

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) pkt 7a otrzymuje brzmienie:

„7a) kompleksowa opieka zdrowotna (kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej) – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;”;

b) pkt 28a otrzymuje brzmienie:

„28a) poradnia przyszpitalna – komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowaną w tej samej dzielnicy, o której mowa w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, 1579 i 1948) albo w ustawie z dnia 15 marca 2002 r. o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz. U. z 2015 r. poz. 1438), a w przypadku gmin, w których nie wprowadzono podziału na dzielnice – w tej samej gminie, i tworzącą funkcjonalną całość ze szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym;”;

2) w art. 55:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu podstawowego

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60.

szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1-3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1.”,

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.”;

3) po dziale IVa dodaje się dział IVb w brzmieniu:

„DZIAŁ IVB

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 95l. 1. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”, zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

2. W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się następujące poziomy:

- 1) szpitale I stopnia;
- 2) szpitale II stopnia;
- 3) szpitale III stopnia;
- 4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne;
- 5) szpitale pediatryczne;
- 6) szpitale ogólnopolskie.

3. Poziomy systemu zabezpieczenia są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określone przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których te świadczenia udzielane są w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, zwanych dalej „profilami”.

4. Poziomy systemu zabezpieczenia są określone przez świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach następujących profili:

- 1) poziom szpitali I stopnia:
 - a) chirurgia ogólna,

- b) choroby wewnętrzne,
 - c) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
 - d) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
 - e) pediatria;
- 2) poziom szpitali II stopnia:
- a) chirurgia dziecięca,
 - b) chirurgia plastyczna, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
 - c) kardiologia,
 - d) neurologia,
 - e) okulistyka,
 - f) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
 - g) otorynolaryngologia,
 - h) reumatologia, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
 - i) urologia;
- 3) poziom szpitali III stopnia:
- a) chirurgia klatki piersiowej,
 - b) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
 - c) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
 - d) choroby płuc,
 - e) choroby płuc dla dzieci,
 - f) choroby zakaźne,
 - g) choroby zakaźne dla dzieci,
 - h) kardiochirurgia,
 - i) kardiochirurgia dla dzieci,
 - j) kardiologia dla dzieci,
 - k) nefrologia,
 - l) nefrologia dla dzieci,
 - m) neurochirurgia,
 - n) neurochirurgia dla dzieci,
 - o) neurologia dla dzieci,
 - p) okulistyka dla dzieci,
 - q) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
 - r) otorynolaryngologia dla dzieci,

- s) toksykologia kliniczna,
 - t) toksykologia kliniczna dla dzieci,
 - u) transplantologia kliniczna,
 - v) transplantologia kliniczna dla dzieci,
 - w) urologia dla dzieci;
- 4) poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:
- a) dla szpitali onkologicznych:
 - brachyterapia,
 - ginekologia onkologiczna,
 - chemioterapia hospitalizacja,
 - chirurgia onkologiczna,
 - chirurgia onkologiczna dla dzieci,
 - hematologia,
 - onkologia i hematologia dziecięca,
 - onkologia kliniczna,
 - radioterapia,
 - terapia izotopowa,
 - transplantologia kliniczna,
 - transplantologia kliniczna dla dzieci,
 - b) dla szpitali pulmonologicznych:
 - chemioterapia hospitalizacja,
 - chirurgia klatki piersiowej,
 - chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
 - choroby płuc,
 - choroby płuc dla dzieci;
- 5) poziom szpitali pediatrycznych – wszystkie profile dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego;
- 6) poziom szpitali ogólnopolskich – wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego.

Art. 95m. 1. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa.

2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

3. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia, jeżeli spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) w odniesieniu do poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–5:
 - a) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5,
 - b) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu anestezjologia i intensywne leczenie lub anestezjologia i intensywne leczenie dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 2 i 3, z zastrzeżeniem ust. 9,
 - c) spełnia kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w ust. 6 albo 7 lub 8 oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 12 pkt 1,
 - d) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:
 - okres trwania umowy, w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,
 - umowa, w odniesieniu do wszystkich profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego systemu zabezpieczenia, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d;

2) w odniesieniu do poziomu, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6:

a) jest:

- instytutem, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079, 1311 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 202), albo
- podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez uczelnię medyczną w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej albo przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra,

b) spełnia kryteria kwalifikacji do tego poziomu określone w ust. 6,

c) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:

- okres trwania umowy wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,
- umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.

4. Do okresu trwania umowy, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 lit. a, b i d oraz pkt 2 lit. c, zalicza się okres obowiązywania umowy poprzedniego świadczeniodawcy, w którego prawa i obowiązki wstąpił świadczeniodawca określony w ust. 2 na podstawie ustawy lub czynności prawnej, w tym umowy przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w art. 155 ust. 5.

5. Podstawowym kryterium kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, jest spełnianie warunku co do wymaganej liczby profili określonego rodzaju wskazanych dla danego poziomu. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej warunek ten rozpatruje się łącznie z kryterium zapewniania kompleksowej opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili.

6. Kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, dokonuje się w oparciu o następującą, minimalną liczbę profili określonego rodzaju:

1) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 1 – dwa profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1;

- 2) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 2 – sześć profili spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1 i 2, w tym trzy profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 2;
- 3) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 3 – osiem profili spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1–3, w tym trzy profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 3;
- 4) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 4:
 - a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – sześć profili spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a,
 - b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – dwa profile spośród profili wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. b;
- 5) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 5 – trzy profile spośród profili, o których mowa w art. 95l ust. 4 pkt 5;
- 6) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 6 – jeden profil spośród profili, o których mowa w art. 95l ust. 4 pkt 6.

7. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, może zostać ustalona mniejsza liczba profili, w stosunku do liczby profili wskazanej w ust. 6, nie mniejsza jednak niż:

- 1) dla poziomów określonych w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 – jeden profil charakteryzujący dany poziom;
- 2) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 4:
 - a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – trzy profile charakteryzujące ten poziom,
 - b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – jeden profil charakteryzujący ten poziom.

8. Kwalifikacja świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia w oparciu o liczbę profili wskazanych w ust. 7 następuje przy jednoczesnym spełnieniu przez świadczeniodawcę co najmniej jednego z warunków dodatkowych w zakresie:

- 1) wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu;
- 2) zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu, na danym terenie;

- 3) struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach profilu;
- 4) zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, możliwe jest odstępianie od wymogu dotyczącego profilu określonego w ust. 3 pkt 1 lit. b.

10. W celu zagwarantowania kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy udzielają świadczeń gwarantowanych:

- 1) na każdym z poziomów systemu zabezpieczenia:
 - a) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, z zastrzeżeniem, że w przypadku porad specjalistycznych, dotyczy to porad specjalistycznych odpowiadających profilom wskazanym zgodnie z ust. 12 pkt 4,
 - b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych,
- 2) w przypadku poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 3 – udzielanych w ramach profili innych niż określone dla tego poziomu w art. 95l ust. 4 pkt 3, w ramach profili w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d – pod warunkiem posiadania do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do świadczeń gwarantowanych wskazanych w pkt 1 i 2, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

11. W celu zagwarantowania kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, w ramach poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, zapewniają świadczeniobiorcom również dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:

- 1) w ramach dodatkowych profili innych niż określone dla danego świadczeniodawcy na podstawie ust. 6 i 7 dla profili w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub

- 2) w ramach dodatkowych zakresów lub rodzajów świadczeń innych niż określone w ust. 10.

12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia,
- 2) dodatkowe profile, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w ust. 11,
- 3) dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dodatkowych profili, zakresów i rodzajów świadczeń, w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w ust. 11,
- 4) wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom, o których mowa w ust. 10 pkt 1 lit. a

– uwzględniając potrzebę zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a także zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 95n. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, działając na zasadach określonych w art. 95m i ust. 3, ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujący wskazanie:

- 1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa;
- 2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, wszystkich profili, zakresów lub rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z art. 95m ust. 3 pkt 1 i 2 lit. b i c, ust. 10 i 11 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 i 4.

2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 27 marca z okresem obowiązywania 4 lat, z zastrzeżeniem ust. 14. Wykaz obowiązuje od dnia 1 lipca.

3. W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który w dniu

ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz nie spełnia pozostałych warunków kwalifikacji, o których mowa w art. 95m, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje opinię, o której mowa w ust. 3, w terminie 7 dni od otrzymania wniosku dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. W przypadkach niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, kwalifikacji do niewłaściwego poziomu systemu zabezpieczenia lub niewłaściwego wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2:

- 1) świadczeniodawca posiadający w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczącą udzielania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d albo
- 2) świadczeniodawca, w stosunku do którego dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wystąpił o wydanie opinii, o której mowa w ust. 3

– może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, środek odwoławczy w postaci protestu.

6. Protest zawiera:

- 1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnoszącego protest oraz jego numer KRS albo numer REGON;
- 3) oznaczenie siedziby podmiotu wnoszącego protest;
- 4) wskazanie przedmiotu protestu wraz z uzasadnieniem;
- 5) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protestu, decyzję o:

- 1) uwzględnieniu protestu oraz:
 - a) zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia lub

- b) zmianie kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, lub
 - c) zmianie wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, albo
- 2) odmowie uwzględnienia protestu.

8. Od decyzji wydanej w zakresie ust. 7 pkt 1 i 2 świadczeniodawca może złożyć odwołanie do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia doręczenia tej decyzji. Do odwołania stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6.

9. Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję, w której:

- 1) utrzymuje w mocy zaskarżoną decyzję albo
- 2) uchyla zaskarżoną decyzję w całości albo w części i przekazuje ją do ponownego rozpatrzenia przez dyrektora oddziału Funduszu, albo
- 3) umarza postępowanie odwoławcze.

10. Protest i odwołanie nie podlegają rozpatrzeniu, jeżeli:

- 1) zostały wniesione po terminie,
- 2) nie spełniają wymagań określonych w ust. 5, 6 i 8

– o czym dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu informuje na piśmie świadczeniodawcę wnoszącego protest lub odwołanie, w terminie 7 dni od dnia wniesienia protestu albo odwołania.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu albo odwołania, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

12. Terminy, o których mowa w ust. 5 i 8, uznaje się za zachowane, pod warunkiem doręczenia protestu lub odwołania niezawierającego braków formalnych do siedziby właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu lub centrali Funduszu.

13. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w ust. 1.

14. W przypadkach:

- 1) niezawarcia umowy, o której mowa w art. 159a, w terminie do dnia 30 czerwca albo

- 2) stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub do danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w ust. 1, lub
- 3) niewłaściwego wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2

– dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany w tym wykazie, polegającej na usunięciu świadczeniodawcy z wykazu, kwalifikacji do innego poziomu zabezpieczenia lub wskazania profili, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, w ramach których może on udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia. Przepisy ust. 5–13 i 15 stosuje się odpowiednio.

15. Do postępowania, o którym mowa w:

- 1) ust. 1–4, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego;
 - 2) ust. 5–10 i 12–14, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.”;
- 4) w art. 107 w ust. 5 w pkt 24 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 25 w brzmieniu:
„25) kwalifikacja świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia.”;
- 5) w art. 136 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:
- 1) z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy;
 - 2) zawieranej w ramach systemu zabezpieczenia, w kwocie zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, obejmuje się ryczałt systemu zabezpieczenia oraz wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu

do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania, z zastrzeżeniem art. 132 ust. 5.”;

6) po art. 136b dodaje się art. 136c w brzmieniu:

„Art. 136c. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a, są finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 2.

2. Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy.

3. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1;

2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:

a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,

b) cen udzielonych świadczeń,

c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń.

4. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z uzasadnioną przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która miała wpływ na dane określone w ust. 3 pkt 2, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczałtu.

5. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określi Prezes Funduszu.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia,

2) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, o których mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2

– mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.”;

- 7) w art. 139 w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia po wyrazach „art. 159” dodaje się wyrazy „i art. 159a”;
- 8) po art. 159 dodaje się art. 159a w brzmieniu:

„Art. 159a. 1. Na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, zawierana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.

2. W przypadku zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy, o której mowa w art. 95n ust. 14, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje zmiany lub rozwiązania umowy, o której mowa w ust. 1.

3. Ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1 lub 2.”.

Art. 2. 1. Tworzy się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”.

2. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa, jeżeli w tym zakresie spełnia on warunki określone w art. 95m ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 2, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oraz wskazanie profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając na zasadach określonych w ust. 2 i 3 oraz 6, ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej

pierwszy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujący wskazanie:

- 1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa;
- 2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, wszystkich profili, zakresów lub rodzajów, zgodnie z art. 95m ust. 3 pkt 1 i 2 lit. b i c, ust. 10 i 11 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 i 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

5. Wykaz, o którym mowa w ust. 4, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 27 czerwca 2017 r. Wykaz obowiązuje od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.

6. W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 4, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oraz nie spełnia pozostałych warunków, o których mowa w art. 95m ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje opinię, o której mowa w ust. 6, w terminie 7 dni od otrzymania wniosku dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

8. Przepisy art. 95n ust. 5–15 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się odpowiednio.

Art. 3. 1. Do dnia 30 września 2017 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie, o którym mowa w art. 2 ust. 4, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 159a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą

ustawą, obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie.

2. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujące udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawarte ze świadczeniodawcami niewymienionymi w wykazach, o których mowa w art. 2 ust. 4, wygasają z dniem 30 września 2017 r.

Art. 4. 1. W przypadku łączenia się podmiotów leczniczych, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje kwalifikacji podmiotu leczniczego powstałego w wyniku połączenia, o której mowa w art. 2 ust. 2 i 3, i zmiany wykazu, o którym mowa w art. 2 ust. 4, w terminie do dnia 26 września 2017 r.

2. Warunkiem dokonania kwalifikacji w terminie, o którym mowa w ust. 1, jest przedstawienie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie:

- 1) do dnia 20 czerwca 2017 r. aktu o połączeniu;
- 2) do dnia 21 września 2017 r. zaświadczenia o wpisie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

3. Terminy, o których mowa w ust. 2, uznaje się za zachowane, pod warunkiem wpływu dokumentów, o których mowa w ust. 2, do siedziby właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do dnia 26 czerwca 2017 r., zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wykaz podmiotów leczniczych, które przedstawiły akty o połączeniu, o których mowa w ust. 2 pkt 1.

5. Do kwalifikacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się art. 2 oraz odpowiednio przepisy art. 95n ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, z tym że dniem ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 2 ust. 4, jest dzień dokonania zmiany wykazu.

6. W przypadku łączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie stosuje się okresu, o którym mowa w art. 66 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260).

Art. 5. 1. Przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na pierwszy okres rozliczeniowy uwzględnia się dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 136c ust. 3 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, które mają być finansowane w formie tego ryczałtu, udzielonych i sprawozdanych przez

świadczeniodawcę za rok 2015, z zastrzeżeniem art. 132 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w latach 2015–2017.

2. W przypadku gdyby nie było możliwe uwzględnienie danych, o których mowa w ust. 1, za rok 2015, za podstawę wyliczenia ryczału przyjmuje się dane dotyczące ostatniego roku obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcą lub okresu obowiązywania tej umowy, jeżeli był krótszy niż rok.

3. Przepisy art. 136c ust. 1–5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się odpowiednio.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania ryczału systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy, mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.

Art. 6. 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- 1) leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy – może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 września 2017 r.;
- 2) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami zawartymi na podstawie art. 159a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy – może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018 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 zakresie, o którym mowa w ust. 1, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.