny - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			89	2; 12; 26; 27	7910 pracownia endoskopii - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	2
			90	wszystkie zakresy	4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4261 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
			91	wszystkie zakresy	Apteka szpitalna/zakładowa - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	92	wszystkie zakresy	badania endoskopowe - w lokalizacji	1
			93	7; 8; 9; 10; 23; 24; 28	badania histopatologiczne śródoperacyjne – w lokalizacji	1
			94	13	badania immunopatologiczne – w lokalizacji	1
			95	11	badania mikrobiologiczne (w tym BK) - w lokalizacji	1
			96	wszystkie zakresy	badania RM- w lokalizacji	1
			97	wszystkie zakresy	badania RTG - w lokalizacji	1
			98	11	badania scyntygraficzne – w lokalizacji	1
			99	wszystkie zakresy	badania TK- w lokalizacji	1
			100	wszystkie zakresy	badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń- w lokalizacji	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			101	23	kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: ERA, ABR, OAE, test z promentorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekešy'ego – w lokalizacji	1
			102	28	leczenie nerkozastępcze - zapewnienie dostępu	1
			103	8	możliwość wykonania teleradioterapii śródoperacyjnej	1
			104	17; 18; 21;	spełnienie warunków dodatkowych dla wyodrębnionych grup JGP / wyodrębnionych świadczeń	5
Kompleksowość – ustalone zasady współpracy	5	jedna odpowiedź do wyboru	105	22	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	106	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”.
Pozzczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

2. alergologia / alergologia dla dzieci
3. angiologia
4. chirurgia dziecięca
5. chirurgia klatki piersiowej/ chirurgia klatki piersiowej dla dzieci
6. chirurgia naczyniowa
7. chirurgia ogólna
8. chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci
9. chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci
10. chirurgia szczękowo-twarzowa/ chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci
11. choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci
12. choroby wewnętrzne
13. dermatologia i wenerologia/ dermatologia i wenerologia dla dzieci
14. diabetologia/ diabetologia dla dzieci
15. gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci

16. geriatrya
17. kardiologia
18. kardiologia dla dzieci
19. neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci
20. neurologia/ neurologia dla dzieci
21. okulistyka/ okulistyka dla dzieci
22. onkologia kliniczna
23. otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci/ audiologia i foniatria/ audiologia i foniatria dla dzieci
24. ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci
25. pediatria
26. położnictwo i ginekologia
27. położnictwo i ginekologia/ ginekologia onkologiczna (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia z grup ginekologicznych)
28. urologia/ urologia dla dzieci

Załącznik nr 8

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	wszystkie zakresy	lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń - równoważnik co najmniej 1 etatu	10
			2	wszystkie zakresy	lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - równoważnik co najmniej 1 etatu	10
			3	wszystkie zakresy	pielęgniarka - równoważnik co najmniej 1 etatu	4
			4	wszystkie zakresy	pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	6
			5	wszystkie zakresy	pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki - równoważnik co najmniej 1 etatu	4
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	1.10	aparat GDX lub HRT – w lokalizacji	1
			7	1.3	aparat RTG naczyniowy – w lokalizacji	1
			8	1.7	dermatom – w lokalizacji	1
			9	1.10	fakoemulsyfikator- w lokalizacji	1
			10	1.13	laparoskop – w lokalizacji	1
			11	1.12	laser CO2 – w lokalizacji	1
			12	1.10	laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub laser okulistyczny NdYAG – w lokalizacji	1
			13	1.2-1.13	stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi	1
			14	1.13	ureterskop – w lokalizacji	1
			15	1.12	zestaw do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	16	1.13	zestaw do PCNL – w lokalizacji	1
			17	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			18		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			19		certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			20		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			21		certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania	1

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					bezpieczeństwem żywności	
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	22	wszystkie zakresy	certyfi kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	23	wszystkie zakresy	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			24		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	25	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			26		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			27		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			28		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			29		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			30		niezasadne ordynowanie leków	1
			31		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			32		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			33		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			34		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			35		przedstawienie danych niezgodnych ze	2

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			36		stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	3
			37		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	
			38		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	
			38		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	
Dostępność-harmonogram czasu pracy	10	jedna odpowiedź do wyboru	39	wszystkie zakresy	powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie	1
			40		powyżej 25 godzin do 35 godzin włącznie	5
			41		powyżej 35 godzin	10
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	42	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			43		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			44		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
			44			
Kompleksowość-poradnie / oddziały / pracownie	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	45	1.3	1530 Poradnia chirurgii naczyniowej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			46	1.8	1452 Poradnia ginekologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			47	1.10	1600 Poradnia okulistyczna / 1601 Poradnia okulistyczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			48	1.11	1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej / 1581 Poradnia chirurgii urazowo- ortopedycznej dla dzieci - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
			49	1.12	1610 Poradnia otorynolaryngologiczna / 1611 Poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			50	1.13	1640 Poradnia urologiczna/ 1641 Poradnia urologiczna dla dzieci - wpis w	5

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					rejestrze, część VIII kodu resortowego	
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	10	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	51	1.12	kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: BERA, ABR, OAE, test z promontorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego) - w lokalizacji	1
			52	1.13	Możliwość badania urodynamicznego - w lokalizacji	1
			53	1.10	spełnienie warunków dodatkowych dla realizacji świadczeń z wyodrębnionych grup JGP	5
Ciągłość	5		54	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA:

- 1.2 Chirurgia dziecięca
- 1.3 Chirurgia naczyniowa
- 1.4 Chirurgia ogólna
- 1.5 Chirurgia onkologiczna/ chirurgia onkologiczna dla dzieci
- 1.6 Chirurgia plastyczna/ chirurgia plastyczna dla dzieci
- 1.7 Chirurgia szczękowo-twarzowa/ chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci
- 1.8 Ginekologia
- 1.9 Neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci
- 1.10 Okulistyka/ okulistyka dla dzieci
- 1.11 Ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci
- 1.12 Otolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci
- 1.13 Urologia/ urologia dla dzieci

2. ZESPÓŁ OPIEKI DZIENNEJ:

- 2.3 Alergologia/alergologia dla dzieci

- 2.4 Angiologia
- 2.5 Choroby płuc/choroby płuc dla dzieci
- 2.6 Choroby wewnętrzne
- 2.7 Dermatologia i wenerologia/dermatologia i wenerologia dla dzieci
- 2.8 Diabetologia/diabetologia dla dzieci
- 2.9 Endokrynologia/endokrynologia dla dzieci
- 2.10 Gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci
- 2.11 Geriatria
- 2.12 Neurologia/neurologia dla dzieci
- 2.13 Pediatria
- 2.14 Reumatologia/reumatologia dla dzieci

Załącznik nr 9

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	25	jedna odpowiedź do wyboru	1	1	pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego równoważnik co najmniej 2 etatów	6
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	2	1; 2	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			3		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			4		certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			5		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	6	1; 2	certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	7	1; 2	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			8		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9	1; 2	Prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, <i>ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections</i>) w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	3
			10		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3
			11		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek	3
			12		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci	1

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
					raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	
			13		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	1
			14		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk używanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	1
			15		Szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			16		Szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
			17		Szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	1
			18		Szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2
		Jedna odpowiedź do wyboru	19	1, 2	Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyki	2
			20		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej, na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych,	3

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
					zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	
			21		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	22	1; 2	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			23		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			24		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			25		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			26		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			27		niezasadne ordynowanie leków	1
			28		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			29		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			30		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			31		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			32		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			33		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			34		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			35		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	36	1; 2	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			37		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			38		na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	35	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	39	1	dostęp do świadczeń w oddziałach specjalistycznych: neurologia, neurochirurgia, kardiologia, kardiochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia szczękowo-twarzowa, okulistyka, otolaryngologia - w trybie całodobowym w lokalizacji	3
			40	1,2	badanie rezonansu magnetycznego - całodobowo w lokalizacji	3
			41	2	dostęp do świadczeń w oddziałach: choroby wewnętrzne/pediatrica, chirurgia ogólna/chirurgia dziecięca, w trybie całodobowym	3
			42	2	badanie tomografii komputerowej - całodobowo w lokalizacji	3
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	43	1,2	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Szpitalny oddział ratunkowy
2. Izba przyjęć

Załącznik nr 10

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	25	jedna odpowiedź do wyboru	1	41; 48	lekarz psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	4
			2		lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6
			3		lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8
		jedna odpowiedź do wyboru	4	41; 43; 44; 46; 48	psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6
			5		psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8
		jedna odpowiedź do wyboru	6	42	lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub specjalista psychiatra zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6
			7		lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub specjalista psychiatra zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8
		jedna odpowiedź do wyboru	8	43	lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6
			9		lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8
		jedna odpowiedź do wyboru	10	44	lekarz specjalista seksuolog zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6
			11		lekarz specjalista seksuolog zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	12	41; 42; 43 44; 46	dodatkowo pielęgniarka	2
			13	43; 44; 46	2 psychoterapeutów zatrudnionych w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy w poradni zapewniającej dostęp do konsultacji superwizora	3
			14	48	2 psychoterapeutów zatrudnionych w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy, w zespole zapewniającym	3

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
					dostęp do konsultacji superwizora	
			15	5; 13; 14; 15; 16	fizjoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek	2
			16	23	instruktor terapii uzależnienia - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	2
			17	5	lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub lekarz specjalista w dziedzinie geriatry - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek	5
			18	3	lekarz specjalista chorób wewnętrznych (dotyczy kom. org. 4710) lub specjalista chorób płuc (dotyczy kom. org. 4714) - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek	5
			19	4	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	5
			20	7; 8	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	5
			21	1; 3; 10; 11; 12; 19; 20; 27; 28	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	5
			22	36	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca	5
			23	38; 39; 40	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 miejsca	5
			24	42	lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta - zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			25	42	lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista	5

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
					psychiatrii lub psycholog kliniczny, w zespole z pielęgniarką	
			26	2	lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży lub specjalista psychiatra - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	5
			27	43	lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			28	41	lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			29	41	lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny, w zespole z pielęgniarką	5
			30	26	lekarz specjalista psychiatrii wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 łóżka	5
			31	37	lekarz specjalista psychiatrii z certyfikatem psychoterapeuty - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca	5
			32	49; 50; 51; 52; 53	lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			33	48	lekarz specjalista psychiatrii	5
			34	44	lekarz specjalista seksuolog lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			35	48	logopeda, pedagog specjalny - dla osób z autyzmem	3
			36	12	minimum lekarz psychiatra dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	5
			37	10; 11	minimum lekarz psychiatra lub w trakcie specjalizacji z psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	5

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
			38	1	minimum psycholog - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	3
			39	23	minimum psycholog - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			40	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 19; 20; 27; 28	pielęgniarki - liczba odpowiadająca normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	2
			41	48	psycholog kliniczny	3
			42	1; 5; 25; 27; 28	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			43	2	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek	3
			44	6	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	3
			45	7; 8; 24	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 32 łóżka	3
			46	17	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	3
			47	49; 50; 51; 52; 53	psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			48	26	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	3
			49	32; 33; 34; 36	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc	3
			50	35	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 miejsc	3
			51	39; 40	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 miejsca	3
			52	42	psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,25 wymiaru zatrudnienia,	3

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
					proporcjonalnie do równoważnika pełnego wymiaru zatrudnienia lekarza w poradni	
			53	3; 10	psycholog kliniczny lub psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			54	4	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			55	46	psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			56	42	psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,25 wymiaru zatrudnienia, proporcjonalnie do równoważnika pełnego wymiaru zatrudnienia lekarza w poradni	3
			57	6	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	3
			58	7; 8	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	3
			59	5; 11; 12	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			60	17; 49; 50	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	3
			61	2	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek	3
			62	32; 33; 34; 36	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc	3
			63	37	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 8 miejsc	3
			64	49; 50; 51; 52; 53	psychoterapeuta lub specjalista psychoterapii uzależnień zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			65	41; 42; 51; 52; 53	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
			66	43; 44; 46	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy, w poradni zapewniającej dostęp do konsultacji superwizora	3
			67	48	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy, w zespole zapewniającym dostęp do konsultacji superwizora	3
			68	41; 42	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	3
			69	41; 42	2 psychoterapeutów zatrudnionych w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			70	19; 20	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			71	23	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 łóżek	3
			72	27; 28	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	3
			73	29; 30	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek	3
			74	38; 39	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 miejsca	3
			75	40	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 miejsc	3
			76	49; 50; 51; 52; 53	specjalista psychoterapii uzależnień zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			77	49; 50; 51; 52; 53	specjalista psychoterapii uzależnień zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	3
			78	4	terapeuta zajęciowy - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	3

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
			79	37	w zespole superwizor	3
			80	48	zespół przeszkolony w zakresie diagnostyki i terapii osób z autyzmem: specjalista psychiatra, psycholog kliniczny, pedagog specjalny, logopeda	3
Jakość – wyniki leczenia	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	81	1	średni czas leczenia poniżej 40 dni (sprawozdanie MZ - 03 lub MZ 30 za rok poprzedni)	1
			82	1	liczba hospitalizowanych długoterminowo (rezydenci) - do 10%	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	83	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			84	18; 41 - 54	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			85	1 – 17; 19 - 40	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			86	1 – 17; 19 - 40	certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			87	1 – 17; 19 - 40	certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			88	1 – 16; 19 – 28; 32 - 40	certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	89	1-6; 10-12	certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	90	1-6; 10-12	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			91		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	92	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
			93		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			94		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			95		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			96		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			97		niezasadne ordynowanie leków	1
			98		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			99		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			100		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			101		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			102		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			103		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			104		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			105		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawn ych	5	jedna lub więcej odpowiedzi	106	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			107		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwиг umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
					niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			108		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	
Kompleksowość- badania / programy	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	109	38; 39; 40	6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć terapeutycznych	2
			110	29; 30	dostęp do profilowanych programów terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną i grupową	2
			111	38	dostęp do innych wyspecjalizowanych programów terapeutycznych np. w zakresie post - rehabilitacji	2
			112	39; 40	dostęp do innych wyspecjalizowanych programów terapeutycznych np. w zakresie post - rehabilitacji i profilaktyki nawrotów	2
			113	1; 2; 5; 6; 7; 13; 14; 15; 16; 29; 30; 32; 33; 34; 35; 36; 38; 39; 40;	dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			114	41; 48	dostęp do konsultacji specjalistycznych: kardiologicznych, diabetologicznych, neurologicznych	2
			115	42; 47	dostęp do konsultacji: neurologicznych, pediatrycznych	2
			116	44	dostęp do konsultacji: endokrynologicznych, urologicznych, ginekologicznych	2
			117	48	dostęp do oddziału dziennego, poradni: zdrowia psychicznego lub psychogeriatrycznej lub psychosomatycznej, oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			118	54	dostęp do oddziału detoksykacyjnego (znajdującego się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ) oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
			119	29; 30	dostęp do programów aktywizacji życiowej	2
			120	50	dostęp do oddziału dziennego lub oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ)	2
			121	51; 52; 53	dostęp do oddziału dziennego lub oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ) oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	
			122	49	dostęp do oddziału dziennego lub oddziału całodobowego, leczenia substytucyjnego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ) oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			123	2	dostęp do wyspecjalizowanych konsultacji lekarskich np. w zakresie genetyki, immunologii w przypadkach uzasadnionych szczególnym profilem oddziału	2
			124	41; 42; 43; 46	dostęp do świadczeń oddziału dziennego, Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLS), oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			125	48; 49; 50; 51; 52; 53	dostęp do superwizji	2
			126	49; 51; 52; 53	inne specjalistyczne programy, np. dla ofiar i sprawców przemocy, program CANDIS	2
			127	10	inne wyspecjalizowane programy terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 7 godzin dziennie zorganizowanych zajęć (grupy)	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
			128	11; 12	inne wyspecjalizowane programy terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 7 godzin dziennie zorganizowanych zajęć	2
			129	49; 51; 52; 53	kompleksowy program terapii uzależnienia od alkoholu lub od substancji psychoaktywnych w wymiarze 6 godzin zorganizowanych zajęć terapii w tygodniu	2
			130	38; 39; 40	kompleksowy program terapii z opisem: założeń, celu, form realizacji, czasu trwania, oceny	2
			131	2	kompleksowy program terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną, grupową i rodzinną	2
			132	5	kompleksowy program terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną, grupową i rodzinną	2
			133	21; 22; 23; 24; 26	kompleksowy program terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć (grupy i inne)	2
			134	25	kompleksowy program terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć	2
			135	27; 28	kompleksowy program terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć (grupy)	2
			136	47	dostęp do Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLS) znajdującego się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			137	37	profilowane programy terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną i grupową	2
			138	25	program edukacji prozdrowotnej obejmujący profilaktykę zachowań ryzykownych dotyczących np. żółtaczk,	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
					HIV, AIDS	
			139	53	program leczenia substytucyjnego, zgodnie z załącznikiem nr 7, l.p. 5, kolumna 2, pkt 8 rozporządzenia PSY	2
			140	19; 20	program motywujący do dalszego leczenia z zapewnieniem jego kontynuacji w oddziale leczenia uzależnień/oddziale terapii uzależnienia od alkoholu, znajdującym się w strukturze organizacyjnej zakładu	2
			141	25	program postrehabilitacyjny lub specjalistyczny program dla dzieci i młodzieży z uzależnieniem wraz z programem psychoedukacyjnym dla rodziców	2
			142	49; 51; 52; 53	program zaawansowany psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub od substancji psychoaktywnych	2
			143	33; 36	programy rehabilitacyjne adresowane do różnych potrzeb pacjentów	2
			144	37	przynajmniej 2 pomieszczenia do prowadzenia psychoterapii grupowej, dla 25 pacjentów	2
			145	6	realizacja nie mniej niż 3 profilowanych programów rehabilitacyjnych adresowanych do różnych potrzeb pacjentów i ich rodzin	2
			146	1; 2; 3; 5; 6; 7; 19; 20	realizacja wyskosp specjalistycznych metod diagnostycznych (elektrofizjologiczne, neuroobrazowe, neuropsychologiczne) - w lokalizacji	2
			147	32; 33; 34; 36; 37	dostęp do wyskosp specjalistycznych metod diagnostycznych (elektrofizjologiczne, neuroobrazowe, neuropsychologiczne)	2
			148	41; 42	realizacja wszystkich świadczeń jednostkowych w zakresie	2
			149	41; 42; 43; 44; 46	realizacja programu psychoterapeutycznego	2
			150	41; 42; 43; 46; 47	realizacja programu opieki czynnej	2
			151	2	świadczenia ujęte w profilowany program terapii - np. programy leczenia pierwszego epizodu schizofrenii, leczenia zaburzeń odżywiania	2
			152	32	świadczenia ujęte w specjalny program terapii np. leczenia chorób afektywnych	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
			153	3; 7	udzielanie świadczeń ujętych w profilowane programy terapii	2
			154	1	udzielanie świadczeń ujętych w profilowane programy terapii np: leczenia chorób afektywnych, zaburzeń snu, leczenia depresji lekoopornej, interwencja kryzysowa, leczenie pierwszego epizodu schizofrenii	2
			155	34	wyspecjalizowany program terapii np. dla osób z autyzmem	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	156	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą warunki wymagane wskazane w kolumnie „TREŚĆ”.
Poszczególne liczby wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

- Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych
- Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży
- Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie
- Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych
- Świadczenia psychogeriatryczne
- Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej
- Leczenie zaburzeń nerwicznych dla dorosłych
- Leczenie zaburzeń nerwicznych dla dzieci i młodzieży
- Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych
- Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia
- Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia
- Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich
- Świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych
- Świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży
- Świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych
- Świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży
- Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu
- Świadczenia w opiece domowej/ rodzinnej
- Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)
- Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)

21. Leczenie uzależnień stacjonarne
22. Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne
23. Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
24. Świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznym (podwójna diagnoza)
25. Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych
26. Świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza)
27. Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia
28. Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich
29. Świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu
30. Świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu
31. Świadczenia w izbie przyjęć
32. Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych
33. Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych
34. Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży
35. Świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
36. Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne
37. Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych
38. Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu
39. Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
40. Świadczenia dzienne leczenia uzależnień
41. Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych
42. Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży
43. Leczenie nerwic
44. Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia
45. Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych
46. Świadczenia psychologiczne
47. Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju
48. Leczenie środowiskowe (domowe)
49. Leczenie uzależnień
50. Świadczenia antynikotynowe
51. Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
52. Świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży
53. Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol
54. Program leczenia substytucyjnego

Załącznik nr 11

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	35	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	4.3	fizjoterapeuta posiadający udokumentowane doświadczenie (nie mniej niż 1 rok) w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej	2
			2	4.7	lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub lekarz specjalista kardiologii - zapewnienie konsultacji	4
			3	6	lekarz specjalista neurologii dziecięcej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	6
			4	5.13	lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii	3
			5	1	lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego	6
			6	4.2	lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub specjalista neurolog - zapewnienie konsultacji	4
			7	4.3	logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii	2
			8	6	neurologopeda	2
			9	5.4	logopeda posiadający specjalizację w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii	2
			10	6	pielęgniarki specjalistki lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub opieki długoterminowej lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych - równoważnik co najmniej 8 etatów	3

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					przeliczeniowych na 15 łózek	
			11	6	psycholog posiadający specjalizację w dziedzinie psychologii klinicznej	2
			12	5.2	psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej	2
			13	4.2	psycholog kliniczny lub magister psychologii - nie mniej niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	2
			14	4.3; 4.6; 5.4	psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej	2
			15	4.4	psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej posiadający trzyletni staż pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			16	4.5	psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z dysfunkcją narządu wzroku - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			17	4.2; 4.3; 4.6, 4.7	specjalista w dziedzinie fizjoterapii - nie mniej niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	2
			18	2; 5.2; 5.3; 5.4; 5.13	specjalista w dziedzinie fizjoterapii - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			19	6	specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1 etatu na 15 łózek	2
			20	3	technik masaży - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			21	4.5	terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej lub inny terapeuta z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny (nie krótszym niż 1 rok) - studia pedagogiczne lub podyplomowe pedagogiczne - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			22	5.2	terapeuta zajęciowy	2

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			23	4.2	terapeuta zajęciowy - nie mniej niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	24	6	aparat EEG - w miejscu	1
			25	4.2	sala gimnastyczna – w lokalizacji	5
			26	4.7	UGUL lub inny system spełniający jego rolę – w lokalizacji	1
			27	4.2	urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości– w lokalizacji	1
			28	2	urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości– w miejscu	1
			29	4.2; 4.3	wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji	1
			30	2	wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w miejscu	1
			31	4.3	zestaw do biostymulacji laserowej – w lokalizacji	1
			32	4.2	zestaw do kriostymulacji parami azotu– w lokalizacji	1
			33	2	zestaw do kriostymulacji parami azotu– w miejscu	1
Jakość – zewnętrzna ocena - systemy zarządzania	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	34	wszystkie zakresy	certyfiakat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			35	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			36	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			37	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			38	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
			39	1; 2; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7	certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	40	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			41		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			42		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			43		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			44		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			45		niezasadne ordynowanie leków	1
			46		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			47		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			48		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			49		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			50		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			51		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			52		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			53		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	10	jedna lub więcej odpowiedzi w	54	2	czas pracy poradni – co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 10 godzin dziennie	5

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	55	3	czas pracy poradni - co najmniej 5 dni w tygodniu	5
Kompleksowość	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	56	5.2;5.3; 5.4; 5.13	gwarancja bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/ oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji	5
			57	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNMS01, RNMS02, RNMZ01, RNMZ02	5
			58	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNMS03, RNMS04, RNMZ03, RNMZ04	5
			59	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNRS01, RNRS02, RNRZ01, RNRZ02	3
			60	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNRS03, RNRS04, RNRZ03, RNRZ04	3
			61	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNOS01, RNOZ01	2
			62	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNDS01, RNDZ01	5
			63	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNDS02, RNDZ02	3
			64	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNDS03, RNDZ03	3
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	65	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna
2. Fizjoterapia ambulatoryjna
3. Fizjoterapia domowa
- 4.2 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym
- 4.3 Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku / oddziale dziennym
- 4.4 Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy
- 4.5 Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku
- 4.6 Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku / oddziale dziennym
- 4.7 Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku / oddziale dziennym
- 5.2 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych
- 5.3 Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych
- 5.4 Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych
- 5.13 Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych
6. Leczenie dzieci ze śpiączką

LECZENIE STOMATOLOGICZNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKO WYCH
1	2	3	4	5	6	7
jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	3a; 3b; 3c; 3i	czas pracy lekarzy dentystów specjalistów co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	5
		<i>kwalfikacje lekarzy</i> określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	2		czas pracy lekarzy dentystów specjalistów co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	7
			3		czas pracy lekarzy dentystów specjalistów równy 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	11
		jedna odpowiedź do wyboru	4	3a, 3b	czas pracy lekarzy dentystów ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, chirurgii stomatologicznej lub stomatologii dziecięcej powyżej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	5
		jedna odpowiedź do wyboru	5	3a; 3b; 3e; 3f; 3g; 3h	pozostały personel - co najmniej 50 % czasu pracy poradni	3
		jedna odpowiedź do wyboru	6	3j	pozostały personel	3
sprzęt i aparatura medyczna	15		7	3a; 3b; 3i	endometr – w miejscu	1
			8	3a; 3b; 3c; 3d; 3e; 3f; 3g; 3h; 3i	aparat RTG lub radiowizjograf - w lokalizacji	1
			9	3f	pantomograf – w lokalizacji	1
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	10	wszystkie zakresy	certyfiakat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			11		certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	12	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak	1

LECZENIE STOMATOLOGICZNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKO WYCH
1	2	3	4	5	6	7
					atestów lub przeglądów)	
			13		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			14		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			15		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			16		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			17		niezasadne ordynowanie leków	1
			18		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			19		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			20		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			21		nieuzgdniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			22		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			23		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			24		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			25		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – organizacja udzielania świadczeń	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru w zależności od wymagań	26	3a, 3b, 3d-3g, 3i	praca lekarza w sobotę przez 6 godzin, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych	5
			27	3a, 3b, 3d-3g, 3i	praca lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do	5

LECZENIE STOMATOLOGICZNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKO WYCH
1	2	3	4	5	6	7
		dotyczących danego zakresu świadczeń			godziny 18) powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego	
			28	3j	czas pracy poradni: 6 godzin dziennie 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18	5
			29	3j	czas pracy poradni: 6 godzin dziennie 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18, a w sobotę 5 godzin	5
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawn ych ruchowo	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	30	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			31		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			32		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	33	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

- 3a. Świadczenia ogólnostomatologiczne
- 3b. Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.
- 3c. Świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym

- 3d. Świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii
- 3e. Świadczenia protetyki stomatologicznej
- 3f. Świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r. ż.
- 3g. Świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki
- 3h. Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej
- 3i. Świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na aids
- 3j. Program (ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki)

Załącznik nr 13

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	25	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	1	co najmniej jedna pielęgniarka posiadająca specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego	1
			2	5; 6	fizjoterapeuta	3
			3	13	lekarz specjalista pediatrii w trakcie specjalizacji z diabetologii	6
			4	4	lekarz specjalista posiadający certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	6
			5	5; 6; 11	mgr psycholog lub psycholog kliniczny	3
			6	2	równoważnik co najmniej jednego etatu - pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego	1
			7	9; 10	wszyscy lekarze - specjaliści w dziedzinie medycyny nuklearnej	6
			8	1; 2	wszyscy lekarze - specjaliści w dziedzinie nefrologii	3
			9	12	wszyscy lekarze - wyłącznie specjaliści w dziedzinach: medycyny nuklearnej, radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej	6
			10	5	wszystkie pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia pozajelitowego	3
			11	6	wszystkie pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego	3
			12	13; 14	wszystkie pielęgniarki: specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub posiadające ukończony kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	13	4	co najmniej 50 koncentratorów tlenu (wg danych - portal świadczeniodawcy)	1
			14	9; 10	NMR – w lokalizacji	1
			15	1; 2	RTG umożliwiające wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji	1
			16	1; 2; 3; 9; 10	tomografia komputerowa - w lokalizacji	1
			17	1; 2	USG umożliwiające wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji	1

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			18	4	wszystkie koncentratory tlenu nie starsze niż 5 lat (licząc od daty produkcji do dnia początku obowiązywania umowy)	4
Jakość – standardy postępowania	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	19	2	odsetek osób zgłoszonych i zakwalifikowanych do przeszczepu nie mniejszy niż 7% osób dializowanych w stacji/ośrodku w poprzednim roku	4
			20	10	system zarządzania jakością w zakresie świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego	2
			21	10	program archiwizacji danych pacjenta - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi	2
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	22	wszystkie zakresy	certyfi kąt ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			23		certyfi kąt ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfi kąt ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	24	5; 15; 16; 17; 18; 19	certyfi kąt akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	25	5; 15; 16; 17; 18; 19	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			26	5; 15; 16; 17; 18; 19	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	27	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifi kacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			28		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			29		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			30		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			31		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			32		niezasadne ordynowanie leków	1
			33		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			34		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			35		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			36		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			37		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			38		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			39		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			40		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	5	jedna odpowiedź do wyboru	41	10	czas pracy pracowni: co najmniej 5 godzin dziennie 5 dni w tygodniu	5
		jedna odpowiedź do wyboru	42	1; 2	całodobowy dyżur lekarsko-pielęgniarski	5
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych dla zakresu dializa otrzewnowa	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	43	1	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			44		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			45		co najmniej jedno pomieszczenie	2

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych dla zakresu hemodializoterapii	1	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	46	2	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane	2
			47	2	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			48		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie dla zakresu żywienia dojelitowe	30	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	49	6	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 4500 Oddział chirurgiczny ogólny/ 4501 Oddział chirurgiczny dla dzieci – w lokalizacji	4
			50	6	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1050 Poradnia gastroenterologiczna /1051 Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci – w lokalizacji	1
			50	6	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 4910 Blok operacyjny – w lokalizacji	6
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie dla zakresu leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	5		51	17	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1570 Poradnia neurochirurgiczna lub 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci	5
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od	52	14	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4020 Oddział diabetologiczny	2
			53	3	OAIT – w lokalizacji	2

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	54	10	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków - w miejscu	1
			55	2	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4000 Oddział chorób wewnętrznych / 4401 Oddział pediatryczny	3
			56	1	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4130 Oddział nefrologiczny / 4131 Oddział nefrologiczny dla dzieci – w lokalizacji	4
			57	2	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4130 Oddział nefrologiczny / 4131 Oddział nefrologiczny dla dzieci	4
			58	2	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4530 Oddział chirurgii naczyniowej / 4531 Oddział chirurgii naczyniowej dla dzieci	6
			59	13	wpis w rejestrze - część VIII kodu resortowego: 4021 Oddział diabetologiczny dla dzieci	2
			60	9; 10	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1030 Poradnia endokrynologiczna	2
			61	8	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1210 poradnia genetyczna	2
			62	7	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1650 Poradnia transplantologiczna /1651 Poradnia transplantologiczna dla dzieci	2
			63	1	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4650 Oddział transplantologiczny/ 4651 Oddział transplantologiczny dla dzieci – w lokalizacji	1
			64	1; 5	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 4500 Oddział chirurgiczny ogólny/ 4501 Oddział chirurgiczny dla dzieci	4
			65	5	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1050 Poradnia gastroenterologiczna /1051 Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci – w lokalizacji	1
			66	4	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1272 Poradnia chorób płuc, lub 1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc	2
			67	1; 2	wpis w rejestrze: część VIII kodu	4

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			68	12	resortowego: 1130 Poradnia nefrologiczna/ 1131 Poradnia nefrologiczna dla dzieci wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 1240 Poradnia onkologiczna	2
Kompleksowość – ustalone zasady współpracy	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	69	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące kwalifikacji do przeszczepu	2
			70	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące badania zgodności tkankowej	2
			71	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące pobierania narządów	2
			72	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące transplantologii	2
Ciągłość	5		73	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Dializa otrzewnowa
2. Hemodializoterapia
3. Terapia hiperbaryczna
4. Tlenoterapia w warunkach domowych
5. Żywnienie pozajelitowe w warunkach domowych
6. Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych
7. Badania zgodności tkankowej
8. Badania genetyczne
9. Terapia izotopowa
10. Badania izotopowe

11. Zaopatrzenie protetyczne
12. Badanie metodą pozytonowej tomografii emisyjnej
13. Leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci
14. Leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych
15. Teleradioterapia stereotaktyczna
16. Kompleksowe leczenie sztywności wielostawowej
17. Leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej
18. Teleradioterapia protonowa
19. Domowa antybiotykoterapia dożylna

Załącznik nr 14

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
jakość-personel	45	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – kwalifikacje - diagnosta laboratoryjny: specjalista cytomorfologii medycznej	10
			2	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej – co najmniej 2 lata pracy w diagnostyce cytologii szyjki macicy i ocenienie co najmniej 10000 preparatów pod kontrolą lekarza specjalisty patomorfologa	5
			3	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej – ocenianie co najmniej 7000 badań cytologicznych-ginekologicznych rocznie	10
			4	2	W etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – kwalifikacje - lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	10
			5	2	W etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – doświadczenie w ocenie mammografii - lekarz oceniający co najmniej 5000 mammografii skryningowych rocznie	10
			6	2	Odbycie przez każdego z techników elektroradiologów szkolenia w zakresie kontroli jakości w mammografii prowadzonego przez WOK w oparciu o program zatwierdzony przez COK lub prowadzonego przez PLTR, lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez PLTR lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez PLTR	5
			7	2	W etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi – kwalifikacje - lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	5
			8	4	dietetyk	3
			9	4	specjalista psychoterapii uzależnień	3
Jakość- aparatura i sprzęt	10	jedna odpowiedź do wyboru	10	2	W etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi - możliwość odczytu zarówno mammografii	10

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					wykonanych techniką analogową (posiadanie negatoskopu spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu) jak i cyfrową (posiadanie stanowiska opisowego dla lekarza spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu)	
Jakość - jakość badań	10	jedna odpowiedź do wyboru	11	1	wykonywanie przez pracowników powyżej 15 tys. badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie	5
		jedna odpowiedź do wyboru	12	1	długość oczekiwania na wynik badań- do 7 dni	5
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13	wszystkie zakresy	certyfiat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14		certyfiat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfiat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	15	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			16		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			17		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			18		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			19		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			20		niezasadne ordynowanie leków	1
			21		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			22		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			23		udzielanie świadczeń w miejscach nie	2

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			24		objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	
			25		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			26		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			27		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			28		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			28		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawn ych ruchowo (nie dotyczy zakresu 10.7940.159.02 PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej)	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	29	wszystkie zakresy poza program profilakty ki raka piersi - etap podstawo wy - w pracowni mobilnej	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			30		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			31		Co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawn ych ruchowo (dotyczy zakresu 10.7940.159.02 PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej)	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	32	dotyczy zakresu program profilakty ki raka piersi - etap podstawo wy - w pracowni mobilnej)	wyposażenie mammobusu w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane	4
			33		wyposażenie mammobusu w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	1

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Kompleksowość - kompleksowa realizacja programu badań prenatalnych	10	jedna odpowiedź do wyboru	34	3	świadczeniodawca zapewnia wykonywanie wszystkich procedur określonych w programie, zarówno z zakresu położnictwa i ginekologii, jak i genetyki, tj. - badanie ultrasonograficzne, - poradę genetyczną, - pobranie materiału do badań biochemicznych oraz dostęp do laboratorium spełniającego wymagania określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - amniopunkcję lub biopsję trofoblastu lub kordocentezę oraz dostęp do badań genetycznych określonych w programie	10
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	35	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „treść”.
Poszczególne kody wskazane w kolumnie „zakres” oznaczają odpowiednio:

- 1) Program profilaktyki raka szyjki macicy;
- 2) Program profilaktyki raka piersi;
- 3) Program badań prenatalnych;
- 4) Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc).

Załącznik nr 15

ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE (SPO)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	3.1; 3.2	lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	5
			2	1.1 -1.3; 2.1-2.3	pielęgniarki - liczba odpowiadająca normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz.217, z późn. zm.).	4
			3	1.1 -1.3; 2.1-2.3	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinach wymienionych w załączniku nr 4 część I ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia SPO - łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń w zakładzie opiekuńczym	7
			4	3.1	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii	7
			5	3.2	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii lub pediatrii	7
			6	4	wszystkie zatrudnione pielęgniarki posiadają udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy w opiece w środowisku domowym, można również uwzględnić pracę w domu pomocy społecznej na stanowisku pielęgniarki (50% zatrudnionych pielęgniarek)	7
			7	4	wszystkie zatrudnione pielęgniarki posiadają ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie wymienionej w załączniku nr 4 część III, pkt 1 rozporządzenia SPO (50% zatrudnionych pielęgniarek)	7
Jakość - sprzęt	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	8	1.3; 2.3	kardiomonitor	1
			9	1.1 -1.3; 2.1-2.3	urządzenie do hydroterapii	1
			10	3.1 - 4	samochód osobowy (gwarantowana gotowość użytkowania)	1
Jakość – warunki dotyczące	5	jedna odpowiedź do	11	1.1 -1.3; 2.1-2.3	izolatka	2

ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE (SPO)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
pomieszczeń		wyboru				
Jakość – zewnątrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	12	1.1 – 4	certyfi kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			13	1.1 – 2.3	certyfi kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			14	1.1 – 2.3	certyfi kat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			15	1.1 – 2.3	certyfi kat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
			16	1.1 – 2.3	certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			18		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			19		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			20		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			21		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			22		niezasadne ordynowanie leków	1
			23		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			24		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			25		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			26		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			27		przedstawienie danych niezgodnych ze	2

ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE (SPO)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	
			28		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			29		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			30		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	31	1.1 – 2.3	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			32	1.1 – 2.3	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			33	1.1 – 2.3	co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	34		w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

- 1.1 Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy
- 1.2 Zakład Opiekuńczy - Lecznicy
- 1.3 Zakład Opiekuńczy Lecznicy dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie
- 2.1 Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy dla Dzieci i Młodzieży
- 2.2 Zakład Opiekuńczy - Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży
- 2.3 Zakład Opiekuńczy Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży Wentylowanych Mechanicznie
- 3.1 Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie
- 3.2 Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci i Młodzieży Wentylowanych Mechanicznie
- 4 Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa

Załącznik nr 16

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA (OPH)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	1	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek	8
			2	2.1	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców	8
			3	2.2	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 świadczeniobiorców	8
			4	3	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej	5
			5	1	pielęgniarki - liczba odpowiadająca normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	3
			6	1	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	3
			7	2.1; 2.2; 3	pielęgniarka z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej	3
Jakość - sprzęt	10	Jedna odpowiedź do wyboru	8	2	samochód osobowy (gwarantowana gotowość użytkowania)	1
Jakość – warunki dotyczące pomieszczeń	10	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9	1	pomieszczenia dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych z możliwością zapewnienia pacjentowi prawa do intymności (np. parawany)	2
			10	1	izolatka	2
			11	1	sala dziennego pobytu	2
			12	1	sale chorych 1-3 osobowe	2
			13	1	jadalnia	2
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	14	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			15	1	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA (OPH)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			16	1	certyfi kat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			17	1	certyfi kat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
			18	1	certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			19	3	certyfi kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	20	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			21		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			22		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			23		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			24		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			25		niezasadne ordynowanie leków	1
			26		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			27		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			28		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			29		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA (OPH)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			30		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			31		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			32		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			33		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – czas pracy poradni	5	jedna odpowiedź do wyboru	34	3	Czas pracy poradni – 2 dni w godzinach popołudniowych – do godz. 18.00	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawn ych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35	1, 3	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			36	1, 3	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			37	1, 3	co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
			38	1	pomieszczenia dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych z możliwością zapewnienia pacjentowi prawa do intymności (np. parawany)	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	39	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Oddział medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarne
- 2.1 Hospicjum domowe dla dorosłych
- 2.2 Hospicjum domowe dla dzieci
3. Poradnia medycyny paliatywnej

POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	L.P.	ZAKRES	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość – zewnętrzna ocena jakości	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	1	ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ ZESPÓŁ SANITARNY TYPU „N”	certyfiakat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	5
Jakość - wyniki kontroli	-1	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	2		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	3
			3		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			4		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			5		niezasadne ordynowanie leków	1
			6		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			7		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			8		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	1
			9		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	2
			10		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3

POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY						
			11		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	3
Ciągłość	1	jedna odpowiedź do wyboru	12		w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	1
Cena	10	Cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy - obliczane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2.				

Załącznik nr 18

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	L. P.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	20	jedna odpowiedź do wyboru	1	1 - 9	50% czasu pracy lekarzy ze specjalizacją z medycyny klinicznej - w miejscu	10
		jedna odpowiedź do wyboru	2	8	jeden dodatkowy przeliczeniowy etat lekarski na mniej niż 40 łóżek (pacjentów)	3
		liczba lekarzy o kwalifikacjach określonych w zał. 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w przeliczeniu na liczbę pacjentów	3	1-5	jeden dodatkowy przeliczeniowy etat lekarski na mniej niż 50 łóżek (pacjentów)	3
			4	6-7	jeden dodatkowy przeliczeniowy etat lekarski na mniej niż 70 łóżek (pacjentów)	3
		jedna odpowiedź do wyboru	5	1-9	50% czasu pracy pielęgniarek ze specjalizacją - w miejscu	7
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	4-9	preferowane pokoje z pełnym węzłem sanitarnym 1-osobowe – w miejscu	4
			7	3-9	preferowane pokoje z pełnym węzłem sanitarnym 2-osobowe – w miejscu	4
			8	1-2	preferowane pokoje z pełnym węzłem sanitarnym 3-osobowe i 4-osobowe – w miejscu	4

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
			9	2-3; 6-7; 9	instalacja przywotawcza w pokojach i łazienkach (w każdym pomieszczeniu)	3
			10	1-10	kompleksowo zmodernizowana cała baza zabiegowa (dot. pomieszczeń i urządzeń) po roku 2009	7
			11	1-9	kompleksowa modernizacja/remont całej bazy hotelowej i żywieniowej (wraz z wyposażeniem) po 2009 roku	7
			12	1-9	zapewnienie pacjentowi możliwości zdeponowania bagażu i przebywania na terenie ZLU, w przypadku jego stawienia się na leczenie uzdrowiskowe przed godziną 14 w pierwszym dniu turnusu; po godzinie 12 ostatniego dnia turnusu	1
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13	1-10	certyfi­kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14	1-10	certyfi­kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfi­kat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy lub certyfi­kat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			15	1-9	certyfi­kat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	2
			16	1,4,5,8	certyfi­kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	3
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17	1-10	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak zabiegów wykazanych w umowie/brak atestów lub przeglądów sprzętu i wyposażenia	1
			18	1-10	obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			19	1-10	pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			20	1-10	nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie	1

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
					informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	
			21	1-10	udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			22	1-10	nieuzgodniona z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			23	1-10	przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			24	1-10	udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			25	1-10	niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3
			26	1-10	stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – czas pracy	2	jedna odpowiedź do wyboru	27	1-9	wystawianie przez świadczeniodawcę niezrealizowanych skierowań w module systemowym „giełda”	2
Dostępność – brak barier dla osób niepełnosprawnych	10	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	28	1-9	pokoje dostosowane dla osób niepełnosprawnych ruchowo (również poruszających się na wózkach inwalidzkich)	3
			29	2-3; 6-7;9	kompleksowe (baza hotelowa, zabiegowa, żywieniowa) dostosowanie dla osób niepełnosprawnych ruchowo (również poruszających się na wózkach inwalidzkich)	7
Kompleksowość – możliwość wykonywania zabiegów	13	jedna odpowiedź do wyboru	30	1-10	basen w lokalizacji	5
			31	2; 6-7; 9	baza hotelowa, żywieniowa i zabiegowa w miejscu	10
Kompleksowość – zabiegi	20	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	32	1-10	indywidualne ćwiczenia w basenie z wodą leczniczą	1
			33	1-10	zbiorowe ćwiczenia w basenie z wodą leczniczą	1
			34	1-10	kąpiel peretkowo - borowinowa	1
			35	1-10	inhalacje indywidualne pneumatyczne	1
			36	1-10	inhalacje indywidualne ultradźwiękowe - naturalne	1
			37	1-10	inhalacje indywidualne ultradźwiękowe - solankowe	1
			38	1-10	inhalacje w kabinie zabiegowej - celkowe	1
			39	1-10	inhalacje Schnitzlera	1

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
			40	1-10	inhalacje aerozolowo- wibracyjne	1
			41	1-10	zawijania lub okłady borowinowe częściowe	1
			42	1-10	zawijania lub okłady borowinowe całkowite	1
			43	1-10	fasony borowinowe	1
			44	1-10	maseczki borowinowe	1
			45	1-10	tampony borowinowe	1
			46	1-10	wlewy borowinowe doodbytnicze	1
			47	1-10	jontoforeza borowinowa	1
			48	1-10	sucha kąpiel kwasowęglowa w naturalnym CO2	1
			49	1-10	kąpiel borowinowa	1
			50	1-10	kąpiel solankowa częściowa	1
			51	1-10	kąpiel solankowa całkowita	1
			52	1-10	kąpiel solankowo - borowinowa częściowa	1
			53	1-10	kąpiel solankowo - borowinowa całkowita	1
			54	1-10	kąpiel kwasowęglowa	1
			55	1-10	kąpiel siarczkowa	1
			56	1-10	kąpiel siarkowodorowa	1
			57	1-10	kąpiel fluorkowo-siarkowa	1
			58	1-10	kąpiel radonowo-siarkowa	1
			59	1-10	kąpiel w zawiesinie borowinowej	1
			60	1-10	kąpiel jodobromowa	1
			61	1-10	kąpiel radonowa w wodzie radoczynnej	1
			62	1-10	płukanie jamy ustnej wodą leczniczą	1
			63	1-10	płukanie przyzębia wodą leczniczą	1
			64	1-10	płukanie oka wodą leczniczą	1
			65	1-10	krenoterapia (kuracja pitna - wody lecznicze)	1
			66	1-10	galwanoborowina	1
			67	1-10	inhalacja solankowa w mikroklimacie okołotęźniowym	1
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	68	1-9	turnusy następujące po sobie przez cały rok	2
			69	3-9	równomierne rozłożenie liczby skierowań w turnusach lub zwiększona liczba skierowań w turnusach od maja do września	3
			70	1-2	równomierne rozłożenie liczby skierowań w turnusach lub zwiększona liczba skierowań w turnusach w zimowej i letniej przerwie szkolnej	3
			71	1-10	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	1

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)		
Cena	15	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

*W kolumnie „Zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „Treść”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „Zakres” oznaczają odpowiednio:

1. UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 18 LAT
2. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DZIECI W WIEKU OD 7 DO 18 LAT
3. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 6 LAT POD OPIEKĄ DOROSŁYCH
4. UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DOROSŁYCH
5. UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DOROSŁYCH URZĄDZONYM PODZIEMNYM WYROBISKU GÓRNICZYM
6. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DOROSŁYCH
7. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DOROSŁYCH URZĄDZONYM PODZIEMNYM WYROBISKU GÓRNICZYM
8. UZDROWISKOWA REHABILITACJA DLA DOROSŁYCH W SZPITALU UZDROWISKOWYM
9. UZDROWISKOWA REHABILITACJA DLA DOROSŁYCH W SANATORIUM UZDROWISKOWYM
10. UZDROWISKOWE LECZENIE AMBULATORYJNE DOROSŁYCH I DZIECI

Załącznik nr 19

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	L.P.	ZAKRES [1]	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość – personel - procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie	16	jedna odpowiedź do wyboru	1	2, 4, 6, 8	procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [2]:	
			2		mniej niż 5%	0
			3		minimum 5%	0,8
			4		minimum 10%	1,6
			5		minimum 15%	2,4
			6		minimum 20%	3,2
			7		minimum 25%	4
			8		minimum 30%	4,8
			9		minimum 35%	5,6
			10		minimum 40%	6,4
			11		minimum 45%	7,2
			12		minimum 50%	8
			13		minimum 55%	8,8
			14		minimum 60%	9,6
			15		minimum 65%	10,4
			16		minimum 70%	11,2
			17		minimum 75%	12
			18		minimum 80%	12,8
			19		minimum 85%	13,6
			20		minimum 90%	14,4
			21		minimum 95%	15,2
			22		100%	16
Jakość – personel – procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz posiadają specjalizację lub	12	jedna odpowiedź do wyboru	23	2, 4, 6, 8	procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [2]:	
			24		mniej niż 5%	0
			25		minimum 5%	0,6

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.), w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie			26		minimum 10%	1,2
			27		minimum 15%	1,8
			28		minimum 20%	2,4
			29		minimum 25%	3
			30		minimum 30%	3,6
			31		minimum 35%	4,2
			32		minimum 40%	4,8
			33		minimum 45%	5,4
			34		minimum 50%	6
			35		minimum 55%	6,6
			36		minimum 60%	7,2
			37		minimum 65%	7,8
			38		minimum 70%	8,4
			39		minimum 75%	9
			40		minimum 80%	9,6
			41		minimum 85%	10,2
			42		minimum 90%	10,8
			43		minimum 95%	11,4
			44		100%	12
Jakość – personel - procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie	8	jedna odpowiedź do wyboru	45	2, 4, 6, 8	procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [2]:	
			46		mniej niż 5%	0
			47		minimum 5%	0,4
			48		minimum 10%	0,8
			49		minimum 15%	1,2
			50		minimum 20%	1,6
			51		minimum 25%	2
			52		minimum 30%	2,4
			53		minimum 35%	2,8
			54		minimum 40%	3,2
			55		minimum 45%	3,6
			56		minimum 50%	4
			57		minimum 55%	4,4
			58		minimum 60%	4,8
			59		minimum 65%	5,2
			60		minimum 70%	5,6
			61		minimum 75%	6
			62		minimum 80%	6,4
			63		minimum 85%	6,8
			64		minimum 90%	7,2
			65		minimum 95%	7,6
			66		100%	8
Jakość –	4	jedna	67	2, 4, 6, 8	procentowy udział łącznego czasu	

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
personel - czas pracy lekarzy wykazanych w ofercie		odpowiedź do wyboru			pracy wykazanych w ofercie lekarzy, których średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [3]:	
			68		mniej niż 5%	0
			69		minimum 5%	0,2
			70		minimum 10%	0,4
			71		minimum 15%	0,6
			72		minimum 20%	0,8
			73		minimum 25%	1
			74		minimum 30%	1,2
			75		minimum 35%	1,4
			76		minimum 40%	1,6
			77		minimum 45%	1,8
			78		minimum 50%	2
			79		minimum 55%	2,2
			80		minimum 60%	2,4
			81		minimum 65%	2,6
			82		minimum 70%	2,8
			83		minimum 75%	3
			84		minimum 80%	3,2
			85		minimum 85%	3,4
			86		minimum 90%	3,6
			87		minimum 95%	3,8
			88		100%	4
Jakość – personel - czas pracy nielekarskiego personelu medycznego wykazanego w ofercie	2	jedna odpowiedź do wyboru	89	1 - 8	procentowy udział łącznego czasu pracy wykazanego w ofercie nielekarskiego personelu medycznego, którego średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy całego nielekarskiego personelu medycznego wykazanego w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [4]:	
			90		mniej niż 5%	0
			91		minimum 5%	0,1
			92		minimum 10%	0,2
			93		minimum 15%	0,3
			94		minimum 20%	0,4
			95		minimum 25%	0,5
			96		minimum 30%	0,6
			97		minimum 35%	0,7
			98		minimum 40%	0,8

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
			99		minimum 45%	0,9
			100		minimum 50%	1
			101		minimum 55%	1,1
			102		minimum 60%	1,2
			103		minimum 65%	1,3
			104		minimum 70%	1,4
			105		minimum 75%	1,5
			106		minimum 80%	1,6
			107		minimum 85%	1,7
			108		minimum 90%	1,8
			109		minimum 95%	1,9
			110		100%	2
Jakość – zewnętrzna ocena jakości	2	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	111	1 - 8	certyfi­kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
Jakość - wyniki kontroli	-1	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	112	1 - 8	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	3
			113		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			114		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			115		niezasadne ordynowanie leków	1
			116		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			117		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			118		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	1
			119		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	2
			120		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3
			121		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	3

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
Kompleksowość - posiadanie systemu wspomagania dowodzenia obejmującego wszystkie oferowane zespoły ratownictwa medycznego	4	jedna odpowiedź do wyboru	122	1 - 8	posiadanie systemu wspomagania dowodzenia obejmującego wszystkie zespoły ratownictwa medycznego [5]	4
Ciągłość – posiadanie działającego systemu teletransmisji EKG obejmującego wszystkie oferowane zespoły ratownictwa medycznego	4	jedna odpowiedź do wyboru	123	1 - 8	dysponowanie we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego działającym systemem transmisji zapisu EKG (12 odprowadzeń), w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących przezskórne interwencje wieńcowe (PCI) i leczenie trombolityczne i/lub SOR – powyższa współpraca powinna zostać potwierdzona stosowną umową [6]	4
Ciągłość – realizacja procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń na podstawie umowy zawartej z Funduszem	1	jedna odpowiedź do wyboru	124	1 - 8	w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń na całym terytorium rejonu operacyjnego, którego dotyczy postępowanie, zdefiniowanym zgodnie z krajowym rejestrem urzędowym podziału terytorialnego kraju (TERYT)	1
Cena – całodobowe zespoły naziemne	0,6	Wartość określona przez oferenta	125	1, 2	Cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2.	
Cena – zespoły czasowe i wodne	0,3	Wartość określona przez oferenta	126	3 - 8	Cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2.	

[1] W kolumnie „Zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczy poziom skalujący wskazany w kolumnie „Poziom skalujący”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „Zakres” oznaczają odpowiednio:

- 66. świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9112.032.08);
- 67. świadczenia udzielane przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9114.032.08);
- 68. świadczenia udzielane przez wodne podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9152.032.08);
- 69. świadczenia udzielane przez wodne specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9154.032.08);
- 70. świadczenia udzielane czasowo przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9113.032.08);
- 71. świadczenia udzielane czasowo przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9115.032.08);

72. świadczenia udzielane czasowo przez wodne podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9153.032.08);
73. świadczenia udzielane czasowo przez wodne specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9155.032.08).

[2] Odpowiedź należy wybrać na podstawie wyliczenia dokonanego zgodnie z następującym wzorem:

$$p = x / y * 100\%$$

gdzie:

- p - procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy o danych kwalifikacjach, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie;
x - łączny średniotygodniowy czas pracy wykazanych w ofercie lekarzy o danych kwalifikacjach;
y - łączny średniotygodniowy czas pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie.

Należy mieć na uwadze, iż na potrzeby powyższego wyliczenia każdy z lekarzy wykazanych w ofercie może zostać przydzielony maksymalnie do jednej z następujących grup:

- lekarze posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- lekarze, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- lekarze, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- pozostali lekarze.

Jeżeli kwalifikacje lekarza pozwalają na przydzielenie go do więcej niż jednej grupy, należy przydzielić danego lekarza do tej z tych grup, która została wymieniona jako pierwsza w powyższym zestawieniu. Na potrzeby dokonywania wyliczeń żaden z lekarzy wykazanych w ofercie nie może zostać przydzielony do więcej niż jednej ze wskazanych powyżej grup.

[3] Odpowiedź należy wybrać na podstawie wyliczenia dokonanego zgodnie z następującym wzorem:

$$p = x / y * 100\%$$

gdzie:

- p - procentowy udział łącznego czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, których średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11-godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie;
x - łączny średniotygodniowy czas pracy wykazanych w ofercie lekarzy, których średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11-godzinną przerwą w pracy;
y - łączny średniotygodniowy czas pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie.

[4] Odpowiedź należy wybrać na podstawie wyliczenia dokonanego zgodnie z następującym wzorem:

$$p = x / y * 100\%$$

gdzie:

- p - procentowy udział łącznego czasu pracy wykazanego w ofercie nieleńskiego personelu medycznego, którego średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy całego nieleńskiego personelu medycznego wykazanego w ofercie;
x - łączny średniotygodniowy czas pracy wykazanego w ofercie nieleńskiego personelu medycznego, którego średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy;
y - łączny średniotygodniowy czas pracy całego nieleńskiego personelu medycznego wykazanego w ofercie.

[5] Dokładny opis parametru określony w odpowiednich przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Uzyskanie punktacji w ramach parametru jest możliwe wyłącznie w przypadku spełnienia wymogów w stosunku do wszystkich zespołów ratownictwa medycznego mających funkcjonować w rejonie operacyjnym, którego dotyczy postępowanie, bez względu na zakres świadczeń.

Dopuszcza się przyznanie punktacji ofercie w ramach parametru w sytuacji, gdy system zostanie udostępniony przez wojewodę świadczeniodawcy wyłonionemu w toku postępowania. Jeżeli system, który ma zostać udostępniony przez wojewodę spełnia w całości

wymagania stawiane w ramach parametru oceny, wówczas punktację przyznaje się wszystkim ofertom biorącym udział w postępowaniu. Jeżeli system, który ma zostać udostępniony przez wojewodę tylko w części spełnia wymagania stawiane w ramach parametru oceny, wówczas punktację przyznaje się tym ofertom, które zapewniają spełnienie tych wymogów stawianych w ramach parametru oceny, które nie są spełniane przez system, który ma zostać udostępniony przez wojewodę.

[6] Uzyskanie punktacji w ramach parametru jest możliwe wyłącznie w przypadku spełnienia wymogów w stosunku do wszystkich zespołów ratownictwa medycznego mających funkcjonować w rejonie operacyjnym, którego dotyczy postępowanie, bez względu na zakres świadczeń.

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 4 etatów	8
			2	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 2 etatów	6
			3	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków	pielęgniarka - powyżej równoważnika 6 etatów	6
			4	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków	pielęgniarka - powyżej równoważnika 3 etatów	4
			5	udział personelu pielęgniarskiego wg minimalnych norm zatrudnienia wg rozporządzenia MZ	zapewnienie opieki pielęgniarskiej w sposób odpowiadający normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	4
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			7		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			8		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			9		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty(równoważnik co najmniej 1 etatu);	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	10		certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			11		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			12		certyfikat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			13		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			14		certyfikat ISO 22000 systemu	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					zarządzania bezpieczeństwem żywności	
Jakość – zewnątrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	15		certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	16		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			17		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapi i	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	18		prorowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, ang. <i>Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections</i>) w zewnątrznych badaniach wieloośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	3
			19		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3
			20		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek	3
			21		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			22		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	1
			23		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk zużywanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	1
			24		szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznanym zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			25		szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoooperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
			26		szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	1
			27		szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		jedna odpowiedź do wyboru	28		monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyki	2
			29		monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	3
			30		monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej przez pielęgniarkę epidemiologiczną pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	31		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			32		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			33		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			34		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów	3

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
			35		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			36		niezasadne ordynowanie leków	1
			37		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			38		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			39		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			40		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			41		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			42		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			43		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			44		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych,	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	45		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			46		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji	2

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			47		możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	
					co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	20	jedna odpowiedź do wyboru	48	dostęp do poradni o profilu onkologicznym	występuje w podmiocie i ofercie	4
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	49	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	CT	1
			50		USG	1
			51		mammografia	1
			52		RTG	1
			53		scyntygrafia	1
			54		badania endoskopowe	1
			55		oznaczanie markerów nowotworowych	1
			56		badanie histopatologiczne	1
			57		morfologia krwi i diagnostyka biochemiczna	1
			58		badanie cytomorfologiczne	1
			59		badanie cytochemiczne	1
			60		badanie immunofenotypowe szpiku	1
		jedna odpowiedź do wyboru	61	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	62	ustalone zasady współpracy	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERS ZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	63	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie		5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

Załącznik nr 21

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKO WYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 3 etatów	8
			2	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 1 etatów	6
			3	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania substancji aktywnych w chemioterapii	pielęgniarka - powyżej równoważnika 6 etatów	6
			4	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania substancji aktywnych w chemioterapii	pielęgniarka - powyżej równoważnika 3 etatów	4
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	5	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			6		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			7		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			8		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty(równoważnik co najmniej 1 etatu);	1
		jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9		certyfiat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			10		certyfiat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			11		certyfiat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			12		certyfiat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			13		certyfiat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKO WYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość – zewnętrzna ocena - akredytacja Ministra Zdrowia	6	Jedna odpowiedź do wyboru	14		certyfi­kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		Jedna odpowiedź do wyboru	15		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			16		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			18		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			19		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			20		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			21		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			22		niezasadne ordynowanie leków	1
			23		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			24		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno- prawnych prowadzonej działalności	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKO WYCH
1	2	3	4	5	6	7
			25		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			26		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			27		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			28		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			29		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			30		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawn ych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	31		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			32		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			33		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	15	jedna odповідь do wyboru	34	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu	7 dni	5
					6 dni	2
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od	35	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	CT	1
			36		USG	1
			37		mammografia	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM							
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKO WYCH	
1	2	3	4	5	6	7	
		wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	38		RTG	1	
			39		scyntygrafia	1	
			40		badania endoskopowe	1	
			41		oznaczanie markerów nowotworowych	1	
			42		badanie histopatologiczne	1	
			43		morfologia krwi i diagnostyka biochemiczna	1	
			44		badanie cytomorfologiczne	1	
			45		badanie cytochemiczne	1	
			46		badanie immunofenotypowe szpiku	1	
		jedna odповідь do wyboru	47	przygotowywan ie indywidualnych dawek leków	przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5	
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	48	ustalone zasady współpracy	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1	
		Ciągłość	5		49	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
		Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.			

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE AMBULATORYJNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 3 etatów	8
			2	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 1 etatów	6
			3	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków	pielęgniarka - powyżej równoważnika 3 etatów	6
			4		pielęgniarka - powyżej równoważnika 1 etatów	4
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	5	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			6		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			7		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			8		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty(równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
Jakość – zewnętrzna ocena - systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9		certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			10		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			11		certyfikat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			12		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			13		certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	14		certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	15		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			16		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki	-5	jedna lub	17		udzielenie świadczeń przez personel	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE AMBULATORYJNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
kontroli		więcej odpowiedzi do wyboru			o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	
			18		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			19		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			20		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			21		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			22		niezasadne ordynowanie leków	1
			23		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			24		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			25		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			26		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			27		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			28		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			29		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			30		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE AMBULATORYJNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawn ych,	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	31		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			32		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			33		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	15	jedna odpowiedź do wyboru	34	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu	7 dni	5
			35		6 dni	2
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	36	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	USG	1
			37		RTG	1
			38		markery nowotworowe	1
			39		badania laboratoryjne i badania mikrobiologiczne	1
		jedna odpowiedź do wyboru	40	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidulnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących	41	ustalone zasady współpracy	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE AMBULATORYJNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		danego zakresu świadczeń				
Ciągłość	5		42	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie		5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie określonej w opisie programu, wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	lekarz specjalista – co najmniej równoważnik 4 etatów	8
			2		lekarz specjalista – równoważnik 2 etatów	6
			3		lekarz specjalista – równoważnik 1 etatów	3
			4	czas pracy pielęgniarek wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	pielęgniarka - co najmniej równoważnik 4 etatów	4
			5		pielęgniarka - równoważnik 3 etatów	3
			6		pielęgniarka - równoważnik 1 etatu	2
			7	czas pracy personelu pielęgniarskiego wg minimalnych norm zatrudnienia wg rozporządzenia MZ	zapewnienie opieki pielęgniarskiej w sposób odpowiadający normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	2
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	8	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			9		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			10		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			11		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty(równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
			12		fizjoterapeuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13		certyfi k at ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14		certyfi k at ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			15		certyfi k at OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			16		certyfi k at ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem	1

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					informacji	
			17		certyifikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnątrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	18		certyifikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	19		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			20		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			22		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			23		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			24		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			25		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			26		niezasadne ordynowanie leków	1
			27		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			28		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			29		udzielanie świadczeń w miejscach	2

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	
			30		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			31		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			32		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			33		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			34		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity Dz. U. 2013.1409)	2
			36		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			37		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	10	jedna odpowiedź do wyboru w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu	38	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu	5- i powyżej 5 dni	5
			39		3-4 dni	2
			40		2 dni	1

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		świadczeń				
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	20	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	41	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	NMR	1
			42		CT	1
			43		USG	1
			44		echo serca	1
			45		mammografia	1
			46		RTG	1
			47		EKG	1
			48		EMG	1
			49		ECHO lub MUGA(scytygrafia bramkowana serca)	1
			50		scyntygrafia	1
			51		scyntygrafia perfuzyjna płuc	1
			52		badania endoskopowe	1
			53		badania genetyczne	1
			54		potencjały wywołane (WPW)	1
			55		dializoterapia	1
			56		densytometria	1
			57		spiroergometria	1
			58		spirometria	1
			59		testy czynnościowe płuc (w tym pletyzmografia)	1
			60		badanie histopatologiczne	1
			61		badanie immunohistochemiczne	1
			62		diagnostyka biochemiczna (np biomarkery - troponina, NT-pro- BNP)	1
			63		markery nowotworowe	1
			64		badania hormonalne (np. oznaczanie poziomu hormonów)	1
			65		badania hematologiczne (np morfologia krwi, FAG, ocena układu krzepnięcia)	1
			66		badanie wirusologiczne	1
			67		oligoklonalne Ig ww płynie M-R	1
			68		badanie mikrobiologiczne	1
			69		badanie bakteriologiczne	1
			70		biopsja lub trepanobiopsja szpiku	1
			71		badanie immunofenotypowe szpiku	1
			72		badania cytogenetyczne	1
			73		badania cytomorfologiczne	1
			74		badania cytochemiczne	1
			75		badanie molekularne	1
			76		koagulogram	1
			77		test na antykoagulant	1
			78		oznaczanie miana antykoagulantu	1

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					w jedn. Bethesda	
			79		badania immunologiczne(panel autoimmunologiczny)	1
			80		badania serologiczne	1
			81		audiogram	1
			82		badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	1
		jedna odpowieź do wyboru	83	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	Przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5
Ciągłość	5	jedna odpowieź do wyboru	84	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie		5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

Załącznik nr 24

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie określonej w opisie programu, wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	lekarz specjalista – co najmniej równoważnik 4 etatów	8
			2		lekarz specjalista – równoważnik 2 etatów	6
			3		lekarz specjalista – równoważnik 1 etatów	3
			4	czas pracy pielęgniarek wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	pielęgniarka - co najmniej równoważnik 4 etatów	4
			5		pielęgniarka - równoważnik 3 etatów	3
			6		pielęgniarka - równoważnik 1 etatu	2
			7	czas pracy personelu pielęgniarskiego wg minimalnych norm zatrudnienia wg rozporządzenia MZ	zapewnienie opieki pielęgniarskiej w sposób odpowiadający normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	2
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	8	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			9		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			10		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			11		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty (równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
			12		fizjoterapeuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
Jakość – zewnętrzna ocena - systemy	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13		certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
zarządzania			15		certyfiat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			16		certyfiat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			17		certyfiat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena - akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	18		certyfiat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	19		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			20		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			22		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			23		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			24		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			25		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			26		niezasadne ordynowanie leków	1
			27		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			28		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie	1

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	
			29		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			30		nieuзgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			31		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			32		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			33		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			34		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			36		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			37		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	10	jedna odpowiedź do wyboru w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	38	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu (dotyczy poradni)	5- i powyżej 5 dni	5
			39		3-4 dni	2
			40		2 dni	1
Kompleksowość – dostęp do badań	20	jedna lub więcej	41	diagnostyka w lokalizacji	NMR	1
			42		CT	1

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
i zabiegów		odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	43	udzielenia świadczeń	USG	1
			44		echo serca	1
			45		mammografia	1
			46		RTG	1
			47		EKG	1
			48		EMG	1
			49		ECHO lub MUGA (scyntygrafia bramkowana serca)	1
			50		scyntygrafia	1
			51		scyntygrafia perfuzyjna płuc	1
			52		badania endoskopowe	1
			53		badania genetyczne	1
			54		potencjały wywołane (WPW)	1
			55		dializoterapia	1
			56		densytometria	1
			57		spiroergometria	1
			58		spirometria	1
			59		testy czynnościowe płuc (w tym pletznomografia)	1
			60		badanie histopatologiczne	1
			61		badanie immunohistochemiczne	1
			62		diagnostyka biochemiczna (np biomarkery - troponina, NT-pro-BNP)	1
			63		markery nowotworowe	1
			64		badania hormonalne (np. oznaczanie poziomu hormonów)	1
			65		badania hematologiczne (np. morfologia krwi, FAG, ocena układu krzepnięcia)	1
			66		badanie wirusologiczne	1
			67		oligoklonalne Ig ww płynie M-R	1
			68		badanie mikrobiologiczne	1
			69		badanie bakteriologiczne	1
			70		biopsja lub trepanobiopsja szpiku	1
			71		badanie immunofenotypowe szpiku	1
			72		badania cytogenetyczne	1
			73		badania cytomorfologiczne	1
			74		badania cytochemiczne	1
			75		badanie molekularne	1
			76		koagulogram	1
			77		test na antykoagulant	1
			78		oznaczanie miana antykoagulantu w jedn. Bethesda	1
			79		badania immunologiczne(panel autoimmunologiczny)	1
			80		badania serologiczne	1

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			81		audiogram	1
			82		badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	1
			83		badania enzymatyczne	1
		jedna odpowieź do wyboru	84	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	Przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5
		Ciągłość	5		85	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 148 ust. 3 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.), którego istotą regulacji jest określenie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mające na celu zapewnienie prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze 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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Michał Misiura – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 260, e-mail: m.misiura@mz.gov.pl	Data sporządzenia 23 maja 2014 r. Źródło: Art. 148 ust. 3 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.) Nr w wykazie prac brak
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 148 ust. 3 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.), którego istotą regulacji jest określenie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mające na celu zapewnienie prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie powinno przyczynić się do wypracowania bardziej efektywnego modelu porównania ofert w toku postępowania a pośrednio do polepszenia sytuacji świadczeniobiorców oraz właściwego wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	33 011 012 osób	Centralny Wykaz Ubezpieczonych – stan na dzień 31 grudnia 2012 r.	Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmianę zasad prowadzenia list oczekujących oraz ułatwienie korzystania z systemu opieki zdrowotnej poprzez jego uporządkowanie
Świadczeniodawcy	33 022 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Poprawienie zarządzania poprzez określenie standardu prowadzenia rachunku kosztów świadczeń oraz wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie prestiżu zawodu oraz dodatkowe finansowanie za wzmożoną czujność onkologiczną i monitorowanie pacjenta onkologicznego we współpracy ze specjalistą

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Zakłada się 30-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach uzgodnień i konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Związku Miast Polskich, Związku Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentu Marszałków Województw, samorządów wojewódzkich, wojewodów, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Narodowego Instytutu Leków, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
- b) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny,
- c) rektorów uczelni medycznych,
- d) samorządów zawodowych (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych),
- e) stowarzyszeń zawodowych (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”, Izba Gospodarcza „Apteka Polska”, Ogólnopolska Izba Gospodarcza WYROBÓW MEDYCZNYCH POLMED, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego),
- f) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym działających na rzecz pacjentów (tj.: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Ogólnopolskie Forum Pediatricznej Opieki Paliatywnej, Unia Farmaceutów Właścicieli Aptek, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu),
- g) instytutów badawczych (tj.: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie),
- h) organizacji pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych; Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego).

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych													
(ceny stałe z ... r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania													
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń													
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe													
Skutki													
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)					
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-					
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-					
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-					
	(dodaj/usuń)												
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa												
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw												
	rodzina, obywatele oraz												

	gospodarstwa domowe	
	(dodaj/usuń)	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☐ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Komentarz: Swoje obowiązki NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt powinien pośrednio przyczynić się do polepszenia sytuacji świadczeniobiorców poprzez ulepszenie mechanizmu wyboru ofert w trakcie postępowań o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Po wejściu przepisów w życie.
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Nie dotyczy.
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)
Brak

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie zakresu informacji przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom oraz marszałkom województw**

Na podstawie art. 190 ust. 3 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywania tych informacji.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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 i

- 1) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy o statystyce publicznej;
- 2) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych – obowiązującą Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591 oraz z 2013 r. poz. 2);
- 3) umowa – umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) identyfikator gminy – identyfikator gminy z rejestru TERYT, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;
- 5) świadczenie – świadczenie gwarantowane.

§ 3. 1. Roczne sprawozdanie z działalności Funduszu zawiera informacje w zakresie:

- 1) realizacji zadań Funduszu;
- 2) oceny dostępności do świadczeń;
- 3) zagadnień organizacyjnych Funduszu;
- 4) realizowanych przez Fundusz projektów z zakresu informatyzacji.

2. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej realizacji zadań Funduszu zawiera informacje dotyczące:

- 1) przeprowadzonych konkursów ofert, rokowań oraz zawartych umów;
- 2) monitorowania realizacji umów i ich rozliczania;
- 3) wdrażania, realizowania, finansowania, monitorowania, nadzorowania i kontrolowania programów zdrowotnych;
- 4) podejmowanych działań w zakresie promocji zdrowia;
- 5) prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, w tym szczegółowych informacji o liczbie:
 - a) ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie z podziałem na osoby płacące składkę na ubezpieczenie zdrowotne i członków rodzin,
 - b) innych osób uprawnionych do świadczeń;
- 6) zrealizowanych działań dotyczących określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów;

7) monitorowania i koordynowania realizacji uprawnień wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2 i 6, są sporządzane odrębnie dla każdego zakresu świadczeń, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–13, i zawierają co najmniej:

- 1) krótką charakterystykę, z uwzględnieniem opisu przyjętego przez Fundusz sposobu zawierania umów i rozliczania w okresie sprawozdawczym;
- 2) dane dotyczące świadczeń będących przedmiotem umów, w tym:
 - a) liczby świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy,
 - b) liczby, wartości i realizacji zawartych umów,
 - c) liczby udzielonych świadczeń i osób, którym udzielono świadczenia.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, są zestawiane z danymi za dwa lata poprzedzające rok, za który sporządzane jest sprawozdanie.

5. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej oceny dostępności do świadczeń zawiera informacje charakteryzujące dostępność do świadczeń, dotyczące:

- 1) czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących;
- 2) geograficznej dostępności świadczeń;
- 3) wskazania zakresów świadczeń, co do których nie zawarto umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w liczbie gwarantującej planowane zabezpieczenie świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn.

6. Roczne sprawozdanie w zakresie zagadnień organizacyjnych Funduszu zawiera informacje dotyczące:

- 1) stanu zatrudnienia w centrali i oddziałach wojewódzkich, według stanu na koniec okresu sprawozdawczego;
- 2) średniego miesięcznego wynagrodzenia w centrali i oddziałach wojewódzkich, według stanu na koniec okresu sprawozdawczego;
- 3) przeprowadzonych kontroli zewnętrznych i wewnętrznych, w tym audytu wewnętrznego.

§ 4. 1. Okresowe sprawozdania z działalności Funduszu są sporządzane co kwartał i po przyjęciu przez Radę Funduszu są przekazywane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie 75 dni od dnia zakończenia kwartału.

2. Zakres informacji zawartych w okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu oraz wzór okresowego sprawozdania z działalności Funduszu jest określony w załączniku nr 1 do

rozporządzenia.

3. Okresowe sprawozdania z działalności Funduszu są sporządzane w wersji papierowej oraz elektronicznej.

§ 5. 1. Minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Oddział wojewódzki Funduszu sporządza informacje, o których mowa w ust. 1, według stanu na koniec każdego kwartału, i przekazuje je właściwemu wojewodzie oraz marszałkowi województwa nie później niż w terminie 75 dni od zakończenia kwartału.

§ 6. 1. Dane, o których mowa w § 3 ust. 1, są przekazywane w formie komunikatów elektronicznych, poprzez dostarczenie nośnika umożliwiającego odczyt informacji w sposób cyfrowy z zapisanym na nim komunikatem albo poprzez teletransmisję komunikatu.

2. Wzór budowy komunikatów, o których mowa w ust. 1, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

3. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 1, obejmuje:

- 1) fazę pierwszą – rejestrację przez Fundusz faktu wysłania odbiorcy komunikatu elektronicznego;
- 2) fazę drugą – dostarczenie odbiorcy nośnika z komunikatem albo przesłanie komunikatu poprzez jego teletransmisję;
- 3) fazę trzecią – rejestrację przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu i kontrolę jego poprawności;
- 4) fazę czwartą – potwierdzenie przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu, zawierające datę otrzymania komunikatu i jego identyfikator, lub przyczynę odrzucenia komunikatu.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw (Dz. U. Nr 152, poz. 127 i Nr 266, poz. 2249 oraz z 2006 r. Nr 111, poz. 756 i Nr 242, poz. 1757), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 23 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

ZAŁĄCZNIK nr 1

OKRESOWE SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

**INSTRUKCJA OGÓLNA
(do wszystkich tabel)**

I. Wypełnianie komórek w tabelach.

1. Każda komórka w tabelach sprawozdawczych musi być wypełniona.
2. W tabelach podaje się wartości w: (a) złotych lub (b) tysiącach złotych. Wartości podawane w złotych podaje się z dokładnością do jednej złotówki, zaś w przypadku wartości podawanych w tysiącach złotych kwoty podaje się z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
3. W komórkach, gdzie powinny znajdować się wartości liczbowe, dopuszczalne jest umieszczanie wyłącznie następujących znaków:

- ☐ **liczb**,
- ☐ **bd** - gdy brak danych (ale dane zjawisko występuje),
- ☐ **nd** - gdy nie dotyczy (dane zjawisko nie dotyczy danego oddziału wojewódzkiego, np. nie kontraktuje danego rodzaju świadczeń).

Wszelkie inne znaki (-, X, *) oraz przypisy są niedopuszczalne - "0" - powinno pojawiać się tylko wtedy, gdy liczba przypadków równa jest "0", gdy np. mimo ogłoszenia konkursu nie wpłynęła żadna oferta. "0" nie może oznaczać: "nie dotyczy".

Dodatkowe komentarze, przypisy należy umieszczać w kolumnie "uwagi" lub pod tabelą, z dokładnym odniesieniem do kolumny i wiersza, którego dotyczą.

4. Nie wolno zmieniać położenia tabel (numeru wiersza i kolumny, od której się zaczynają) ani łączyć kolumn, o ile instrukcja pod tabelą nie dopuszcza takiej możliwości.

SPIS TABEL

tytuł tabeli	Numer
Działalność organów Funduszu - Prezes i Zastępcy Prezesa NFZ	I.1.1
Działalność organów Funduszu - wykaz zarządzeń Prezesa NFZ	I.1.2
Działalność organów Funduszu - skład Rady NFZ	I.2.1
Działalność organów Funduszu - wykaz uchwał Rady NFZ	I.2.2
Działalność organów Funduszu - liczba posiedzeń Rady NFZ	I.2.3
Działalność organów Funduszu - dyrektorzy OW NFZ	I.3
Działalność organów Funduszu - opis działalności Rad OW NFZ	I.4
Działalność organów Funduszu - struktura organizacyjna	I.5
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - stan zatrudnienia	I.6
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto	I.7.1
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wynagrodzenie Prezesa i Zastępców Prezesa	I.7.2
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wynagrodzenie w Centrali NFZ	I.7.3

Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wynagrodzenie w Oddziałach NFZ	I.7.4
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wykształcenie pracowników NFZ	I.8
Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	I.9
Sprawy sądowe - zestawienie spraw sądowych ostatecznie zakończonych w okresie sprawozdawczym	I.10.1
Sprawy sądowe - wykaz spraw sądowych wszczętych w danym okresie sprawozdawczym	I.10.2
Sprawy sądowe - wykaz spraw sądowych zakończonych prawomocnym orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym	I.10.3
Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych wniesionych w danym okresie sprawozdawczym	I.10.4
Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych zakończonych orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym	I.10.5

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. I

I.1.1. Działalność organów Funduszu - Prezes i Zastępcy Prezesa Funduszu[1]					
Sprawozdanie za kwartał 20..... roku					
lp.	imię i nazwisko	funkcja	data powołania	data odwołania	uwagi
1	2	3	4	5	6
		Prezes			
		Zastępca Prezesa			
		Zastępca Prezesa			
		Zastępca Prezesa ds. służb mundurowych			

Instrukcja: [1] W przypadku gdy w okresie sprawozdawczym nastąpiły zmiany w składzie, proszę wykazać wszystkie zmiany, dodając odpowiednią liczbę wierszy poniżej wiersza dotyczącego stanowiska, na którym nastąpiły zmiany.

I.1.2 Działalność organów Funduszu - Wykaz zarządzeń Prezesa Funduszu							
Sprawozdanie kwartalne od początku roku do końca kwartału 20..... roku							
lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	zmiany [1]		uwagi
					numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązuje od dnia	
1	2	3	4	5	6	7	8

Instrukcja: [1] Kolejne zmiany należy wykazywać w jednym wierszu, nie dodając ani nowych wierszy, ani kolumn. W przypadku gdy zmiana polega na uchyleniu całego zarządzenia i uchwaleniu nowego, informacja o nowym zarządzeniu (numerze identyfikacyjnym, rozpoczęciu obowiązywania) powinna zostać wpisana w osobnym wierszu, utworzonym poniżej. Jeżeli zmiana polega na uchyleniu zarządzenia bez uchwalenia nowego, odpowiednią informację o tym należy zamieścić w kol. 8 w wierszu dotyczącym uchylonego zarządzenia.

I.2.1. Działalność organów Funduszu - Skład Rady Funduszu[1]							
Sprawozdanie za kwartał 20..... roku							
lp.	osoby powołane przez Ministra właściwego do spraw zdrowia	imię i nazwisko	funkcja pełniona w Radzie	data		wykształcenie	egzamin na członka rady nadzorczej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa (data zdania)
				powołania na daną funkcję w Radzie	zaprzestania pełnienia funkcji z podaniem przyczyny[2]		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia						
2	wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia						
3	wskazana przez Prezesa Rady Ministrów						
	spośród kandydatów wskazanych przez						
4	Rzecznika Praw Obywatelskich						
5	Trójstronnej Komisji do spraw Społeczno-Gospodarczych						
6	Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego						
7	organizacje pacjentów						
8	MON, MS i MSW						
9	ministra właściwego do spraw finansów						

Instrukcja: [1] W przypadku gdy w okresie sprawozdawczym nastąpiły zmiany w składzie, proszę wykazać wszystkie zmiany, dodając odpowiednią liczbę wierszy poniżej wiersza dotyczącego osoby, która została zmieniona [2] np. odwołanie, rezygnacja.

I.2.2. Działalność organów Funduszu - Wykaz uchwał Rady Funduszu podjętych w roku sprawozdawczym								
Sprawozdanie kwartalne od początku roku do końca kwartału 20..... roku								
lp.	nazwa uchwały	kategoria[1]	numer identyfikacyjny	data uchwalenia	obowiązuje od dnia:	zmiany [2]:		uwagi
						numer identyfikacyjny aktu zmieniającego	obowiązuje od dnia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Instrukcja: [1] Proszę przypisać każdej uchwale jedną z poniższych kategorii (wyłącznie cyfrę rzymską): I. kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności; II. uchwalanie planu pracy Funduszu na dany rok; III. uchwalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych; IV. opiniowanie projektu planu finansowego na dany rok; V. opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu; VI. przyjmowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu; VII. przyjmowanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu; VIII. podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji

przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu; IX kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu; X wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji; XI. powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 102 ust. 2; XII. odwoływanie Prezesa Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 102 ust. 3; XIII. powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 103 ust. 2 i 3; XIV. inne. [2] Kolejne zmiany należy wykazywać w jednym wierszu, nie dodając ani nowych wierszy ani kolumn. W przypadku gdy zmiana polega na uchynieniu całego aktu prawnego i uchwaleniu nowego, informacja o nowym akcie (numeryze identyfikacyjnym, rozpoczęciu obowiązywania) powinna zostać wpisana w osobnym wierszu, utworzonym poniżej.

I.2.3 Proszę wpisać liczbę posiedzeń Rady NFZ od początku roku do końca _____ kwartału 20...: oraz wymienić omawiane punkty obrad

I.3. Działalność organów Funduszu - Dyrektorzy Wojewódzkich Oddziałów NFZ [1]					
Sprawozdanie za kwartał 200..... roku					
I.p.	oddział wojewódzki	imię i nazwisko	data powołania	data odwołania	uwagi
1	2	3	4	5	6
	wpisać nazwę oddziału				

Instrukcja: [1] W przypadku gdy w okresie sprawozdawczym nastąpiły zmiany w składzie, proszę wykazać wszystkie zmiany, dodając odpowiednią liczbę wierszy poniżej wiersza dotyczącego stanowiska, na którym nastąpiły zmiany.

I.4. Proszę opisać działalność Rad Wojewódzkich Oddziałów za... półrocze 20... roku.

I.5 Struktura Organizacyjna

W sprawozdaniu z działalności za I kwartał oraz za IV kwartał należy załączyć schematy:

1. Centrali do poziomu Departamentu,
2. Centrali - każdy Departament do najmniejszej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska (z podaniem obsady osobowej każdej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska),
3. Wojewódzkiego Oddziału - dla każdego Oddziału odrębnie do najmniejszej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska z podaniem obsady osobowej każdej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska.

Przez obsadę osobową należy rozumieć podanie jedynie **liczby** osób zatrudnionych w komórce organizacyjnej - zarówno w etatach jak i osobach, zgodnie z wykazanim stanem zatrudnienia na koniec okresu sprawozdawczego

I.6. Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Stan zatrudnienia							
Sprawozdanie za kwartał 200.... roku							
		grupy	stan zatrudnienia na koniec okresu sprawozdawczego			średnie zatrudnienie[1]	
			planowane etaty	wykonanie		osoby	etaty
				etaty	osoby		
1.	2	3.	4.	5.	6.	7.	
ogółem Fundusz (Centrala + Wojewódzkie Oddziały)							
Centrala	kadra kierownicza [2]						
	pracownicy administracji[3]						
	obsługa techniczna[4]						

	razem					
oddziały Funduszu łącznie	kadra kierownicza [2]					
	pracownicy administracyjni[3]					
	obsługa techniczna[4]					
	razem					
zatrudnienie w poszczególnych OW NFZ						
[nazwa Oddziału]	kadra kierownicza [2]					
	pracownicy administracyjni[3]					
	obsługa techniczna[4]					
	razem					

Instrukcja: [1] Przy obliczaniu przeciętnego średniego zatrudnienia należy zastosować metodę średniej arytmetycznej. Zgodnie z opisem GUS: Przeciętne miesięczne zatrudnienie, obliczane metodą średniej arytmetycznej, jest ilorazem sumy stanów zatrudnienia w poszczególnych dniach pracy w danym miesiącu i liczby dni kalendarzowych w miesiącu. Do dni pracy w miesiącu wlicza się przypadające w tym czasie niedziele, święta oraz dni wolne od pracy. Dla tych dni przyjmuje się stan zatrudnienia z dnia poprzedniego lub następnego, jeżeli miesiąc rozpoczyna się dniem wolnym od pracy. W stanach dziennych nie uwzględnia się osób przebywających na urloпах bezpłatnych. Przeciętne zatrudnienie w kwartale jest ilorazem sumy przeciętnej liczby zatrudnionych w poszczególnych miesiącach kwartału i liczby miesięcy w danym okresie. [2] Do grupy tej należy zaliczyć osoby zajmujące stanowiska: dyrektora, głównego księgowego, zastępcy dyrektora, audytora wewnętrznego, rzecznika prasowego, radcy prawnego, , naczelnika wydziału, kierownika działu oraz kierownika sekcji. [3] Do grupy tej należy zaliczyć osoby zajmujące stanowiska: głównego specjalisty, Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych, starszy specjalista/informatyk/księgowy, specjalisty, informatyka, księgowego, archiwisty, kasjer, starszy referent, referent, inspektor, pracownik techniczny (z wyłączeniem osób, które zostały zaliczone do kadry kierowniczej). [4] Do grupy tej należy zaliczyć osoby na stanowisku kierowca, magazynier, portier, sprzątaczkę.

I.7.1 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Przeciętne wynagrodzenie miesięczne brutto w okresie sprawozdawczym				
Sprawozdanie za kwartał 20.... roku				
	l.p.		przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres sprawozdawczy w zł brutto [1]:	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od stycznia do końca bieżącego kwartału
		Centrala [2]		
		[nazwa] wojewódzki Oddział		

Instrukcja: [1] Przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres sprawozdawczy proszę obliczyć w sposób przyjęty przez GUS, tj. suma wynagrodzeń osobowych, wypłaconych w okresie sprawozdawczym, finansowanych przez zakład pracy, dzielone przez przeciętne zatrudnienie w okresie sprawozdawczym, [2] wraz z wynagrodzeniami Prezesa i Zastępców Prezesa.

I.7.2 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wynagrodzenie Prezesa i Zastępców Prezesa				
Sprawozdanie za kwartał 20... roku				
lp.	Prezes i Zastępcy	miesięczne wynagrodzenie [2]	przeciętne miesięczne	nagroda roczna [1]

	Prezesa	I miesiąc kwartału	II miesiąc kwartału	III miesiąc kwartału	wynagrodzenie w zł brutto	kwota	za który rok
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Prezes						
2	Zastępca Prezesa						
3	Zastępca Prezesa						
4	Zastępca Prezesa ds. Służb mundurowych						

Instrukcja: [1] W tej tabeli odrębnie wykazywana jest kwota nagrody rocznej i dlatego nie należy jej uwzględniać ani w miesięcznym wynagrodzeniu, ani w przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu. [2] W przypadku wypłaty świadczeń o charakterze jednorazowym (odprawa, nagroda jubileuszowa) kwoty tej prosimy nie dodawać do miesięcznego wynagrodzenia w poszczególnych miesiącach kwartału, a jedynie uwzględnić w kolumnie "przeciętne miesięczne wynagrodzenie".

I.7.3 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wynagrodzenie w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w zł					
Sprawozdanie za kwartał 20... roku					
I.p.	wynagrodzenie	Prezes i Zastępcy Prezesa	kadra kierownicza	pracownicy administracyjni	obsługa techniczna
1	2	3	4	5	6
1	Ogółem, w tym:				
2	zasadnicze				

I.7.4 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wynagrodzenie w Oddziałach Wojewódzkich NFZ w zł[1]									
Sprawozdanie za kwartał 20.... Roku									
I.p.	Oddział	Dyrektor i zastępcy dyrektora		kadra kierownicza		pracownicy administracyjni		obsługa techniczna	
		ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze
1.	Nazwa Oddziału								

Instrukcja: [1] Przeciętne wynagrodzenie w przeliczeniu na 1 etat.

I.8 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wykształcenie pracowników Narodowego Funduszu					
Sprawozdanie za kwartał 20.. roku					
	grupy	liczba pracowników	wykształcenie		
			wyższe	średnie	pozostałe
1	2	3	4	5	6
Centrala	kadra kierownicza				
	pracownicy administracyjni				
	obsługa techniczna				

	razem				
[nazwa] oddział wojewódzki	kadra kierownicza				
	pracownicy administracyjni				
	obsługa techniczna				
	razem				

I.9 Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego						
Sprawozdanie według stanu na koniec kwartału 20.... roku						
l.p.	Wojewódzki Oddział	w sprawach dotyczących	liczba			
			decyzji wydanych przez dyrektora OW w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	odwołań od decyzji dyrektorów wniesionych do Prezesa NFZ	decyzji zmienionych lub uchylonych przez Prezesa NFZ	wniesionych do sądu administracyjnego skarg na decyzje Prezesa NFZ
1	2	3	4	5	6	7
1.	[nazwa]	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym				
		ustalenia prawa do świadczeń				

I.10.1 Sprawy sądowe - Zestawienie spraw sądowych ostatecznie zakończonych w okresie sprawozdawczym											
Sprawozdanie kwartalne narastająco od początku roku do końca kwartału 20.... roku											
l.p.	Oddział Wojewódzki	Sprawy									
		z tytułu tzw. "ustawy 203"		związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity		o zapłatę wynikające z wykonania umowy		z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	[nazwa]										

I.10.2 Sprawy sądowe - Wykaz spraw sądowych[1] wszczętych w okresie sprawozdawczym - z wyjątkiem spraw karnych i karnoskarbowych oraz spraw z zakresu prawa pracy					
Sprawozdanie za... kwartał 20....roku					
l.p.	rodzaj [2] i przedmiot [3] sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	etap sprawy [5]
		OW NFZ	pozycja w sprawie [4]		
1	2	3	4	5	6

I.10.3 Sprawy sądowe Wykaz spraw sądowych zakończonych prawomocnym orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym łącznie -ze sprawami karnymi i karno-skarbowymi, z wyłączeniem spraw z zakresu prawa pracy

Sprawozdanie za kwartał 20.... roku

l.p.	rodzaj [2] i przedmiot [3] sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	organ orzekający[6]	Rozstrzygnięcie sprawy		
		OW NFZ	pozycja w sprawie [4]			Data orzeczenia	podstawa prawna [7]	rozstrzygnięcie
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Instrukcja: [1] Należy wpisywać wszystkie sprawy, w których występuje Narodowy Fundusz Zdrowia lub jego pracownik w związku z wykonywaniem przez niego obowiązków służbowych. Mają to być wszystkie sprawy wszczęte w danym okresie sprawozdawczym, nawet jeżeli zostały w jakikolwiek sposób zakończone. W przypadku zakończenia w tym samym okresie sprawozdawczym wszczętej sprawy, należy ją powtórzyć w tabeli. Tabela prezentuje wyłącznie dane dotyczące spraw zakończonych w danym kwartale, tj. do ostatniego dnia kwartału. [2] Rodzaje spraw: cywilne, administracyjne, karne, karno-skarbowe. W przypadku innych spraw należy wpisać ich rodzaj, a następnie je wymienić. [3] Przedmiot sprawy to przykładowo: odszkodowanie (...). [4] Proszę podać kto jest stroną/uczestnikiem/wnioskodawcą tj. NFZ (który oddział) czy pracownik (tylko funkcja, bez imienia i nazwiska) oraz pozycję w sprawie, np. NFZ - pozwany. [5] Np. sprawa w toku w I instancji (S1), w drugiej instancji (S2), zawieszona (ZAW), umorzona (U),, inne rozstrzygnięcie - w takim przypadku proszę uzupełnić spis i podać jego skrót. [6] Proszę podać pełną nazwę. [7] np. art. (...) k.c. W przypadku spraw rozstrzygniętych merytorycznie należy podać podstawę prawną rozstrzygnięcia.

I.10.4 Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych wniesionych w danym okresie sprawozdawczym łącznie ze sprawami karnymi i karno-skarbowymi, z wyłączeniem spraw z zakresu prawa pracy

Sprawozdanie za ... kwartał 20....roku

l.p.	rodzaj i przedmiot sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	sąd	rozstrzygnięcie sprawy		wniesienie skargi kasacyjnej	
		OW NFZ	pozycja w sprawie			data orzeczenia	rozstrzygnięcie sprawy	podmiot wnoszący	data wniesienia
1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10

I.10.5 Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych zakończonych orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym łącznie ze sprawami karnymi i karno-skarbowymi, z wyłączeniem spraw z zakresu prawa pracy

Sprawozdanie za kwartał 20....roku

l.p.	rodzaj i przedmiot sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	sąd	rozstrzygnięcie sprawy		wniesienie skargi kasacyjnej		rozstrzygnięcie sprawy	
		OW NFZ	pozycja w			data orzeczenia	rozstrzygnięci e sprawy	podmiot wnoszący	data wniesienia	data orzeczenia	rozstrzyg nięcie

			sprawie								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. II

tytuł tabeli	numer tabeli	poziom agregacji
Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia	II.1.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Ubezpieczeni dobrowolnie - wnioski złożone w okresie sprawozdawczym	II.1.2.1	

Tabela II.1.1 Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich				
Stan na koniec.....półrocza 20.... Roku									
l.p.	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy poz
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia		
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)	10
1.	Ogółem								
	[nazwa oddziału]								

[1] Dane mają przedstawiać liczbę ubezpieczonych w Narodowym Funduszu (i jego poszczególnych oddziałach) według stanu na ostatni dzień okresu sprawozdawczego.

Tabela II.1.2.1 Ubezpieczeni dobrowolnie - wnioski złożone w okresie sprawozdawczym			Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec.....półrocza 20.... r.				
l.p.	Oddział	liczba wniosków		Uwagi
		złożonych	Które nie stały się podstawą do zawarcia umowy o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem [1]	
1	2	3	4	5
	Ogółem			
	[nazwa oddziału]			

[1] Pod tabelą należy wymienić i opisać przyczyny niepodpisania umowy o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem.

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. III
SPIS TABEL

tytuł tabeli	numer	poziom agregacji
Konkursy ofert	III.1.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Wyniki konkursów ofert	III.1.2	
Rokowania	III.2	
Umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym	III.3	
Umowy rozwiązywane	III.4	
Zawieranie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej/zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	III.5	
Świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego	III.6	

Tabela III.1.1. Konkursy ofert [1]							Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *			
Narastająco do końca kwartału 20... roku										
lp	przedmiot konkursu (rodzaje świadczeń)	liczba konkursów	liczba ofert złożonych	liczba ofert odrzuconych [2]		liczba ofert w całości lub w części zakwalifikowanych do części niejawnej konkursu				
				w części	w całości	ogółem	oferty zakwalifikowane do negocjacji		liczba ofert wybranych do podpisania umowy bez przeprowadzania negocjacji	
							po przeprowadzeniu negocjacji			oferty biorące udział w negocjacjach
							wybrane	niewybrane		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	ambulatoryjna opieka specjalistyczna									
2	lecznictwo szpitalne									
3	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień									
4	rehabilitacja lecznicza									
5	opieka długoterminowa									
6	leczenie stomatologiczne									
7	lecznictwo uzdrowiskowe									
8	pomoc									

	doraźna i transport sanitarny									
9	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ									
10	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy umieszczać dane dotyczące konkursów zakończonych do końca okresu sprawozdawczego. Zgodnie z art. 151 ust. 5 ustawy zakończenie postępowania następuje z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia. Sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie konkursy dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed 31.12. roku poprzedniego. [2] Zgodnie z art. 149 ustawy.

Tabela III.1.2 Wyniki konkursów ofert [1]					Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *.....							
Narastająco do końca kwartału 20... roku												
L.p.	przedmiot konkursu (rodzaje świadczeń)	łączna liczba ofert wybranych do podpisania umowy /aneksu	liczba protestów		liczba ofert			Liczba podpisanych do końca okresu sprawozdawczego		liczba ofert oczekujących na podpisanie umowy/aneksu przez świadczeniodawcę	Liczba odwołań	
			zgłoszonych	uwzględnionych	biorących udział w unieważnionych postępowaniach	zakończonych podpisaniem do końca okresu sprawozdawczego [2]					zgłoszonych	uwzględnionych
						umów	aneksów do umów	umów	aneksów do umów			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.	[3]											

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela III. 1. 2. jest kontynuacją tabeli III. 1. 1. Kolumna 2 tej tabeli odpowiada sumie kolumn 7 i 10 tabeli III. 1. 1 [2] Kolumnę tę wprowadzono, ponieważ na podstawie kilku ofert jednego świadczeniodawcy może zostać podpisana 1 umowa lub na podstawie 1 oferty kilka umów. [3] Proszę wpisać kategorie planu finansowego, analogicznie do kategorii wymienionych w tabeli III. 1. 1.

Tabela III.2.Rokowania [1]						Zbiorcza/Oddział Wojewódzki*				
Narastająco do końca kwartału 20... roku										
lp.	przedmiot rokowań (rodzaje świadczeń)	Liczba rokowań według przyczyn ich podjęcia wymienionych w art. 144 ustawy			liczba rokowań, które nie zakończyły się podpisaniem umowy/aneksu	liczba zawartych		liczba odwołań		łączna kwota na jaką zawarto umowy/aneksy (w tys. zł)
		pkt 1	pkt2	pkt3		umów	aneksów	zgłoszonych	uwzględnionych	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	[2]									

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy umieszczać dane dotyczące rokowań zakończonych do końca okresu

sprawozdawczego. Zgodnie z art. 151 ust. 5 ustawy zakończenie postępowania następuje z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia. Sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie zakończone rokowania dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed 31.12. roku poprzedniego. [2] Proszę wpisać kategorie planu finansowego, analogicznie do kategorii wymienionych w tabeli III. 1. 1

Tabela III.3. Umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym[1] - liczba, okres na jaki zawarto umowy i ich wartość w tys. zł							Zbiorcza/Oddział Wojewódzki*						
Narastająco do końca kwartału 20... roku													
I p	rodzaj świadczenia	Umowy razem		Okres na jaki zawarto umowy [2]									
				poniżej 1 roku		na 1 rok		powyżej 1 roku do 2 lat		powyżej 2 roku do 3 lat		więcej niż 3 lata	
		liczba	Wartość[3]	liczb a	wartoś ć	liczb a	wartoś ć	liczb a	wartoś ć	liczb a	wartoś ć	liczb a	wartoś ć
1	2	3=(5+7+9+11+13)	4=(6+8=10+12+14)	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 .	[4]												

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału [1] Bez względu na to w którym roku zostały zawarte i na jaki okres (sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie umowy zawarte na rok sprawozdawczy, także te podpisane przed 31.12. roku poprzedniego). Jeżeli umowa obowiązująca w poprzednim roku została przedłużona na rok sprawozdawczy aneksem, to należy ją wykazać w liczbie umów. Natomiast aneksy zawierane w czasie roku sprawozdawczego zwiększające wartość umowy nie będą zwiększały liczby zawartych umów, a jedynie ich wartość. [2] Umowy grupowane są według okresu, na jaki zostały zawarte. Me jest istotne ile obejmują okresów rozliczeniowych. [3]W każdym przypadku podawania wartości należy wpisywać wartość odnoszącą się **do danego roku sprawozdawczego**. W przypadku Oddziałów, które nie określają w umowie łącznej wartości zakupionych świadczeń, proszę podać wartość wynikającą z liczby zakupionych świadczeń i ich ceny. [4]Proszę wpisać wszystkie kategorie planu finansowego dotyczące świadczeń. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia nie należy wypełniać kolumn dotyczących wartości umów.

Tabela III.4 Umowy rozwiązane[1]			Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *.....			
Sprawozdanie za kwartał 20.....r.						
lp.	rodzaj świadczenia	umowy zawarte w okresie sprawozdawczym		umowy rozwiązane w okresie sprawozdawczym		uwag
		liczba	wartość (tys.żł)[2]	liczba	wartość (tys.żł)[3]	
1	2	3	4	5	6	7
	[4]					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy podawać dane odnoszące się do umów zawartych lub rozwiązanych w danym kwartale, ale dotyczących wyłącznie roku sprawozdawczego. Jeżeli w danym kwartale zawarto umowy już na następny rok, nie należy ich wykazywać. Tabela dotyczy umów rozwiązanych przed upływem czasu na jaki zostały zawarte. Nie należy uwzględniać tych umów, które zakończyły się w terminie przewidzianym w umowie i nie zostały przedłużone aneksem [2]W przypadku Oddziałów, które nie określają w umowie łącznej wartości zakupionych świadczeń, proszę podać wartość wynikającą z liczby zakupionych świadczeń i ich ceny.[3] Należy podać część kwoty przewidzianej w kontrakcie, która z powodu rozwiązania umowy nie zostanie wykonana. [4] Proszę wpisać wszystkie kategorie planu finansowego dotyczące świadczeń. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne nie należy wypełniać kolumn dotyczących wartości umów.

Tabela III.5 Zawieranie umów w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna/zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze*, zgodnie z art. 159 ustawy [1]			Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *.....	
Narastająco do końca.... kwartału 200... roku				
l.p.	liczba świadczeniodawców		liczba podpisanych	
	wnioskujących o zawarcie umowy	spełniających warunki do zawarcia umowy	umów	aneksów
1	2	3	4	5
1.				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy umieszczać dane dotyczące wyników postępowań rozstrzygniętych do końca okresu sprawozdawczego. Sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie postępowania dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed 31.12. roku poprzedniego.

Tabela III.6 Świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego - liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych				Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco do końca kwartału 20... roku						
lp.	oddział wojewódzki	liczba zakontraktowanych				uwagi
		zespołów ratownictwa medycznego		szpitalnych oddziałów ratunkowych		
		wypadkowych	reanimacyjnych			
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. IV

SPIS TABEL

tytuł tabeli			numer	poziom agregacji
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej według Oddziałów Wojewódzkich NFZ w tys. zł w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego]	Podstawowa opieka zdrowotna		IV.F.1	jedna tabela zbiorcza prezentująca dane
	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		IV.F.2	
	Lecznictwo szpitalne		IV.F.3	
	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		IV.F.4	
	Rehabilitacja lecznicza		IV.F.5	
	Opieka długoterminowa		IV.F.6	
	Leczenie stomatologiczne		IV.F.7	
	Leczenie uzdrowiskowe		IV.F.8	
	Pomoc doraźna i transport sanitarny		IV.F.9	
	Profilaktyczne programy zdrowotne	Finansowane ze środków NFZ	IV.F.10.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
		Realizowane na zlecenie MZ	IV.F.10.2	
	Świadczenia kontraktowane odrębne		IV.F.11	
	Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze		IV.F.12	
Refundacja leków			IV.F.13	
Podstawowa opieka zdrowotna	wg świadczeń zakresów	lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.1.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
		pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej	IV.1.1.2	
		położnej środowiskowo-rodzinnej	IV.1.1.3	
		pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania	IV.1.1.4	
	nocna i świąteczna	pomoc lekarska	IV.1.2.1	
		pomoc pielęgniarska	IV.1.2.2	
	transport sanitarny		IV.1.3.	
	liczba osób objętych opieką	lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.4.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
		pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej	IV.1.4.2	
		położnej środowiskowo-rodzinnej	IV.1.4.3	
		pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania	IV.1.4.4	

	lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.5.1	
	pielęgniarki środowiskowo-rodzinne	IV.1.5.2	
	położne środowiskowo-rodzinne	IV.1.5.3	
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		IV.2.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia współfinansowane		IV.2.2	
Lecznictwo szpitalne		IV.3.1	
Lecznictwo szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)		IV.3.2	
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		IV.4.	
Rehabilitacja lecznicza		IV.5	
Opieka długoterminowa		IV.6	
Leczenie stomatologiczne		IV.7.1.	
Leczenie stomatologiczne - wybrane świadczenia		IV.7.2.	
Leczenie uzdrowiskowe		IV.8	
Pomoc doraźna i transport sanitarny		IV.9	
Profilaktyczne programy zdrowotne	Finansowane ze środków NFZ	IV.10.1	
	Realizowane na zlecenie MZ	IV.10.2	
Świadczenia kontraktowane odrębne		IV.11	
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne		IV.12.1	
Zaopatrzenie w środki pomocnicze		IV.12.2	
Refundacja leków - łączna sprzedaż leków w aptekach wg kodów EAN		IV.13.1	za każdy miesiąc jedna zbiorcza tabela uwzględniająca cały kraj
Refundacja leków - Zestawienie recept na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji dla świadczeniobiorców		IV.13.2.2	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza
Refundacja leków - Zestawienie recept na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji dla osób korzystających ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji		IV.13.2.1	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Rejestr oczekujących na potwierdzenie zlecenia na przedmioty ortopedyczne		IV.14.1.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza
Rejestr oczekujących na potwierdzenie zlecenia na środki pomocnicze		IV.14.1.2	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Rejestr oczekujących na potwierdzenie skierowania na stacjonarne leczenie uzdrowiskowe		IV.14.2	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Rejestr oczekujących na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń lecznictwa specjalistycznego - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.3.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza
Rejestr oczekujących na udzielenie świadczeń na oddziałach szpitalnych - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.3.2	

Rejestr oczekujących na wybrane procedury na oddziałach szpitalnych, na które czas oczekiwania przekraczał 6 m-cy - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.4.	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Rejestr oczekujących , których czas oczekiwania przekraczał 6 m-cy według przyczyn głównych udzielenia świadczenia - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.5.	
Hospitalizacje w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego]	Lecznictwo szpitalne	IV.15.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.15.2	
	Rehabilitacja lecznicza	IV.15.3	
	Opieka długoterminowa	IV.15.4	
	Leczenie uzdrowiskowe	IV.15.5	
Osoby leczone w zakładach opieki zdrowotnej: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego]	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.16.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza
	Opieka długoterminowa	IV.16.2	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju

KOSZTY ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ WEDŁUG KATEGORII PLANU FINANSOWEGO

Tabela IV.F. Koszty według Oddziałów Wojewódzkich NFZ w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego] [1] [2]						Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich		
Narastająco od początku roku do końca kwartału 20.... r.								
l.p.	Oddział wojewódzki	roczny plan finansowy (tys. zł) [3]	wartość świadczeń (tys. zł)			wykonanie kosztów (%) w stosunku do		uwagi
			zakończonych na dany rok [3]	wykonanych	zakończonych /planu finansowego[3] (%)	planu finansowego	zawartych kontraktów [4]	
1	2	3	4	5	6=(4/3)*100	7=(5/3)*100	8=(5/4)*100	9
	Ogółem							
	[nazwa oddziału]							

[1] Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz.694, z późn. zm.) [2] W przypadku profilaktycznych programów zdrowotnych odrębnie należy sporządzić tabelę dla programów finansowanych ze środków NFZ i odrębnie dla programów realizowanych na zlecenie MZ [3] Plan finansowy z dnia: [4] W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz w przypadku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze kolumny: 4,6 i 8 nie są wypełniane.

Tabela IV.F.13 Refundacja leków [1]				Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich NFZ	
Narastająco do końca kwartału 20..... r.					
lp.	Oddział województki	roczny plan finansowy (w tys. zł) [2]	koszty refundacji cen leków		uwagi
			narastająco (w tys. zł)	w stosunku do planu finansowego (%)	
			4	5=(4/3)*100%	
1	2	3	4	5=(4/3)*100%	6
1	Ogółem				
2	[nazwa oddziału]				

[1] Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości. [2] Plan finansowy z dnia:

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Tabela IV.1.1.1 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów świadczeń lekarzy POZ [1]					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Narastająco od początku roku do końca półrocza 200..... r.						
Ip.	Oddział wojewódzki	liczba				uwagi
		porad	porad domowych	patronaży	wykonanych badań bilansowych[2]	
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. [2] Należy uwzględnić wszystkie badania bilansowe, do wykonania których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest zobowiązany zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 27 ust. 3 ustawy.

Tabela IV.1.1.2 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów świadczeń pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej [1]			Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.				
lp.	oddział wojewódzki	liczba wykonanych:		uwagi
		wizyt	wizyt patronażowych	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
2	[nazwa oddziału]			

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.1.3 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów	Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
---	--

świadczeń położnej środowiskowo-rodzinnej [1]				
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.				
lp.	oddział wojewódzki	liczba wykonanych:		uwagi
		wizyt	wizyty patronażowych	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
2	[nazwa oddziału]			

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.1.4 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów świadczeń pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania [1]					Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich		
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..... r.							
l.p.	oddział wojewódzki	liczba wykonanych				Liczba uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową	uwagi
		badan bilansowych	badan przesiewowych	w szkole szczepień ochronnych	innych udokumentowanych świadczeń profilaktycznych		
1	2	3	4	5	6	7	8
	Ogółem						
	[nazwa oddziału]						

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.2.1 Podstawowa opieka zdrowotna - nocna i świąteczna pomoc lekarska [1]					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.						
lp.	oddział wojewódzki	ambulatoryjna		wyjazdowa		uwagi
		liczba porad udzielonych osobom		liczba porad domowych udzielonych osobom		
		wpisanym na listę	spoza listy	wpisanym na listę	spoza listy	
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.2.2 Podstawowa opieka zdrowotna - nocna i świąteczna pomoc pielęgniarstwa [1]	Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Narastajaco od początku roku do końca półrocza 20..... r.	

Lp.	oddział wojewódzki	ambulatoryjna		wyjazdowa		uwagi
		liczba wizyt udzielonych osobom		liczba wizyt domowych udzielonych osobom		
		wpisanym na listę	spoza listy	wpisanym na listę	spoza listy	
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.3 Podstawowa opieka zdrowotna - transport sanitarny[1]				Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.				
Lp.	oddział wojewódzki	liczba przewozów		uwagi
1	2	3		4
1	Ogółem			
2	[nazwa oddziału]			

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.4.1. Podstawowa opieka zdrowotna - liczba osób objętych opieką lekarza poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej						Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Stan na koniec... półrocza 20.....r.						
Ip.	oddział wojewódzki	liczba osób objętych opieką lekarza poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej			podopieczni domów pomocy społecznej, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych	uwagi
		według grup wiekowych				
		0-6	7-65	powyżej 65		
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

Tabela IV.1.4.2 Podstawowa opieka zdrowotna - liczba osób objętych opieką pielęgniarki poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej						Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.						
Lp.	oddział wojewódzki	liczba osób objętych opieką pielęgniarki poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej, według grup wiekowych				uwagi
		powyżej 2 miesięcy do 6 lat	od 7 lat do 65 lat	powyżej 65 lat		

1	2	3	4	5	6
1	Ogółem				
2	[nazwa oddziału]				

Tabela IV.1.4.3 Podstawowa opieka zdrowotna - liczba osób objętych opieką położnej poz, z uwzględnieniem czynników mających wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej				Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.				
lp.	oddział wojewódzki	liczba osób objętych opieką położnej poz według grup wiekowych		uwagi
		0 do 2 miesięcy	osoby płci żeńskiej powyżej 2 miesięcy	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
2	[nazwa oddziału]			

Tabela IV.1.4.4. Podstawowa opieka zdrowotna - uczniowie objęci opieką pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania z uwzględnieniem czynników mających wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej										Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich		
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.												
l.p.	oddział wojewódzki	według typów szkół [1]										uwagi
		Typ I		Typ II		Typ III						
		Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Ogółem											
2	[nazwa oddziału]											

[1] Zgodnie z kategoriami przyjętymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tabela IV.1.5.1 Podstawowa opieka zdrowotna - lekarze podstawowej opieki zdrowotnej							Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich
Stan na koniec półrocza 20..... r.							
l.p.	oddział wojewódzki	Liczba lekarzy poz	liczba lekarzy według osób objętych opieką				uwagi
			do 1.000	1.001-2.500	2.501 do 3.000	powyżej 3.000	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Ogółem						
2	[nazwa oddziału]						

Tabela IV.1.5.2 Podstawowa opieka zdrowotna - pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej							Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------

Stan na koniec ... półrocza 20..... r.							
l.p.	oddział wojewódzki	liczba pielęgniarek	liczba pielęgniarek według liczby osób objętych opieką				uwagi
			do 1.000	1.001-2.500	2.501 do 3.000	powyżej 3.000	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Ogółem						
2	[nazwa oddziału]						

Tabela IV.1.5.3 Podstawowa opieka zdrowotna - położne podstawowej opieki zdrowotnej						Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.						
l.p.	oddział wojewódzki	liczba położnych	liczba położnych, według liczby objętych opieką osób płci żeńskiej			uwagi
			do 5.000	5.000-7.000	powyżej 7.000	
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

Tabela IV.2.1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna					Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *			
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
l.p.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			Liczba		uwagi
	Kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	Dni[3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.), przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. [3] Liczbę dni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest osoba leczona, sesja lub cykl.

Tabela IV.2.2 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia współfinansowane				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....	
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.					
i.p.	świadczenie określone w katalogu NFZ świadczeń współfinansowanvch [1]	Komórka organizacyjna [2]	świadczenia wykonane [3]		uwagi

	Kod	nazwa	Kod	Nazwa	liczba	Kod	nazwa	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy świadczeń wymienionych w katalogu NFZ świadczeń współfinansowanych w okresie sprawozdawczym. [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. [3] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.3.1 Lecznictwo szpitalne						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....				
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.										
l.p.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]					Liczba		uwagi
								osób	osobodni [3]	
			Kod	nazwa	Liczba	kod	Nazwa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: lecznictwo szpitalne. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV.3.2. Lecznictwo szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)					Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.							
l.p.	program zgodnie z katalogiem NFZ [1]		Komórka organizacyjna [2]		liczba wykonanych świadczeń w	Liczba osób	uwagi
	Kod	nazwa	Kod	nazwa	poszczególnych zakresach[3]		
1	2	3	4	5	6	7	8

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy programów wymienionych w katalogu NFZ w okresie sprawozdawczym. [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: leczenie szpitalne. [3] W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń dotyczący danego programu terapeutycznego.

Tabela IV.4 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
Ip.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			liczba		uwagi
	Kod	nazwa	liczba	kod	Nazwa	osób	osobodni [3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV. 5 Rehabilitacja lecznicza						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
Ip.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			Liczba		uwagi
	Kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	osobodni [3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: Rehabilitacja lecznicza. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV. 6 Opieka długoterminowa						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
Ip.	Komórka organizacyjna [1]		Świadczenia wykonane [2]			liczba		uwagi
	Kod	Nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	osobodni [3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z

rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: opieka długoterminowa. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV.7.1 Leczenie stomatologiczne					Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *.....			
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
l.p.	zakres świadczeń stomatologicznych zgodnie z katalogiem NFZ[1]	Komórka organizacyjna [2]		świadczenia wykonane [3]			Liczba osób	uwagi
		Kod	Nazwa					
				liczba	kod	nazwa		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału [1] Należy wpisać wszystkie zakresy świadczeń stomatologicznych wymienionych w katalogu świadczeń stomatologicznych Funduszu w okresie sprawozdawczym [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego - leczenie stomatologiczne. [3] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1.

Tabela IV.7.2 Leczenie stomatologiczne - wybrane świadczenia [1]					Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *			
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
l.p.	Świadczenie zdrowotne lekarza dentysty według kategorii [1]		Świadczenia udzielane					
	nazwa	Odpowiadające kody ICD-9 CM	Dzieciom i młodzieży do 18 roku życia		Osobom powyżej 18 roku życia		Kobietom w ciąży i w okresie połogu	
			Liczba świadczeń	Liczba osób	Liczba świadczeń	Liczba osób	Liczba świadczeń	Liczba osób
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne	23.0101, 23.0102, 23.0105 23.06						
2.	Badanie żywotności zębów	23.02						
3.	Rentgenodiagnostyka	23.0301						
4.	Znieczulenie	23.0401, 23.0402 23.0403						
5.	Leczenie choroby próchnicowej zębów stałych	23.1101 23.1502-1505, 23.1507-1508						
6.	Leczenie endodontyczne zębów	23.1307-1309, 23.1311-1312						

7.	Zapobieganie i leczenie chorób przyzębia	23.1601, 23.1604-1605, 23.1607, 23.1612, 23.1615, 23.1608, 23.1610, 23.1613, 23.1620 23.1608; 23.1620, 23.160						
8.	Usunięcie zęba	23.1701-1702						
9.	Dłutowanie zęba	23.1703-1704						
10.	Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego	23.1705						
11.	Chirurgiczne zaopatrzenie rany	23.1810, 23.1812-1813						
12.	Założenie opatrunku chirurgicznego	23.1815						
13.	Wycięcie guzka, zmiany guzopodobnej, włókniaka lub pobranie wycinka/biopsji kości wraz z uzyskaniem wyników badania histopatologicznego	23.1901						
14.	Wyluszczenie torbieli zębopochodnej	23.1807						
15.	Wyluszczenie kamienia z przewodu ślinianki	23.1808						
16.	Plastyka połączenia ustno-zatokowego	23.1906, 23.1801						
17.	Nacięcie ropnia	23.2001						
18.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba, grupy zębów, fragmentu wyrostka zębodołowego i zwichniętej żuchwy.	23.2101-2102, 23.2210						
19.	Zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy	23.2205						
20.	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej	23.3102-3103						
21.	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęcie lub żuchwie	23.3104-3105						
22.	Naprawa protez	23.3112, 23.3116-3117						
23.	Leczenie protetyczne osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki	23.3118-3124						
24.	Rentgenodiagnostyka ortodontyczna	23.0304, 87.17						
25.	Profilaktyka stomatologiczna	23.1003, 23.1006, 23.1008						
26.	Leczenie choroby próchnicowej zębów mlecznych	23.1501b, 23.1107						
27.	Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba	23.1706						
28.	Operacyjne usunięcie zawiązków zębów	23.1707						
29.	Resekcja wierzchołka korzenia zęba	23.1802						
30.	Leczenie ortodontyczne	Utrzymywacz przestrzeni jako 23.2310						

	wad zgryzu do ukończenia 12. roku życia	samodzielne postępowanie							
31.		Środki do wprowadzenia pojedynczego zęba do łuku	23.2312						
32.		Leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, jednoszczękowym	23.2401						
33.		Leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, dwuszczękowym	23.2402						
34.		Kontrola przebiegu leczenia ortodontycznego	23.2406						
35.		Naprawa aparatu ruchomego	23.2502-2503						
36.		Proteza dziecięca	23.2611-2612						
37.	Leczenie chorób przyzębia		23.1608, 23.1620, 23.1601						
38.	Badania kontrolne nie częściej niż 1 raz na kwartał		23.0102						
39	Leczenie endodontyczne		23.1308-1309; 23.1312						

[1]Tabela odnosi się wyłącznie do świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, wymienionych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 31 ust. 4 ustawy, przysługujących niektórym grupom ubezpieczonych. Świadczenia wymienione w wykazach stanowiących załącznik do tego rozporządzenia zostały połączone w szersze kategorie - przyporządkowanie poszczególnych świadczeń według ich kodów ICD-9 CM określa kolumna 3.

Tabela IV.8 Leczenie uzdrowiskowe						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
l.p.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			Liczba		
	kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	osobodni [3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: leczenie uzdrowiskowe. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV.9 Pomoc doraźna i transport sanitarny				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *			
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.							
l.p	Komórka organizacyjna [1]		Świadczenia wykonane [2]			liczba osób	uwagi
	kod	nazwa	liczba	kod	nazwa		
1	2	3	4	5	6	7	8

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: Pomoc doraźna i transport sanitarny. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.10.1 Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ [1]				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca..... półrocza 20.....r.						
l.p.	program profilaktyczny zgodnie z katalogiem NFZ [2]		charakterystyka populacji objętej programem [3]	liczba osób objętych programem[4]	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach[5]	Uwagi
	kod	nazwa				
1	2	3	4	5	6	7

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Do tabeli należy dołączyć opis programów, w tym świadczeń wykonywanych w ramach poszczególnych programów. [2] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy programów wymienionych w katalogu NFZ w okresie sprawozdawczym [3] Np. grupa wiekowa. [4] Należy wpisać liczbę osób, którym udzielono świadczenia. [5] W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń dotyczący danego programu.

Tabela IV.10.2 Profilaktyczne programy zdrowotne realizowane na zlecenie Ministra Zdrowia [1]				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.						
l.p.	Program profilaktyczny zgodnie z katalogiem NFZ [2]		charakterystyka populacji objętej programem [3]	Liczba osób objętych programem[4]	liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach[5]	Uwagi
	kod	nazwa				
1	2	3	4	5	6	7

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału [1] Do tabeli należy dołączyć opis programów, w tym świadczeń wykonywanych

w ramach poszczególnych programów. [2] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy programów wymienionych w katalogu NFZ w okresie sprawozdawczym. [3] Np. grupa wiekowa. [4] Należy wpisać liczbę osób, którym udzielono świadczenia [5] W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń dotyczący danego programu.

Tabela IV.11 Świadczenia odrębnie kontraktowane				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....	
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza 20... r.					
lp.	Zakres świadczeń zgodnie z katalogiem NFZ [1]	Komórka organizacyjna		Liczba wykonanych świadczeń	Uwagi
		kod	nazwa		
1	2	3	4	5	6

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy świadczeń kontraktowanych odrębnie wymienionych w katalogu NFZ.

Tabela IV.12. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze* wg rodzajów				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *	
Narastająco od początku roku do końca... półrocza 20.....r.					
l.p	kod [1]	nazwa [1]	Liczba	wartość wydanych środków/przedmiotów ogółem (w tys.) [2]	uwagi
1	2	3	4	5	6

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Czteroznakowy kod oraz nazwa przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy. [2] Należy wpisywać wartość wydanych środków/przedmiotów w części sfinansowanej przez Fundusz do wysokości obowiązujących limitów cen.

Tabela IV.13.1 Łączna sprzedaż leków w aptekach wg kodów EAN [1][2]								Zbiorcza		
Narastająco od początku roku do końca ... miesiąca kwartału 20..... r.[3]										
lp.	kod EAN	nazwa handlowa leku	postać farmaceutyczna	dawka (wielkość i jednostka)	wielkość opakowania (liczba/ objętość i jednostka)	nazwa chemiczna substancji czynnej (INN)	wielkość sprzedaży (liczba opakowań w szt.)	wartość sprzedaży	kwota refundacji (NFZ)	kwota odpłatności (pacjent)
								w zł		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

[1] Dla wszystkich leków refundowanych niezależnie od statusu apteki, która go sprzedawała. [2] Wyjątkowo tabela ta przekazywana jest wyłącznie w wersji elektronicznej. [3] Wyjątkowo tabela ta sporządzana jest co miesiąc, przekazywana kwartalnie.

Tabela IV.13.2. Zestawienie recept [1] na leki i wyroby medyczne podlegające	Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....
--	-------------------------------------

refundacji dla świadczeniobiorców/osób korzystających ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji*							
Narastająco od początku roku do końca ... kwartału 20..... r							
Lp	typ recepty [2]	rodzaje uprawnień pacjenta[2]	Liczba pozycji leków	w tys. zł			Uwagi
				Wartość leków na podstawie recept	Kwota podlegająca refundacji	Oплата wniesiona przez pacjenta	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Razem						
2.	[1]	[1]					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Poszczególne wiersze tabeli mają być zgodne ze Zbiorem zestawieniem recept na leki i wyroby medyczne podlegających refundacji, opracowywanym na podstawie rozporządzenia wydanego na podstawie art. 45 ust. 14 ustawy 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.). [2] Typ recepty oraz rodzaje uprawnień - oznaczone zgodnie z symbolami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 45 ust. 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Tabela IV.14.1 Oczekujący na potwierdzenie zlecenie na środki pomocnicze/przedmioty ortopedyczne*							Zbiórca / Oddziału Wojewódzkiego*.....		
Stan na koniec kwartału 20..... roku									
l.p.	kod [1]	nazwa [1]	Liczba oczekujących ogółem	liczba oczekujących, których czas oczekiwania w miesiącach wynosi					
				mniej niż 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24 do 36	powyżej 36
1	2	3	4=(5+6+7+8+9+10)	5	6	7	8	9	10

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] nazwa środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego powinna być podawana zgodnie z wymienionymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Tabela IV. 14.2 Liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania na stacjonarne leczenie uzdrowiskowe[1]					Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich				
Stan na koniec kwartału 20.....roku									
l.p.	Oddział	rodzaj leczenia stacjonarnego	liczba oczekujących ogółem	liczba oczekujących, których czas oczekiwania w miesiącach wynosi					
				mniej niż 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 18	powyżej 18 do 24	powyżej 24	

1	2	3	4=(5+6+7+8+9)	5	6	7	8	9
1.	ogółem	szpital uzdrowiskowy						
		sanatorium uzdrowiskowe						
2.	[nazwa oddziału]	szpital uzdrowiskowy						
		sanatorium uzdrowiskowe						

[1] Tabela dotyczy wyłącznie osób, których skierowania nie zostały potwierdzone wyłącznie z powodu braku miejsc (dotyczy skierowań, których celowość została już zaaprobowana przez lekarza specjalistę).

Tabela IV.14.3... Rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej/świadczeń na oddziałach szpitalnych[1]												Zbiorcza / Oddziału Wojewódzkiego*							
Sprawozdanie za ... kwartał 200... roku [2]																			
lp .	komórka organizacyjna [3]		liczba osób z listy oczekujących, którym udzielono świadczenia								liczba świadczeniodawców, na których listy wpisani byli oczekujący								
			Ogółem	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił							ogółem	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił							
	kod	nazwa		do 1 m-c a	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24		do 1 m-c a	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24	
1	2	3	4=(5+...+11)	5	6	7	8	9	10	11	12 = (13+...+19)	13	14	15	16	17	18	19	

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela przedstawia dane wyliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych o wykonanych każdemu świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania = data wykonania - data wpisu na listę), a nie na podstawie danych o średnich rzeczywistych czasach oczekiwania z list oczekujących. [2] Dane przedstawiane w tabeli dotyczą wyłącznie osób, którym w danym okresie sprawozdawczym udzielono świadczeń. [3] Kody i nazwy komórek organizacyjnych określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Tabela IV.14.4 Procedury na oddziałach szpitalnych, na które rzeczywisty czas oczekiwania przekraczał 6 m-cy [1]					Zbiorcza / Oddziału Wojewódzkiego*.....			
Narastająco do końca ... kwartału 20. roku								
l.p.	Procedura wg klasyfikacji ICD 9CM (cztery znaki) [2]		liczba wykonanych procedur	Dane dotyczące osób z listy oczekujących, którym wykonano procedurę				
				ogółem	których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił			
	Kod	nazwa			od 6 do 9	powyżej 9 do 12	powyżej 12 do 18	powyżej 18
1	2	3	4	5=6+7+8+9	6	7	8	9

* W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela przedstawia dane wyliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych o wykonanych każdemu świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania = data wykonania - data wpisu na listę), a nie na podstawie danych o średnich rzeczywistych czasach oczekiwania z list oczekujących. [2] Należy wpisywać procedury z rozdziału I-XV Klasyfikacji ICD9 CM.

Tabela IV.14.5. Rzeczywisty czas oczekiwania na leczenie zachowawcze [2] w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej/ na oddziałach szpitalnych według przyczyn głównych udzielenia świadczenia[1]				Zbiorcza / Oddziału Wojewódzkiego*....		
Narastająco do końca ... kwartału 20. roku						
l.p.	Przyczyna główna udzielenia świadczenia wg klasyfikacji ICD X (trzy znaki)		Dane dotyczące osób z listy oczekujących, którym udzielono świadczenia i których średni rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił			
	kod	nazwa	od 6 do 9	powyżej 9 do 12	powyżej 12 do 18	powyżej 18
1	2	3	4	5	6	7

* W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Wypełniane tylko w przypadku świadczeń, dla których nie podano kodów ICD 9 CM. [2] Tabela przedstawia dane wyliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych o wykonanych każdemu świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania= data wykonania - data wpisu na listę), a nie na podstawie danych o średnich rzeczywistych czasach oczekiwania z list oczekujących.

Tabela IV.15. Hospitalizacje [1] w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego]			Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki*				
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza 20... r.							
lp.	Grupy wieku	Liczba					uwagi
		osób [2]	hospitalizacji			osobodni	
			ogółem	mężczyźni	kobiety		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ogółem						

2.	Poniżej roku						
3.	1-4						
4.	5-9						
5.	10-14						
6.	15-19						
7.	20-24						
8.	25-29						
9.	30-34						
10.	35-39						
11.	40-44						
12.	45-49						
13.	50-54						
14.	55-59						
15.	60-64						
16.	65-69						
17.	70-74						
18.	75+						
19.	Brak określonego wieku						

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy wykazywać dane dotyczące wyłącznie hospitalizacji zakończonych w okresie sprawozdawczym. [2] W przypadku gdy jedna osoba, w okresie sprawozdawczym, była hospitalizowana kilka razy, należy wykazać ją tylko raz.

Tabela IV.16. Osoby leczone w zakładach opieki zdrowotnej w rodzaju: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień/ Opieka długoterminowa*			Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki*
Sprawozdanie za kwartał 20..... roku [1]			
lp.	Komórka organizacyjna[2]		Liczba osób leczonych
	kod	nazwa	

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela ta przedstawia liczbę osób leczonych (przebywających w zakładzie opieki zdrowotnej) zgodnie ze stanem na ostatni dzień okresu sprawozdawczego. [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane odpowiednio z kategorii planu finansowego: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub opieka długoterminowa.

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. V

SPIS TABEL

tytuł tabeli		numer	poziom agregacji
Koordynacja systemów - koszty koordynacji wg oddziałów Funduszu		V.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Koordynacja systemów - wartość świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw UE/EFTA w Polsce w okresie sprawozdawczym	Leczenie medyczne	V.2.1	1 zbiorcza
	Opieka szpitalna	V.2.2	
	Leczenie dentystyczne	V.2.3	
	Leki	V.2.4	
	Inne świadczenia	V.2.5	
Koordynacja systemów - wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA ubezpieczonym w Polsce	Leczenie medyczne	V.3.1	1 zbiorcza
	Opieka szpitalna	V.3.2	
	Leczenie dentystyczne	V.3.3	
	Leki	V.3.4	
	Inne świadczenia	V.3.5	
Koordynacja systemów - wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym	Leczenie medyczne	V.4.1	1 zbiorcza
	Opieka szpitalna	V.4.2	
	Leczenie dentystyczne	V.4.3	
	Leki	V.4.4	
	Inne świadczenia	V.4.5	
Koordynacja systemów - kwoty potwierdzone do zwrotu na podstawie formularzy E-126 za świadczenia udzielone w Polsce osobom uprawnionym z państw UE/EFTA		V.5.1.	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Koordynacja systemów - kwoty wypłacone na podstawie formularzy E-126, za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA osobom ubezpieczonym w Polsce		V.5.2.	
Koordynacja systemów - liczba wystawionych formularzy E-127 oraz wynikających z nich osobomiesięcy		V.6.1	1 zbiorcza
Koordynacja systemów - wartość kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127 za dany rok		V.6.2.	
Koordynacja systemów - wartość wypłaconych kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127		V.6.3.	
Poświadczenia wydawane przez Fundusz osobom uprawnionym z państw UE/EFTA		V.7	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Zaświadczenia o prawie do świadczeń na terenie innego państwa UE/EFTA wydawane ubezpieczonym		V.8	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, przeprowadzone zgodnie z art. 25 ustawy		V.9.1	1 zbiorcza
Zgody na planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, wydawane przez Prezesa NFZ na podstawie art. 25 ustawy - informacje szczegółowe		V.9.2	

Tabela V.1 Koordynacja systemów - koszty koordynacji według oddziałów i centrali Funduszu [1]				Zbiorcza
Narastająco od początku roku na koniec ... kwartału 20... r.				
lp	Jednostki organizacyjne NFZ	Koszty leczenia (w tys. zł)		Razem
		ubezpieczonych w NFZ	uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji	
1	2	3	4	5=3+4
1	Razem			
2	[nazwa oddziału]			
17	[centrala]			

[1] Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

Tabela V.2. Koordynacja systemów - wartość świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw UE/EFTA w Polsce na podstawie rozliczeń przedstawionych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym				Zbiorcza
leczenie medyczne/ leczenie dentystyczne/ leki/ hospitalizacja/ inne świadczenia *				
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20... roku				
lp.	Państwo UE / EFTA	osoby uprawnione z państw UE/EFTA, którym udzielono świadczeń w Polsce na koszt Funduszu		Uwagi
		liczba formularzy E-125	wartość udzielonych świadczeń ogółem (w tys. zł)	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
	[nazwa państwa]			

* Niepotrzebne skreślić.

Tabela V.3. Koordynacja systemów - wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA ubezpieczonym w NFZ				Zbiorcza
leczenie medyczne/ leczenie dentystyczne/ leki/ hospitalizacja/ inne świadczenia *				
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..				
lp.	Państwo UE / EFTA	Ubezpieczeni w NFZ, którym udzielono świadczeń na obszarze UE/EFTA		Uwagi
		liczba formularzy E-125	wartość świadczeń ogółem (w tys. zł)	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
	(nazwa państwa)			

* Niepotrzebne skreślić.

V.4. Koordynacja systemów - wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym				Zbiorcza
leczenie medyczne/ leczenie dentystyczne/ leki/ hospitalizacja/ inne świadczenia *				
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..				
lp.	państwo UE/EFTA	wartość kwot (w tys. zł) zapłaconych		Uwagi
		Polsce przez inne państwa członkowskie za osoby uprawnione z państw UE/EFTA, którym udzielono świadczeń w Polsce	przez Polskę innym państwom członkowskim za ubezpieczonych w Polsce, którym udzielono świadczeń na obszarze UE/EFTA	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
	[nazwa państwa]			

* Niepotrzebne skreślić.

Tabela V.5.1 Koordynacja systemów - kwoty potwierdzone do zwrotu na podstawie formularzy E-126 za świadczenia udzielone w Polsce osobom uprawnionym z państw UE/EFTA				Zbiorcza/..... Oddział Wojewódzki*	
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..					
lp.	państwo UE/EFTA	liczba formularzy E-126		wartość kwot potwierdzonych do zwrotu przez Oddział ogółem (w tys. zł)	Uwagi
		które wpłynęły do Oddziału	dla których określono kwotę do zwrotu		
1	2	3	4	5	6
1	Ogółem				
	[nazwa państwa]				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału.

Tabela V.5.2 Koordynacja systemów - kwoty zatwierdzone do wypłaty na podstawie formularzy E-126 za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA ubezpieczonym w NFZ					Zbiorcza/..... Oddział Wojewódzki *	
Narastająco od początku roku do końca..... półrocza 20..						
Ip.	państwo UE/EFTA	Liczba złożonych wniosków	wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków ogółem (w tys. zł)	Liczba osób, dla których zatwierdzono kwoty do zwrotu	Wartość zatwierdzonych kwot do wypłaty ogółem (w tys. zł)	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7
1	ogółem					
	[nazwa państwa]					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału.

Tabela V.6.1 Koordynacja systemów - liczba wystawionych formularzy E-127 oraz wynikających z nich osobomiesięcy	Zbiorcza
---	----------

Narastająco od początku roku do końca roku 20....										
lp.	państwo UE/EFTA	osoby uprawnione z państw UE/ EFTA, za które Polska powinna wnioskować o kwoty ryczałtowe zgodnie z art. 94 oraz 95				ubezpieczeni w NFZ, za których Polska powinna zapłacić kwoty ryczałtowe zgodnie z art. 94 oraz 95				Uwagi
		liczba wystawionych przez NFZ E-127 w ślad za zarejestrowanym formularzem:		liczba osobomiesięcy ogółem		liczba przesłanych przez inne państwo UE/EFTA E-127 w ślad za zarejestrowanym formularzem:		liczba osobomiesięcy ogółem		
		E-121	E-109	E-121	E-109	E-121	E-109	E-121	E-109	
1	2	3	4	5	6	7	80	9	10	11
1	ogółem									
	[nazwa państwa]									

Tabela V.6.2 Koordynacja systemów - wartość kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127 za rok						Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca roku 20....						
Ip.	państwo UE/EFTA	za osoby uprawnione z państw UE/EFTA, za które Polska wnioskowała o kwoty ryczałtowe z art. 94 oraz 95		za ubezpieczonych, za których Polska powinna zapłacić kwoty ryczałtowe z art. 94 oraz 95		uwagi
		E-121	E-109	E-121	E-109	
1	2	3	4	5	6	7
1	ogółem					
	[nazwa państwa]					

Tabela V.6.3 Koordynacja systemów - wartość wypłaconych kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127					Zbiorcza	
Narastająco od początku roku do końca roku 20....						
Ip.	państwo UE/EFTA	wartość kwot zapłaconych (w tys. zł)				Uwagi
		Polsce za osoby uprawnione z państw UE/EFTA wynikająca z formularzy		przez Polskę za ubezpieczonych wynikająca z formularzy		
		E-121	E-109	E-121	E-109	
1	2	3	4	5	6	7
1	ogółem					
	[nazwa państwa]					

Tabela V.7 Koordynacja systemów - poświadczenia wydawane przez NFZ osobom uprawnionym z państw UE/EFTA					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Sprawozdanie za ...półrocze 20..					
Ip.	Oddział	Liczba poświadczeń według dokumentów, na podstawie których zostały wydane			

		wydanych w okresie sprawozdawczym					ważnych w okresie sprawozdawczym				
		E-106	E-109	E-120	E-121	E-123	E-106	E-109	E-120	E-121	E-123
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Ogółem										
	[nazwa oddziału]										

Tabela V.8. Koordynacja systemów - zaświadczenia o prawie do świadczeń na terenie innego państwa UE/EFTA wydawane ubezpieczonym					Zbiorca/..... Oddział Wojewódzki*				
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20...									
Ip.	Państwo UE/EFTA	Liczba wydanych zaświadczeń							
		EKUZ [1]	Certyfikat [2]	E 104	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Ogółem								
	[nazwa państwa]								
	państwo nieokreślone [3]								

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. [2] Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ. [3] W tym wierszu wykazywane są przypadki, w których zaświadczenia nie można przypisać do konkretnego państwa.

Tabela V.9.1. Planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, przeprowadzone zgodnie z art. 25 ustawy				Zbiorcza	
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..					
Liczba złożonych wniosków o przeprowadzenie		liczba zgód [1]na		Koszty przewidywane przez NFZ (w tys.zł)	
planowego leczenia	badania diagnostycznego	planowe leczenie	badanie diagnostyczne	planowego leczenia	badan diagnostycznych
1	2	3	4	5	6

Tabela V.9.2. Zgody na planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, wydawane przez Prezesa NFZ na podstawie art. 25 ustawy - informacje szczegółowe					Zbiorcza	
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20...						
Ip.	Rodzaj świadczenia [1]	szczegółowy zakres świadczenia [2]	Czas oczekiwania[2]		kraj, w którym przeprowadzono leczenie	Koszty przewidywane przez NFZ (w tys. zł)
			przewidywany zgodnie z listą oczekujących	dopuszczalny czas oczekiwania		
1	1	2	3	4	5	6

[1] Wpisać: badanie diagnostyczne lub planowe leczenie. [2] Wpisać zgodnie z danymi zamieszczonymi we wniosku, określonym zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 25 ust. 3 ustawy.

W formie załącznika proszę opisać najważniejsze zagadnienia tej części sprawozdania z działalności za ... półrocze 20.....

**MINIMALNY ZAKRES ZBIORCZYCH INFORMACJI PRZEKAZYWANYCH PRZEZ FUNDUSZ
WOJEWODOM ORAZ MARSZAŁKOM WOJEWÓDZTW**

1. Minimalny zakres zbiorczych informacji obejmuje dane dotyczące:
 - 1) średniego czasu pobytu, który przedstawiany jest:
 - a) dla każdego szpitala oraz zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego udzielającego świadczeń na terenie województwa:
 - oznaczonego przez nazwę, REGON oraz kod terytorialny powiatu miejsca udzielania świadczeń,
 - według komórek organizacyjnych,
 - b) odrębnie dla zamieszkujących na terenie województwa:
 - świadczeniobiorców,
 - osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie;
 - 2) liczby procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (kod tworzą pierwsze cztery znaki) wykonanych:
 - a) w oddziałach szpitalnych udzielających świadczeń na terenie województwa w podziale na powiaty miejsca udzielenia świadczeń,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
 - 3) liczby hospitalizacji i osób hospitalizowanych:
 - a) przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na powiaty miejsca udzielenia świadczenia,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
 - 4) głównych przyczyn udzielenia świadczeń, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą 3 znaki dla opieki ambulatoryjnej oraz 5 znaków dla opieki szpitalnej):
 - a) odrębnie dla świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa:
 - w poradniach specjalistycznych,
 - w oddziałach szpitalnych,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
 - 5) liczby świadczeń wyrażanych w kodach świadczeń określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy oraz liczby osób, którym udzielono tych świadczeń w zakresie następujących kodów:
 - a) z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
 - kod 2.4 porada w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 8.4 porada w domu pacjenta,
 - kod 2.5 porada patronażowa w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 2.17 bilans zdrowia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 8.5 porada patronażowa w domu pacjenta,
 - kod 8.7 wizyta patronażowa w domu pacjenta,
 - kod 8.17 bilans zdrowia w domu pacjenta

- przy czym dla świadczeń o kodzie: 2.4 porada w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz 8.4 porada w domu pacjenta dane dotyczą świadczeń udzielonych:

 - przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia,
 - odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na gminę i powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek,

- przy czym dla pozostałych świadczeń dane dotyczą wyłącznie zbiorczej liczby świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia,

 - b) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
 - kod 4.4 porada w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym,
 - kod 4.10 sesja w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym,

- kod 7.4 porada w pozostałej opiece ambulatoryjnej,
- c) z zakresu rehabilitacji:
 - kod 9.1 pobyt w oddziale szpitalnym w rehabilitacji stacjonarnej,
 - kod 11.4 porada w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.6 wizyta w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.8 cykl leczenia w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.11 osoba leczona w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 12.4 porada w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
 - kod 12.6 wizyta w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
 - kod 12.11 osoba leczona w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
- d) z zakresu leczenia stacjonarnego:
 - kod 0.1 pobyt w oddziale szpitalnym w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 0.16 hemodializa w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 0.3 pobyt w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 1.2 leczenie jednego dnia,
 - kod 1.16 hemodializa w leczeniu jednego dnia,
- e) z zakresu stomatologii:
 - kod 3.4 porada w leczeniu stomatologicznym,
 - kod 3.9 badanie w leczeniu stomatologicznym,
- f) z zakresu stacjonarnej opieki długoterminowej:
 - kod 14.1 pobyt w oddziale szpitalnym w stacjonarnej opiece długoterminowej,
 - kod 14.3 pobyt w stacjonarnej opiece długoterminowej
- przy czym dla świadczeń wymienionych w lit. b-f dane dotyczą świadczeń udzielonych:
 - przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia,
 - odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek,
- a dla świadczeń oznaczonych kodem: 4.4 porada w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym; 7.4 porada w pozostałej opiece ambulatoryjnej; 0.1 pobyt na oddziale szpitalnym w leczeniu stacjonarnym; 1.2 leczenie jednego dnia - dane przedstawia się dodatkowo według komórek organizacyjnych;
- 6) liczby przyjęć i wypisów według trybu przyjęcia i wypisu, określonego w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy:
 - a) w szpitalach udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na powiaty miejsca udzielania świadczenia,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b;
- 7) liczby przewozów środkami transportu sanitarnego:
 - a) przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na:
 - rodzaje transportu, zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej,
 - główne przyczyny według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki),
 - cel przewozu, zgodnie z kodem określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy,
 - stopnie niepełności osoby, która skorzystała z przejazdu środkiem transportu, według stopnia niepełności, określanego zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania
- przy czym w przypadku transportu sanitarnego udzielonego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dane dotyczą wyłącznie zbiorczej liczby przewozów według celów, o których mowa w tiret trzecim;
- 8) wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego:
 - a) świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na:
 - rodzaje zespołów, zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej,
 - główne przyczyny według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki),
 - b) do wszystkich osób, którym udzielono świadczeń na terenie województwa;
- 9) podstawowej opieki zdrowotnej dotyczące liczby:
 - a) świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa według rodzajów (lekarze,

- pielęgniarki, położne, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania) w podziale na powiaty i gminy miejsca udzielania świadczenia,
- b) osób objętych opieką w zakresie grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiaty i gminy miejsca ich zamieszkania - dla każdego rodzaju świadczeniodawcy, wskazanego w lit. a;
- 10) programów zdrowotnych finansowanych przez Fundusz oraz realizowanych na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, w odniesieniu do liczby osób objętych każdym programem oraz liczby udzielonych im świadczeń w każdym zakresie programu:
- a) dotyczące grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiaty miejsca zamieszkania,
- b) udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa;
- 11) list oczekujących przekazywanych przez poszczególnych świadczeniodawców, udzielających świadczeń na terenie województwa, zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, w zakresie:
- a) liczby oczekujących,
- b) średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

Poszczególni świadczeniodawcy oznaczeni są przez nazwę, numer REGON oraz kod terytorialny powiatu miejsca udzielania świadczeń.

2. W każdym przypadku, gdy dane mają być przekazywane w podziale na:
- 1) komórki organizacyjne - komórki te należy oznaczać zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 2) wiek - należy uwzględnić następujące przedziały wiekowe: poniżej roku, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75+.

WZÓR BUDOWY KOMUNIKATÓW ELEKTRONICZNYCH

Poziom	Element	Atrybut	Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
0	komunikat		1	Komunikat			Przy konstrukcji komunikatu założono, że płatnik ma możliwość przekazania poszczególnych wymaganych załącznikiem nr 2 do rozporządzenia raportów jednorazowo w jednym komunikacie bądź w oddzielnych komunikatach. W związku z powyższym krotność elementów o nazwie zaczynającej się od ciągu znaków raport-przyjmuje wartość 0-1. Podane założenie ma na celu elastyczne dopasowanie się do możliwości technicznych odbiorców komunikatów
		typ	1	Typ komunikatu	tekst(3)		Przyjmuje wartość "SWO" - sprawozdawczość dla wojewodów i marszałków województw
		wersja	1	Wersja komunikatu	tekst(8)		1.0
		id-odb	1	Identyfikator odbiorcy	tekst(2)	Kod terytorialny województwa	02 do 32
		id-nad	1	Identyfikator nadawcy	tekst(2)	Kod oddziału Wojewódzkiego NFZ	01 do 16
		id-inst-nad	1	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy	tekst do 38	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy, z którego wygenerowano komunikat	
		nr-gen	1	Nr generacji	liczba (8,0)	Unikalny numer komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	1	Data i czas generacji komunikatu	data + czas	Data i czas wygenerowania komunikatu	
1	spraw-wojew		1	Sprawozdanie			
		rok	1	Rok sprawozdawczy	liczba(4)	Rok sprawozdawczy	
		okres-typ	1	Typ okresu sprawozdawczego	1 duża litera	Typ okresu sprawozdawczego	Obecnie przyjmuje wartość: K - kwartał
		okres-nr	1	Nr okresu sprawozdawczego	liczba(1)	Nr okresu sprawozdawczego w ramach roku	
2	raport-1		0-1*	Średni czas pobytu w szpitalach, ZOL i ZPO			na podstawie ust. 1 pkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	rapor-1-swd		1-n	Świadczeniodawca			
		regon	1	REGON	tekst(9)	REGON	

		nazwa	1	Nazwa	tekst(150)	Nazwa	
			1-n				
		nr	1	Numer komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(3)	Numer komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VII część kodu resortowego	Podawany wtedy, gdy został nadany, w przeciwnym przypadku przyjmuje wartość "000".
		typ	1	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VIII część kodu resortowego	
4	raport1-kom-org	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg adresu komórki organizacyjnej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2-osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		liczba-dni	1	Średnia liczba dni pobytu	liczba(3)	Średnia liczba dni pobytu	średnia liczba dni pobytu dla zamieszkujących na terenie województwa
2	raport-2		0-1	Liczba procedur medycznych wykonanych na oddziałach szpitalnych			na podstawie ust. 1 pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n				
3	raport2-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
			1-n				
4	raport2-swb	teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci świadczeniobiorcy	0-płeć nieokreślona, 1-mężczyźni, 2-kobiety, 9-płeć nieznaną
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa świadczeniobiorców	Grupa wiekowa, do której należą świadczeniobiorcy: 00-poniżej 1 roku, 01 - lata 1-4, 02-lata 5-9, 03-lata 10-14, 04-lata 15-19, 05-lata 20-24, 06-lata 25-29, 07-lata 30-34, 08-lata 35-39, 09-lata 40-44, 10-lata 45-49, 11-lata 50-54,

							12-lata 55-59, 13-lata 60-65, 14-lata 65-69, 15-lata 70-74, 16-lata 75+
		kod-proc	1	Kod procedury medycznej	tekst(4)	Kod procedury medycznej	Wg ICD9 CM - pierwsze 4 znaki, z kropką włącznie (xx.x, gdzie x dana cyfra z kodu ICD9 CM)
		liczba-proc	1	Liczba procedur medycznych	liczba(8,0)	Liczba wykonanych procedur medycznych	
2	raport-3		0-1	Liczba hospitalizacji i osób hospitalizowanych			na podstawie ust. 1 pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-3-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-3-swb		1-n				
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		liczba-swiadczy	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba hospitalizacji	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób hospitalizowanych	
2	raport-4_1		0-1	Główne przyczyny udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych			na podstawie ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-4_1-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-4_1-swb		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/ osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2

		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 - pierwsze trzy znaki
		liczba-swiadczy	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-4_2		0-1	Główne przyczyny udzielania świadczeń na oddziałach szpitalnych			na podstawie ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-4_2-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-4_2-swb		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(5) albo tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 - pierwsze pięć znaków z wyłączeniem sytuacji, gdy klasyfikacja ICD 10 przewiduje krótszy niż 5-elementowy ciąg znaków, wówczas przekazujemy 3 znaki.
		liczba-swiadczy	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-5_1		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, wg powiatów, gmin zamieszkania i typów grup osób			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia (kody świadczeń: 2.4, 8.4)
3	raport-5_1-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-5_1-swb		1-n				
		teryt-gmina-mz	1	Kod terytorialny gminy	tekst(7)	Identyfikator gminy zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa

		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-swiaucz	1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	kod świadczenia 2.4 lub 8.4
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
2	raport-5_2		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wg powiatów miejsca udzielania świadczeń			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 2.4, 8.4)
			1-n				
3	raport-5_2-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
			1-n				
4	raport-5_2-swb	kod-swiaucz	1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia - inne niż 2.4 i 8.4
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-5_3		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, w podziale na typy komórek organizacyjnych			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (kody świadczeń: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
			1-n				
3	raport-5_3-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
		typ-kom-org	1	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VIII część kodu resortowego	
4	raport-5_3-swb		1-n				
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-swiaucz	1	Kod świadczenia	liczba(2)	Kod świadczenia	kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (w zakresie kodów: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	

		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
2	raport-5_4		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, wg powiatów zamieszkania			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
3	raport-5_4-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-5_4-swb		1-n				
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-swiaucz	1	Kod świadczenia	liczba(2)	Kod świadczenia	kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (z wyłączeniem kodów: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
2	raport-6		0-1	Liczba hospitalizacji wg trybów przyjęć i wypisów w poszczególnych powiatach			na podstawie ust. 1 pkt 6 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-6-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-trybu-p	1	Kod trybu przyjęcia	tekst(2)	Kod trybu przyjęcia	P1- przyjęcie planowane, P2- przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem z pomocy doraźnej, P3- przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej, P4- przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania

		kod-trybu-w	1	Kod trybu wypisu	tekst(2)	Kod trybu wypisu	W1-zakończenie procesu terapeutyczno-diagnostycznego, W2-skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, W3-skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej, W4-skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej, W5-skierowanie do dalszego leczenia - inne przypadki, W6 - wypisanie na własne żądanie, W9-zgon
		liczba-hospit	1	Liczba hospitalizacji	liczba(8,0)	Liczba hospitalizacji z daną kombinacją trybu przyjęcia i wypisu	
2	raport-7_1		0-1	Transport sanitarny - liczba przewozów świadczeniobiorców; liczba osób przewiezionych z danym stopniem niesprawności			na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-7_1- wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-rodz-trans	1	Kod rodzaju transportu	tekst(4)	Kod rodzaju transportu	wg VIII części kodu resortowego
		liczba-przew	1	Liczba przewozów świadczeniobiorców	liczba(8,0)	Liczba przewozów świadczeniobiorców	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
		liczba-przew-1	1	Liczba przewiezionych z I-st. niesprawności		Liczba przewiezionych z I-st. niesprawności	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
		liczba-przew-2	1	Liczba przewiezionych z II-st. niesprawności		Liczba przewiezionych z II-st. niesprawności	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
2	raport-7_2		0-1	Transport sanitarny - liczba przewozów wg głównych przyczyn			na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-7_2- wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 -

							pierwsze trzy znaki
		liczba-przew	1	Liczba przewozów świadczeniobiorców	liczba(8,0)	Liczba przewozów świadczeniobiorców	
2	raport-7_3		0-1	Transport sanitarny - liczba przewozów wg celów przewozu bez transportu POZ		Transport sanitarny - liczba przewozów wg celów przewozu bez transportu POZ	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia - nie dotyczy POZ
3	raport-7_3-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-celu	1	Kod celu przewozu	tekst(2)	Kod celu przewozu	zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
		liczba-przew	1	Liczba przewozów	liczba(8,0)	Liczba przewozów	
2	raport-7_4		0-1	Transport sanitarny - POZ liczba przewozów wg celów przewozu		Transport sanitarny - POZ liczba przewozów wg celów przewozu	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia - dane zbiorcze dla POZ
3	raport-7_4-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		kod-celu	1	Kod celu przewozu	tekst(2)	Kod celu przewozu	zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
		liczba-przew	1	Liczba przewozów	liczba(8,0)	Liczba przewozów	
2	raport-8_1		0-1	Ratownictwo medyczne - liczba wyjazdów			na podstawie ust. 1 pkt 8 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-8_1-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		rodzaj-zespołu	1	Rodzaj zespołu	tekst(4)	Rodzaj zespołu	wg VIII części kodu resortowego
		liczba-wyjazd	1	Liczba wyjazdów	liczba(8,0)	Liczba wyjazdów	
2	raport-8_2		0-1	Ratownictwo medyczne - liczba wyjazdów wg głównych przyczyn			na podstawie ust. 1 pkt 8 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-8_2-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 - pierwsze trzy znaki
		liczba-wyjazd	1	Liczba wyjazdów	liczba(8,0)	Liczba wyjazdów	
2	raport-9		0-1	POZ			na podstawie ust. 1 pkt 9 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-9-swd		1-n				
		teryt-gmina-swd	1	Kod terytorialny gminy wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(7)	Identyfikator gminy zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
		rodz-swd	1	Rodzaj	tekst(1)	Rodzaj	L-opieka lekarza POZ,

				świadczeniodawcy		świadczeniodawcy	P- opieka pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, O-opieka położnej, S-opieka pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania
		liczba-swd	1	Liczba świadczeniodawców	liczba (6,0)	Liczba świadczeniodawców	
3	raport-9-swb		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-gmina-mz	1	Kod terytorialny gminy	tekst(7)	Identyfikator gminy zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		liczba-osob	1	Liczba osób	liczba(8,0)	Liczba osób objętych opieką	
2	raport-10		0-1	Dane z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych			na podstawie ust. 1 pkt 10 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-10-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-prog	1	Kod programu	do 16 znaków	Kod programu w NFZ	Kod zakresu świadczeń, w ramach którego finansowana jest realizacja programu
		nazwa-prog	1	Nazwa programu	tekst(250)	Nazwa programu	
		liczba-osob	1	Liczba osób	liczba(6,0)	Liczba osób objętych programem	Liczba osób wyznaczona na podstawie unikalnej liczby identyfikatorów świadczeniobiorców i osób uprawnionych, którzy w okresie sprawozdawczym skorzystali ze świadczeń objętych profilaktycznym programem zdrowotnym
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-11		0-1 *	liczba oczekujących i średni czas oczekiwania			na podstawie ust. 1 pkt 11 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-11-wiersz		1-n	Świadczeniodawca			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
		regon	1	REGON	tekst(9)	REGON	
		typ-kom-org	1	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VIII część kodu resortowego	
		nazwa	1	Nazwa	tekst(150)	Nazwa	

		kryterium	1	Typ kryterium	tekst(1)
				Typ kryterium	"S" - stabilny, "P" - pilny
		liczba-oczek	1	Liczba oczekujących	liczba(3)
				Liczba oczekujących	
		czas-oczek	1	Średni czas oczekiwania	liczba(3)
				Średni czas oczekiwania	

UZASADNIENIE

Projekt stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 190 ust. 3 ustawy 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.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zgodnie z upoważnieniem ustawowym minister zdrowia jest obowiązany określić:

- 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 ustawy o świadczeniach, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywanych tych informacji.

Aktualnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw (Dz. U. Nr 152, poz. 127, z późn. zm.). Przedmiotowe rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 190 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Traci ono moc w związku z wejściem w życie ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...). Zgodnie z art. 26 tej ustawy rozporządzenie czasowo zachowało moc do czasu wydania nowego aktu wykonawczego, nie dłużej jednak niż 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie.

Po raz pierwszy na poziomie rozporządzenia określono zakres informacji jakie powinno zawierać roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotychczas o zawartości merytorycznej tego sprawozdania decydował Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, a Minister Zdrowia, który zgodnie z art. 187 przedstawia Sejmowi RP to Sprawozdanie, nie miał wpływu na zawartość informacji prezentowaną w rocznych sprawozdaniach. Tymczasem z analizy rocznych sprawozdań Funduszu za kolejne lata wynika, że sprawozdania te nie były porównywalne, gdyż poszczególne rodzaje świadczeń nie były opisywane przy wykorzystaniu tego samego zestawu danych. Ponadto, wymagana przez ustawę informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, przedstawiana była w sposób skrótowy i nie zawierała części opisowej, wyjaśniającej

zachodzące zmiany i przyczyny tych zmian. Przy charakterystyce dostępności do poszczególnych rodzajów świadczeń Fundusz nie uwzględniał wszystkich wskaźników charakteryzujących dostępność.

Zgodnie z projektowanym rozporządzeniem głównymi częściami Sprawozdania będzie opis realizacji najważniejszych zadań Funduszu oraz zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 11 ustawy o świadczeniach, informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Sprawozdanie nie będzie zawierało części dotyczącej gospodarki finansowej Funduszu, ze względu na fakt, iż na podstawie odrębnych przepisów sporządzane jest roczne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia oraz roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W odniesieniu do dotychczas obowiązującego wzoru okresowych sprawozdań z działalności wprowadzono aktualizacje, uwzględniając nowe zapotrzebowanie informacyjne oraz zmiany w przepisach prawnych w zakresie, którego dotyczą tabele.

Projektowane rozporządzenie nie przewiduje zmian dotyczących minimalnego zakresu zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw ani sposobu i terminu ich przekazywania – w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze 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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu informacji przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom oraz marszałkom województw Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Sławomir Neumann – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Ewa Wilkoszewska, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel.: 22 53 00302 e-mail: e.wilkoszewska @mz.gov.pl	Data sporządzenia 2 czerwca 2014 r. Źródło: Art. 190 ust. 3 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.) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia brak
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Niniejszym rozporządzeniem określa się:

- 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywania tych informacji.

2.

Wskazanie zakresu informacji przedstawianych w rocznym sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wzory tabel okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy – zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami ustawowymi, Minister Zdrowia określa zakres informacji, jakie Fundusz umieszcza w okresowych i rocznych sprawozdaniach z działalności.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia			Konieczność przedstawienia w sprawozdaniach z działalności wymaganych przez rozporządzenie elementów.
województwach, marszałkach województw			Zapewnienie dostępu do podstawowych informacji o świadczeniach opieki zdrowotnej, udzielonych mieszkańcom poszczególnych województw
Ministerstwo Zdrowia, Sejm RP			Otrzymanie dokumentu, pozwalającego na lepszą ocenę dostępności do świadczeń i działania Funduszu.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnosnie ww. projektu rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Termin planowanych konsultacji publicznych został określony na 14 dni.

Projekt regulacji zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom:

- 1) Prezesowi Głównego Urzędu Statystycznego,
- 2) Naczelnej Radzie Lekarskiej,
- 3) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
- 4) Naczelnej Radzie Aptekarskiej,
- 5) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych,
- 6) Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych,
- 7) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej,

- 8) Radzie Krajowej Federacji Konsumentów,
- 9) Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 10) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych,
- 11) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy,
- 12) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia,
- 15) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej,
- 16) Związkowi Pracodawców Ochrony Zdrowia,
- 17) Fundacji Batorego,
- 18) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej,
- 19) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan,
- 20) Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Ratownictwa Medycznego,
- 21) Związek Pracodawców Business Center Club,
- 22) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie,
- 23) NSZZ „Solidarność 80”,
- 24) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych,
- 25) Radzie Krajowej Federacji Konsumentów,
- 26) Stowarzyszeniu Pacjentów Primum Non Nocere,
- 27) Federacji Pacjentów Polskich,
- 28) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej,
- 29) wojewodom,
- 30) marszałkom województw.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na wysokość wydatków budżetu państwa											

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Lepsza informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.						
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.						
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☒ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy				
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: obowiązek przekazania szerszego zakresu danych w porównaniu ze stanem obecnym				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy				
Komentarz: Rozporządzenie określa zakres przekazywanych informacji; obowiązki sprawozdawcze zostały nałożone na Fundusz z dniem wejścia w życie ustawy o świadczeniach, tj. od 2004 r.								
9. Wpływ na rynek pracy								
Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:			☐ demografia ☐ mienie państwowe			☐ informatyzacja ☐ zdrowie		

Omówienie wpływu	Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na inne obszary.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Pierwsze roczne sprawozdanie z działalności Funduszu powinno zostać sporządzone za rok 2015, a okresowe za I kwartał 2015 r.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Zakładane cele zostaną zrealizowane w momencie opracowania pierwszego rocznego oraz kwartalnego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierającego wszystkie wymagane elementy.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Brak.	