

Materiał porównawczy
do ustawy z dnia 23 lipca 2010 r.

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

(druk nr 942)

USTAWA 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.)

Art. 31c.

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

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

2. Zlecenie zawiera opis świadczenia opieki zdrowotnej oraz opis choroby i stanu zdrowia, w których jest udzielane, i jego wpływu na poprawę zdrowia obywateli.

3. Prezes Agencji niezwłocznie po otrzymaniu zlecenia zasięga opinii:

1) konsultantów krajowych z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w ust. 2;

2) Prezesa Funduszu w zakresie, o którym mowa w art. 31a ust. 1 pkt 7.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 3, są obowiązane wydać opinię w terminie 30 dni od dnia otrzymania opisów, o których mowa w ust. 2.

5. Prezes Agencji niezwłocznie przedstawia opinie, o których mowa w ust. 3, Radzie Konsultacyjnej, o której mowa w art. 31s.

6. Rada Konsultacyjna przedstawia stanowisko w sprawie:

[1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji albo]

<1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo >

- 2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.
7. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Konsultacyjnej oraz kryteria określone w art. 31a ust. 1, wydaje rekomendację w sprawie:
- [1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji, albo]*
- <1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo >**
- 2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.
8. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje rekomendację ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
9. Prezes Agencji niezwłocznie zamieszcza zlecenia i rekomendacje na stronie internetowej Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji na zasadach określonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej.

[Art. 31d.

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

- 1) poziomu, w tym limitu cen - w przypadku wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33, art. 40 i art. 41,*
- 2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego*
- mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1.]*

<Art. 31d.

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

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

Art. 31e.

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

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

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

2. Wnioski w sprawach, o których mowa w ust. 1, mogą składać do ministra właściwego do spraw zdrowia:

- 1) konsultanci krajowi z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej;
- 2) stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym - za pośrednictwem konsultantów, o których mowa w pkt 1;
- 3) Prezes Funduszu;
- 4) stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta - za pośrednictwem konsultantów, o których mowa w pkt 1.

3. Wnioski w sprawach, o których mowa w ust. 1, zawierają:

- 1) oznaczenie podmiotu, o którym mowa w ust. 2;
- 2) siedzibę podmiotu, o którym mowa w ust. 2, lub jego adres;
- 3) wskazanie, czy wniosek dotyczy:
 - a) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
 - b) zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego;
- 4) uzasadnienie wskazujące wpływ danego świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli i skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia;
- 5) datę sporządzenia wniosku;
- 6) wykaz załączonych do wniosku dokumentów potwierdzających zasadność wniosku;
- 7) podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku.

Art. 31g.

1. Prezes Agencji, po otrzymaniu zlecenia, o którym mowa w art. 31f ust. 5, dokonuje oceny świadczenia opieki zdrowotnej i przygotowuje raport w sprawie:

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

[2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego]

<2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego >

- zwany dalej "raportem w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej".

2. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej zawiera:

1) opis świadczenia opieki zdrowotnej objętego zleceniem, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności alternatywnego świadczenia opieki zdrowotnej w danej chorobie, stanie zdrowia lub wskazaniu;

2) opis choroby, stanu zdrowia lub wskazań, w których jest udzielane świadczenie opieki zdrowotnej objęte zleceniem, z uwzględnieniem:

a) wpływu świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli, w tym zapadalności, chorobowości, umieralności lub śmiertelności,

b) skutków następstw choroby lub stanu zdrowia;

3) wskazanie dowodów naukowych dotyczących:

a) skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa,

b) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych,

c) skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;

4) wskazanie dowodów naukowych w postaci opracowań wtórnych lub wytycznych praktyki klinicznej;

5) dane o kosztach świadczenia opieki zdrowotnej oraz jego elementach składowych;

6) określenie warunków finansowania ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej objętego zleceniem w innych krajach, ze szczególnym uwzględnieniem krajów o poziomie produktu krajowego brutto zbliżonym do Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 31h.

1. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej Radzie Konsultacyjnej, o której mowa w art. 31s.

2. Rada Konsultacyjna na podstawie raportu w sprawie oceny świadczenia gwarantowanego przygotowuje niezwłocznie dla Prezesa Agencji stanowisko w zakresie:

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

[2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego.]

<2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.>

3. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko przygotowane przez Radę Konsultacyjną, wydaje rekomendację w sprawie:

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

[2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego.]

<2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.>

4. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje rekomendację ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz podmiotowi, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 31e ust. 1.
5. Prezes Agencji niezwłocznie zamieszcza zlecenia, o których mowa w art. 31f ust. 5, raporty w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanowiska i rekomendacje na stronie internetowej Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji na zasadach określonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej.

Art. 31n.

Do zadań Agencji należy:

- 1) realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:
 - a) wydawania rekomendacji w sprawie:
 - kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego,
 - [– określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego,]*
 - <- określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego,>**
 - usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
 - b) opracowywania raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem raportów w sprawie oceny leku lub wyrobu medycznego,
 - c) opracowywania oceny raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych oraz o technologiach medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach;
- 3) opiniowanie programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ust. 2;
- 4) prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zadań, o których mowa w pkt 1-3;
- 5) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 161a.

Do postępowania o zawarcie 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, ich zawarcia i rozliczania stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału.

<Art. 161b.

- 1. W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. O zamiarze przeprowadzenia dodatkowego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje Prezesa Funduszu.**
- 2. W dodatkowym postępowaniu mogą brać udział świadczeniodawcy spełniający warunki dotyczące:**
 - 1) personelu medycznego lub**
 - 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną**
 - w zakresie warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz pozostałe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w tych przepisach.**
- 3. W wyniku rozstrzygnięcia dodatkowego postępowania, o którym mowa w ust. 1, może być zawarta ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 2, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w danym zakresie świadczeń gwarantowanych:**
 - 1) wyłącznie raz,**
 - 2) na okres nie dłuższy niż rok.**
- 4. Do dodatkowego postępowania stosuje się odpowiednio przepisy art. 139–161. Przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7, w zakresie warunków dotyczących personelu medycznego albo warunków dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, nie stosuje się.**
- 5. Przy ustalaniu w umowie zawartej ze świadczeniodawcami, o których mowa w ust. 2, ceny świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnia się zakres niedostosowania się tych świadczeniodawców do warunków, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d. W przypadku tych świadczeniodawców cena świadczenia opieki zdrowotnej jest niższa od najniższej ceny określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w ust. 1, ze świadczeniodawcą spełniającym warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, dla tego samego rodzaju i zakresu świadczeń gwarantowanych oraz okresu obowiązywania ceny.>**