



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-83-13

Druk nr 1785
Warszawa, 2 października 2013 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 o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

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 o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej

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.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;”

b) po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie;”

c) po pkt 28 dodaje się pkt 28a w brzmieniu:

„28a) poradnia przyszpitalna – ambulatorium podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowane w budynku albo zespole budynków oznaczonych tym samym adresem co szpital, albo innymi adresami, ale położonych obok

¹⁾ 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 oraz z 2013 r. poz. 154, 879 i 983.

szpitala i tworzących funkcjonalną całość, w którym udzielane są te same lub zbliżone rodzajowo świadczenia co w szpitalu;”;

2) w art. 57 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, o których mowa w ust. 1, mogą być udzielane również w poradni przyszpitalnej.”;

3) art. 135 otrzymuje brzmienie:

„Art. 135. 1. Oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne.

2. Fundusz realizuje zasadę jawności:

1) umów – przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy, rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczby jednostek rozliczeniowych (miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażających wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów;

2) ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę – w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert.

3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, zamieszcza się w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”;

4) w art. 142 w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia;”;

5) w art. 154:

a) ust. 4–6 otrzymują brzmienie:

„4. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

5. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu.”,

b) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1–6, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”,

c) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. W przypadku uchylenia decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w ust. 3, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wypowiada tę umowę oraz ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”;

6) w art. 156 po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1e w brzmieniu:

„1a. W przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.

1b. W przypadku braku możliwości zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, w której świadczenia w danym zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej były udzielane przez jednego świadczeniodawcę na określonym obszarze, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może dokonać zmiany umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą w tym zakresie na obszarze sąsiadującym z tym obszarem, na okres nie dłuższy niż określony w ust. 1a.

1c. Dokonując zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1b, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu bierze pod uwagę konieczność zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców oraz uwarunkowania komunikacyjne.

1d. Zmiana umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1a i 1b, wymaga uzyskania zgody Prezesa Funduszu.

1e. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany niezwłocznie przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony na podstawie ust. 1a i 1b, w przypadku gdy takie postępowanie nie zostało wszczęte albo zakończone.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672, z późn. zm.²⁾) 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 w trybie określonym przepisami 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.¹⁾).”.

Art. 3. 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

2. 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.

3. W przypadku umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 675, 983 i 1036.

2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757), przedłużenie umowy wymaga uzyskania zgody wojewody.

Art. 4. Do postępowań, o których mowa w art. 154 ustawy, o której mowa w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1 i 2, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, zwany dalej „projektem”, ma na celu:

- 1) zwiększenie gwarancji wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) usprawnienie postępowania odwoławczego od rozstrzygnięć komisji konkursowej w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) wprowadzenie możliwości przedłużenia okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
- 4) dookreślenia sposobu realizacji zasady jawności umów i postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 5) usprawnienie kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad. 1. W celu zagwarantowania wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej proponuje się określić na poziomie ustawy pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które służą m.in. jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (por. art. 148 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.). Zdecydowano się na wyszczególnienie podstawowych elementów wskazanych pojęć, które muszą być brane pod uwagę podczas procesu porównania ofert według wskazanych kryteriów. Wyliczenie nie ma jednak charakteru enumeratywnego (wskazuje elementy, które należy brać pod uwagę, dokonując oceny ofert pod względem ciągłości i kompleksowości), co umożliwia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanemu dalej „Prezesem NFZ”, stosowanie także dodatkowych wyznaczników ww. kryteriów.

Wskazane kryteria były dotychczas rozbieżnie interpretowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a ich zakresy nierzadko pokrywały się ze sobą. Dlatego proponuje się ich zdefiniowanie przez wyliczenie podstawowych parametrów.

Projekt wyraźnie określa, iż kryterium kompleksowości należy rozumieć co najmniej przez takie elementy, jak możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym

zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji oraz strukturę świadczeń opieki zdrowotnej, tj. możliwość realizacji wszystkich objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia w danym zakresie świadczeń jednostkowych (tzw. produktów rozliczeniowych) przypisanych do danego zakresu świadczeń. Możliwość ta być powinna oceniana przez posiadanie niezbędnego potencjału (sprzęt, personel, odpowiednie warunki lokalowe itp.).

Kryterium ciągłości należy natomiast rozumieć jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń. Kryterium to premiować będzie oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego świadczeniodawcy powinna zatem być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany.

Jednocześnie należy wyjaśnić, iż ograniczenie się do zdefiniowania wyłącznie tych dwóch pojęć związane jest z brakiem możliwości określenia na obecnym etapie kryterium jakości, które będzie mogło być określone dopiero po wprowadzeniu ustawy o jakości w ochronie zdrowia, na poziomie której zostaną uregulowane i doprecyzowane konieczne kryteria jakości.

W tym samym celu proponuje się uszczegółowić przepis art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który określa podstawowe zasady dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych przez wyraźne sformułowanie, iż mogą być one udzielane również w poradni przyszpitalnej (której definicję dodaje się do art. 5 ww. ustawy).

Powyższe pozwoli Narodowemu Funduszowi Zdrowia na ogłaszanie odrębnych postępowań i zawieranie umów, których przedmiotem będą ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane w podmiotach leczniczych oferujących kompleksową opiekę zdrowotną, zintegrowaną z leczeniem szpitalnym (Prezes NFZ uzyska możliwość stworzenia nowego produktu kontraktowego).

Ad. 2. Druga zasadnicza zmiana przewidziana w projekcie polega na tym, że postępowanie odwoławcze od rozstrzygnięć komisji konkursowej w postępowaniach

o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie prowadzone na poziomie oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanych dalej „OW NFZ”. W projekcie proponuje się prowadzenie postępowania administracyjnego na poziomie OW NFZ w taki sposób, że od decyzji dyrektora OW NFZ będzie przysługiwał wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy, a w dalszej kolejności skarga do sądu administracyjnego umożliwiająca kontrolę legalności przeprowadzonego postępowania. Ma to na celu usprawnienie procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i właściwego zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów.

Zmiana ta wynika także z linii orzeczniczej NSA zapoczątkowanej w 2012 r. (por. m.in. orzeczenia NSA: z dnia 11.07.2012 r., sygn. akt II GSK 121/12; z dnia 06.03.2013 r., sygn. Akt. II GSK 1163/12; z dnia 08.05.2013 r., sygn. akt. II GSK 254/12, z dnia 08.05.2013 r., sygn. akt. II GSK 255/12), w świetle której dyrektor OW NFZ jest uprawniony do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dopiero po rozpatrzeniu odwołania przez Prezesa NFZ.

Tym samym w przypadku przeprowadzania dużej liczby konkursów ofert (w związku z wygasaniem umów, zawieranych, co do zasady, na okres 3 lat) skutkującego m.in. bardzo dużą liczbą składanych odwołań nie jest możliwe ich rozpatrzenie przez Prezesa NFZ w okresie umożliwiającym zawarcie umów o udzielanie świadczeń od początku następnego roku.

Proponowane rozwiązanie jakkolwiek stanowi odstępstwo od art. 127 § 2 i 3 Kodeksu postępowania administracyjnego, jednakże jest niezbędne z uwagi na specyfikę postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera dyrektor OW NFZ i w tym zakresie jest on podmiotem samodzielnym. Z tego punktu widzenia kontrola przez Prezesa NFZ, a więc z poziomu centralnego, decyzji wydawanych w tym zakresie przez dyrektora OW NFZ nie ma merytorycznego uzasadnienia. Warto przy tym zauważyć, że zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego odwołania od decyzji wydanych przez organy jednostek samorządu terytorialnego rozpatrują samorządowe kolegia odwoławcze. Dopatrując się w tym przypadku pewnych analogii dotyczących lokalnej specyfiki prowadzonych postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy zauważyć, że brak jest w tym przypadku organu odwoławczego na poziomie lokalnym. W tej sytuacji zasadne jest, aby od decyzji dyrektora OW NFZ

służył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Dodatkowo należy podkreślić, że takie rozwiązanie skutkować będzie odciążeniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który dotychczas jako jedyny rozpatrywał skargi na decyzje Prezesa NFZ wydane w II instancji. Wprowadzenie proponowanego rozwiązania spowoduje, że właściwe w tym zakresie będą także pozostałe wojewódzkie sądy administracyjne, właściwe ze względu na siedzibę organu, który wydał decyzję, czyli dyrektora OW NFZ. W tym miejscu należy podkreślić, iż także przy obecnie funkcjonującym rozwiązaniu umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w wyniku uwzględnienia skargi świadczeniodawcy przez Prezesa NFZ, zawierał dyrektor OW NFZ, a nie Prezes NFZ.

Ponadto w projekcie proponuje się skrócenie terminu rozpatrzenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy (obecnie – odwołania) z 30 dni do 14 dni oraz wyraźne określenie na poziomie ustawy katalogu stron postępowania odwoławczego.

Regulacje w powyższym zakresie, choć odbiegają od reguł określonych na gruncie Kodeksu postępowania administracyjnego, są uzasadnione potrzebą sprawnego zawierania umów (nierzadko w postępowaniach o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uczestniczy kilkadziesiąt podmiotów).

Precyzyjne określenie stron postępowania dokonane zostało również z uwagi na rozbieżne orzecznictwo sądów administracyjnych, które przyjmują, iż stronami postępowania są:

- 1) wyłącznie odwołujący się od decyzji dyrektora OW NFZ,
- 2) odwołujący się oraz wybrani w konkursie świadczeniodawcy,
- 3) wszyscy uczestnicy postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przewiduje się również, iż przyjęcie powyższej regulacji przyczyni się do ograniczenia kosztów postępowania (zarówno po stronie NFZ, jak i samych świadczeniodawców), bowiem nie będzie zachodziła konieczność doręczania pism (np. odpisów składanej skargi do sądu administracyjnego) wszystkim podmiotom, które złożyły oferty w danym postępowaniu (często niezainteresowanym prowadzonym postępowaniem przed sądem).

Z uwagi na powyższe, jak i w związku ze wzrastającą liczbą składanych odwołań (spowodowaną m.in. zwiększeniem liczby świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia), w celu zabezpieczenia dostępu

do świadczeń opieki zdrowotnej od początku 2014 r. wprowadzenie zmian zawartych w projekcie jest niezbędne.

W projekcie (mając na uwadze dotychczasowe rozbieżne interpretacje) zdecydowano się wyraźnie określić konsekwencje uchylecia decyzji dyrektora OW NFZ (w następstwie rozpatrzenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy – uprzednio w następstwie złożenia odwołania do Prezesa NFZ). W przypadku uwzględnienia wniosku, dyrektor OW NFZ będzie obowiązany przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, którego wniosek uwzględniono. Mając jednak na uwadze specyfikę postępowań, w których umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze, przewidziano odstępstwo od powyższej zasady. W takich przypadkach uchylając decyzję, dyrektor OW NFZ będzie obowiązany wypowiedzieć umowę oraz ponownie przeprowadzić postępowanie w trybie konkursu ofert.

W związku z upływającym z dniem 31 grudnia 2013 r. okresem obowiązywania dużej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia będzie w IV kwartale 2013 r. przeprowadzał postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2014 r. i lata następne.

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 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.

W tej sytuacji, mając w szczególności na uwadze odnotowaną w 2010 r. liczbę odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wniesionych do Prezesa NFZ w trybie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (1334 rozpatrzone odwołania) oraz utrzymującą się tendencję wzrostową liczby odwołań, składanych z każdym kolejnym cyklem postępowań, istnieje realne zagrożenie, iż Narodowy Fundusz Zdrowia nie

zdąży ukończyć postępowań we wszystkich zakresach świadczeń oraz procesu zawierania umów przed dniem 1 stycznia 2014 r., a tym samym istnieje realne zagrożenie, że nie zostanie zapewniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej od początku 2014 r. we wszystkich zakresach.

W związku z powyższym, w celu umożliwienia zarówno odpowiedniego przygotowania się OW NFZ do realizacji nowych obowiązków w zakresie obsługi postępowań odwoławczych, jak i odpowiedniego oraz terminowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia umów, w art. 3 projektu proponuje się umożliwienie przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w poszczególnych zakresach, jednakże na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

W sytuacji, gdy z uwagi na złożoność procesu legislacyjnego i logistycznego, zaktualizuje się ryzyko braku zabezpieczenia dostępu do świadczeń w poszczególnym zakresie z początkiem 2014 r., Narodowy Fundusz Zdrowia będzie dysponował odpowiednim instrumentem.

W celu zabezpieczenia przed wybiórczym przedłużaniem umów proponuje się dodatkowe zastrzeżenie, iż wniosek dyrektora OW NFZ o wydłużenie umowy musi zostać skierowany do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w których umowa jest przedłużana.

Przewiduje się jednocześnie, że postępowania wszczęte wskutek wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia komisji konkursowej i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy będą prowadzone na dotychczasowych zasadach.

Ad. 3. Proponuje się także wprowadzenie na stałe instrumentu pozwalającego na wydłużenie lub zmianę aktualnie obowiązującej umowy, w sytuacji gdy zachodzi ryzyko niezabezpieczenia lub brak zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Aby instytucja ta nie była wykorzystywana do wydłużania umów na czas nieokreślony, proponuje się wprowadzić okres 6 miesięcy jako maksymalny, na jaki może zostać przedłużona umowa (lub obowiązywać umowa zmieniona), oraz wymóg uzyskania zgody Prezesa NFZ na dokonanie takiej zmiany umowy.

Dokonując zmiany umowy, dyrektor OW NFZ będzie zobligowany koniecznością zapewnienia równego dostępu do świadczeń, potrzebami zdrowotnymi

świadczeniobiorców oraz uwarunkowaniami komunikacyjnymi.

Jednocześnie z przedłużeniem lub zmianą umowy dyrektor OW NFZ zostanie zobligowany do przeprowadzenia postępowania na zakres świadczeń, który był przedmiotem przedłużonej (zmienionej) umowy.

Ad. 4. Uzasadnienie wprowadzenia zmian w zakresie jawności umów i postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi w szczególności ugruntowany w orzecznictwie sądów administracyjnych pogląd, zgodnie z którym informacje zawarte w ofertach składanych przez świadczeniodawców w postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinny być udostępniane stronom tych postępowań (a ponadto stanowią informację publiczną).

Proponowane rozwiązania jednoznacznie przesądzą o sposobie realizacji zasady jawności w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad. 5. Wprowadzenie zmiany do ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672, z późn. zm.) 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 ilość kontroli wykonywanych przez NFZ.

Mając na względzie uwagi NIK oraz ograniczone możliwości kadrowe NFZ, 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 83 ustawy. Jednocześnie w projekcie nie wyłącza się art. 79 i 80a z uwagi na fakt, iż zgodnie z zasadą *lex posterior generalis non derogat legi priori speciali* (przepis późniejszy ogólny nie uchyla przepisu wcześniejszego szczegółowego), 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 OW NFZ 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 jedynie wykonanie zawartej umowy cywilnoprawnej.

Proponuje się, aby projektowana ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1 i 2 projektu. Przepisy te wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2014 r. Okres ten daje odpowiedni czas na przygotowanie się Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzania postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z nowymi rozwiązaniami.

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.).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt ustawy swoim zakresem wywiera wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców biorących udział w konkursach ofert lub realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także na świadczeniobiorców, ponieważ usuwa ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został przesłany do konsultacji z Narodowym Funduszem Zdrowia, Naczelną Radą Lekarską i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związkiem Powiatów Polskich, Związkiem Województw RP oraz do reprezentatywnych związków i stowarzyszeń zrzeszających świadczeniodawców, m.in. do Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Unii Szpitali Klinicznych oraz Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego.

Projekt ustawy został także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

Zgłoszone podczas konsultacji społecznych uwagi koncentrowały się wokół:

1) zwolnienia Prezesa NFZ z udziału w trybie odwoławczym

Uwagi w tym zakresie zgłosiła większość podmiotów, m.in. Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska, Naczelna Rada Lekarska, Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”, Pracodawcy RP, Business Center Club, Federacja Związków Pracodawców ZOZ.

W uwagach wskazano, iż wprowadzenie wskazanego rozwiązania pozostaje nie tylko niezgodne z art. 15 i 127 k.p.a, ale także statuuje fikcję systemu odwoławczego i wprowadza niebezpieczną praktykę w ramach zasady dwuinstancyjności.

2) definicji ciągłości i kompleksowości

Uwagi zgłosiły m.in. Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”, Pracodawcy RP, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Center Club, Naczelna Rada Lekarska, Rektor ŚUM w Katowicach, Polskie Towarzystwo Onkologiczne.

Uwagi odnośnie do kryterium ciągłości wskazywały na sprzeczność premiowania świadczeniodawców realizujących już umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z wyrażoną na gruncie Konstytucji i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zasadą równości podmiotów oraz na antykonkurencyjny charakter przedmiotowego rozwiązania i naruszanie zasady swobody podejmowania działalności gospodarczej.

Uwagi odnośnie do kryterium kompleksowości wskazywały, iż przyjęcie tego rozwiązania dyskryminować będzie podmioty specjalistyczne monoprofilowe, a także służyć będzie centralizacji świadczeń, a ta spowoduje, że staną się one coraz mniej dostępne dla ubezpieczonych. Kierowanie pacjentów jedynie do nielicznej grupy wysokospecjalistycznych szpitali, posiadających możliwość oferowania w jednej lokalizacji wszystkich aspektów leczenia danej choroby (np. choroby nowotworowej) nie tylko drastycznie zmniejszy poziom konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami (co może istotnie obniżyć efektywność gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na finansowanie świadczeń), ale może także narazić pacjentów na istotne niedogodności związane z koniecznością leczenia w dużej odległości od miejsca zamieszkania, wydłużenie kolejek oraz wzrost śmiertelności wskutek wydłużenia czasu między rozpoznaniem choroby a leczeniem.

Postulowano również, aby wprowadzić możliwość osiągnięcia kryterium kompleksowości poprzez tzw. kompleksowość sieciową, tj. możliwość oferowania zintegrowanego leczenia przez porozumienia z innymi podmiotami.

Podniesiono również, iż kompleksowość i ciągłość powinna być rozumiana jako kompleksowość drogi leczenia pacjenta, a ta powinna być osiągnięta przez współpracę placówek, a nie monopolizację wybranego miejsca leczenia.

3) definicji poradni przyszpitalnej

Uwagi w odniesieniu do wskazanej definicji zgłosiły m.in.: Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”, Pracodawcy RP, Business Center Club. Uwagi wskazywały na niecelowość wprowadzania do legalnego słownika nowelizowanej ustawy pojęcia poradni przyszpitalnej, jako że ustawa nie posługuje się tym pojęciem oraz na pośrednią dyskryminację podmiotów niepublicznych (w sferze publicznej przeważają szpitale). Podnoszono także, iż definicja pokazuje jedynie więź formalną ze szpitalem, nie zaś kadrową, infrastrukturalną czy jakąkolwiek inną, która pozwoliłby

uznać, że projektodawca zmierza do utworzenia jakiegoś rodzaju podmiotów o np. wyższym stopniu referencyjności.

4) przedłużenia okresu obowiązywania umów do końca 2015 r. (w wersji skierowanej do konsultacji)

Uwagi do przepisu umożliwiającego wydłużenie umów do końca 2015 r. zgłoszono zarówno w ramach uzgodnień zewnętrznych, jak i konsultacji społecznych, a także w trybie określonym ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Uwagi zgłosili m.in. Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”, Pracodawcy RP, Rektor ŚUM w Katowicach.

W uwagach wskazywano na nieproporcjonalność przyjętego rozwiązania – wydłużenie umów na tak długi okres (prawie 2/3 zwykłego 3-letniego okresu, na który zawierana jest umowa) nie znajduje podstaw w świetle celu jakim, jest zapobieżenie braku zabezpieczenia świadczeń na 2014 r. oraz wskazano, iż wystarczającym do realizacji tego celu jest wprowadzony na stałe instrument przedłużenia umowy o 6 miesięcy. Wskazano, iż proponowany przepis spowoduje zamknięcie rynku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przed nowymi świadczeniodawcami, przez co ma charakter antykonkurencyjny.

Zgłoszono również zastrzeżenia co do konstytucyjności terminu wprowadzenia zmian przez naruszenie zasad przyzwoitej legislacji, wymagających respektowania tzw. interesów w toku tych podmiotów prawa, które podjęły szereg działań inwestycyjnych i organizacyjnych, działając w zaufaniu do obowiązującego stanu prawnego przewidującego przeprowadzenie postępowań w końcu 2013 r.

Ostatecznie w wyniku uzgodnień umożliwiono przedłużenie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia do końca 2014 r.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. W trybie określonym tą ustawą uwagi zgłosiło Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej sp. z o.o.

W ocenie zgłaszającego projekt narusza jego interes oraz interes publiczny polegający na równym i konkurencyjnym dostępie świadczeniodawców do możliwości realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a w konsekwencji zapewnienie

gospodarności i efektywności wydatkowania tych środków oraz dostępności i odpowiedniej jakości świadczeń.

Podmiot ten zarzucił, iż działając w zaufaniu do dotychczasowego stanu prawnego, zgodnie z którym postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinny się odbyć w terminach wynikających z upływu terminu, na jaki zostały zawarte obecne umowy, podjął znaczące inwestycje i działania organizacyjno-prawne zmierzające do utworzenia specjalistycznego ośrodka radioterapii. Wprowadzana nowelizacja, w ocenie podmiotu, stanowi rażące i drastyczne złamanie Konstytucji, poprzez naruszenie zasad przyzwoitej legislacji, wymagających respektowania tzw. interesów w toku tych podmiotów prawa, które podjęły szereg działań inwestycyjnych i organizacyjnych, działając w zaufaniu do obowiązującego stanu prawnego. Zgłaszający zaproponował więc skreślenie art. 2 projektu ustawy.

Zauważyć należy jednak, iż samo ogłoszenie postępowań konkursowych nie daje świadczeniodawcy gwarancji zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym świadczeniodawca nie może być pewny, iż z upływem terminu, na jaki zostały zawarte obecne umowy, uzyskałby możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto podmiot wskazał, iż proponowana definicja kompleksowości udzielania świadczeń spowoduje kierowanie pacjentów do nielicznej grupy wysokospecjalistycznych szpitali posiadających możliwość oferowania w jednej lokalizacji wszystkich aspektów leczenia danej choroby, przez co drastycznie zmniejszy się poziom konkurencyjności pomiędzy świadczeniodawcami, ale także może narazić pacjentów na istotne niedogodności związane z koniecznością leczenia w dużej odległości od miejsca zamieszkania. Wobec powyższego podmiot zaproponował nowe brzmienie definicji kompleksowości.

Odnosząc się do wskazanych zarzutów należy zauważyć, iż kompleksowość jako kryterium będzie premiowała podmioty posiadające możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji oraz możliwość realizacji wszystkich objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia w danym zakresie świadczeń jednostkowych, pozostałych podmiotów nie będzie jednak wyłączała. Obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia jest zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej także w znaczeniu

terytorialnym. Obowiązany jest on więc w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy tak określać obszary kontraktowania, aby uwzględniały wskazaną dostępność geograficzną.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowana ustawa nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego oraz dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw, przez zwiększenie efektywności postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przez uszczegółowienie kryteriów ofert premiujących podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w sposób kompleksowy oraz zapewniający kontynuację procesu leczenia.

Zgodnie z informacją zawartą w sprawozdaniach rocznych Narodowego Funduszu Zdrowia liczba rozpatrzonych odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wniesionych do Prezesa NFZ w trybie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyniosła:

- 1) w 2010 r. – 196 (w 2009 r. z uwagi na wejście w życie rozporządzeń wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono przepis pozwalający na przedłużenie obowiązywania umowy do końca 2010 r.),
- 2) w 2011 r. – 1334,
- 3) w 2012 r. – 833.

Wyłączenie Prezesa NFZ z postępowania odwoławczego od rozstrzygnięć komisji konkursowych na poziomie OW NFZ nie będzie miało wpływu na proces badania dopuszczalności odwołania, ustalenia wszystkich istotnych okoliczności sprawy oraz

rozpoznania zasadności żądań i zarzutów przedstawionych w odwołaniu, gdyż nowy organ (dyrektor OW NFZ) będzie również rozpatrywał odwołanie według przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Powyższe, przy jednoczesnym zdefiniowaniu stron tego postępowania i skróceniu terminu rozpatrzenia wniosku, przyczyni się do szybszego rozpatrzenia zarzutów odwołań na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia i ewentualnego rozpatrzenia sprawy przez wojewódzki sąd administracyjny.

Zdefiniowanie pojęcia ciągłości udzielanych świadczeń (kryterium oceny ofert) będzie premiować (w ograniczonym zakresie) oferty świadczeniodawców realizujących już umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym zmuszać świadczeniodawców niefunkcjonujących jeszcze na rynku wewnętrznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do przedstawienia oferty bardziej konkurencyjnej pod względem pozostałych kryteriów od ofert świadczeniodawców już na tym rynku funkcjonujących.

Kryterium to w pewnym zakresie ogranicza swobodny dostęp nowych podmiotów do wskazanego rynku, jednakże tego rynku dla nich nie zamyka, a jedynie wymaga przedstawienia lepszej oferty, tj. np. do podwyższenia jakości udzielania świadczeń, bądź – przy zachowaniu tego samego poziomu jakości – obniżenia ceny świadczenia.

Zdefiniowanie poradni przyszpitalnej oraz ogłaszanie odrębnych postępowań dla ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w poradni przyszpitalnej będzie premiować podmioty lecznicze oferujące kompleksową opiekę zdrowotną zintegrowaną z leczeniem szpitalnym (podmioty oferujące wyłącznie ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne nie będą mogły być wybrane w postępowaniu).

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na ochronę zdrowia poprzez lepsze zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na warunki życia ludności.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.



Warszawa, 13 września 2013 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1042.2013 / 10/mz

dot.: RM-10-83-13 z 23.09.2013 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 o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej 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 up. A **Z-powazaniem** zagranicznych
SEKRETARZ STANU

Piotr Serafin

Do wiadomości:
Pan Bartosz Artukowicz
Minister Zdrowia