

M A T E R I A Ł P O R Ó W N A W C Z Y

do ustawy z dnia 10 lutego 2017 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(druk nr 417)

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.)

Art. 11.

1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

- 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 2) (uchylony);
- 3) opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją;
- 3a) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 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;
- 5) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;
- 6) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VII;

- 7) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
 - 8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu;
 - 9) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Funduszu przygotowanego w trybie, o którym mowa w art. 187;
 - 9a) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;
 - 10) sprawowanie nadzoru nad Agencją;
 - 11) zatwierdzanie sprawozdań finansowych Agencji.
- 1a. Minister właściwy do spraw zdrowia oblicza średnie koszty, o których mowa w art. 94 i 95 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72, uwzględniając w szczególności Narodowy Rachunek Zdrowia.
- 1b. Narodowy Rachunek Zdrowia opracowywany jest na podstawie badań prowadzonych na zasadzie obowiązku w rozumieniu ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068).
- 1c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny, organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje podejmujące czynności w zakresie organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielają nieodpłatnie informacji koniecznych do obliczeń, o których mowa w ust. 1a.
- 1d. Na potrzeby obliczeń, o których mowa w ust. 1a, przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego należy rozumieć wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej, których koszt został poniesiony przez jednostki należące do sektora finansów publicznych, wymienione w przepisach o finansach publicznych.
2. Do zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:
- 1) sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej Funduszu na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie;
 - 2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz przedkładanie sprawozdania wraz z opinią

ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia roku następującego po roku, którego to sprawozdanie dotyczy.

- <3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji, może ogłosić, a w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanej dalej „diagnostyką onkologiczną”, i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej „leczeniem onkologicznym”, ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny.**
- 4. Obwieszczenia, o których mowa w ust. 3, są ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.>**

Art. 20.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
 - 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.
2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:
 - 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
 - 2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
 - 3) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - a) numer kolejny,

- b) datę i godzinę wpisu,
 - c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
 - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
 - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - f) adres świadczeniobiorcy,
 - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
 - h) termin udzielenia świadczenia,
 - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 5) przechowuje oryginał skierowania w postaci papierowej przekazany przez świadczeniobiorcę, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.
- 2a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, świadczeniobiorca jest obowiązany:
- 1) dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących, albo
 - 2) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących, kod dostępu do skierowania w postaci elektronicznej oraz nr PESEL, a w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL - numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- 2aa. Do terminu dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania w postaci papierowej 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.).
- 2b. W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia albo zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca:
-

- 1) zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo
- 2) umożliwia ponowne użycie skierowania w postaci elektronicznej przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, o który mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadku skierowania w postaci elektronicznej.
3. Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.
4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.
5. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.
6. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.
7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.
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.

9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.
10. W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
- 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.
- 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. 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.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

[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.]

<12. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub 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.]

<14. Przepisów ust. 12 i 13 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.>

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:]*

<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, z wyłączeniem listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12, 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.]*
- <4. Świadczeniodawca przekazuje co najmniej raz w tygodniu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, z wyłączeniem świadczenia, o którym mowa w art. 20 ust. 12.>**
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 wojewódzkiego 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.
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.

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 świadczenia gwarantowanego,
 - usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
 - b) opracowywania raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c) opracowywania analiz weryfikacyjnych, o których mowa w art. 35 ustawy o refundacji;
 - 1a) ustalanie taryfy świadczeń;
 - 1b) opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7;
 - 2) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych, technologiach medycznych
-

Objaśnienie oznaczeń: [*] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach oraz zasadach ustalania taryfy świadczeń;

- 3) opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej;
- 4) prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zadań, o których mowa w pkt 1-3;
- <4a) sporządzanie opinii, o których mowa w art. 11 ust. 3;>**
- 5) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

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.]

<1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo 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 lub miejscowo złośliwy,**
- 2) lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo 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.>

<2a. Świadczeniodawca realizujący leczenie, o którym mowa w ust. 2, wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, do którego zadań należy udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zagwarantowanie współpracy między podmiotami w ramach

kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą przez zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu leczenia.>

[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.]

<3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

4. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.>

[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. 55 ust. 2a, 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.]

<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, lub programów zdrowotnych, 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 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070). 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;]*

<1) gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego lub miejscowo 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.]

<4. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:

- 1) **oznaczenie świadczeniobiorcy pozwalające na ustalenie jego tożsamości:**
 - a) **nazwisko i imię (imiona),**
 - b) **datę urodzenia,**
 - c) **oznaczenie płci,**
 - d) **adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość),**
 - e) **numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka – numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz numer kolejny noworodka,**
 - 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,**
 - g) **podpis świadczeniobiorcy lub 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,**
 - h) **numer telefonu,**
 - i) **adres poczty elektronicznej;**
- 2) **oznaczenie świadczeniodawcy, w tym imię i nazwisko lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej;**

- 3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń oraz imię i nazwisko lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1;
 - 4) dane lekarza biorącego udział w ustaleniu planu leczenia onkologicznego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer prawa wykonywania zawodu;
 - 5) dane koordynatora leczenia onkologicznego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer telefonu służbowego,
 - c) adres służbowej poczty elektronicznej;
 - 6) dane inne niż określone w pkt 1–5:
 - a) datę sporządzenia karty,
 - b) datę decyzji o założeniu karty,
 - c) tryb wydania karty,
 - d) datę otrzymania karty przez świadczeniobiorcę,
 - e) dane o skierowaniu do lekarza specjalisty lub szpitala,
 - f) dane dotyczące diagnostyki onkologicznej,
 - g) rozpoznanie,
 - h) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej,
 - i) dane dotyczące planu leczenia onkologicznego,
 - j) dane dotyczące leczenia onkologicznego,
 - k) unikalny numer identyfikacyjny.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, mając na celu zapewnienie właściwego przepływu informacji dotyczących realizacji diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.>

<Art. 32c.

1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego obliczają corocznie wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego za poprzedni rok kalendarzowy na podstawie danych z raportów statystycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2. Świadczeniodawcy przekazują do oddziału

wojewódzkiego Funduszu wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego nie później niż do końca drugiego kwartału roku kalendarzowego następującego po roku, za który obliczono te wskaźniki.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, uwzględniając zalecenia wydane na podstawie art. 11 ust. 3 w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, które mogą być wykorzystane do obliczania wskaźników efektywności tej diagnostyki i tego leczenia.

Art. 32d.

Obwieszczenie, o którym mowa w art. 32c ust. 2, jest ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.>