

USTAWA
z dnia 23 lipca 2010 r.

**Opracowano na pod-
stawie Dz. U. z 2010
r. Nr 165, poz. 1116.**

**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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 31c:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) w ust. 6 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo”,

c) w ust. 7 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo”;

2) art. 31d otrzymuje brzmienie:

„Art. 31d. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

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

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 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857.

2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.”;

3) w art. 31e:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

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

4) w art. 31g w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego”;

5) w art. 31h:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.”,

b) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.”;

6) w art. 31n w pkt 1 w lit. a tiret drugie otrzymuje brzmienie:

„- określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego,”;

7) po art. 161a dodaje się art. 161b w brzmieniu:

„Art. 161b. 1. W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. O zamiarze przeprowadzenia dodatkowego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje Prezesa Funduszu.

2. W dodatkowym postępowaniu mogą brać udział świadczeniodawcy spełniający warunki dotyczące:

1) personelu medycznego lub

- 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną
 - w zakresie warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz pozostałe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w tych przepisach.
3. W wyniku rozstrzygnięcia dodatkowego postępowania, o którym mowa w ust. 1, może być zawarta ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 2, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w danym zakresie świadczeń gwarantowanych:
 - 1) wyłącznie raz,
 - 2) na okres nie dłuższy niż rok.
4. Do dodatkowego postępowania stosuje się odpowiednio przepisy art. 139–161. Przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7, w zakresie warunków dotyczących personelu medycznego albo warunków dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, nie stosuje się.
5. Przy ustalaniu w umowie zawartej ze świadczeniodawcami, o których mowa w ust. 2, ceny świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnia się zakres niedostosowania się tych świadczeniodawców do warunków, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d. W przypadku tych świadczeniodawców cena świadczenia opieki zdrowotnej jest niższa od najniższej ceny określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w ust. 1, ze świadczeniodawcą spełniającym warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, dla tego samego rodzaju i zakresu świadczeń gwarantowanych oraz okresu obowiązywania ceny.”.

Art. 2.

Do postępowań w sprawach kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych, usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych oraz zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 3.

1. Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.
2. Zachowane w mocy akty wykonawcze, o których mowa w ust. 1, wydane na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w art. 1, mogą być zmienione przez

ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, w granicach określonych w art. 31d ustawy, o której mowa w art. 1.

Art. 4.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.