



PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa, dnia 23 listopada 2016 r.

RM-10-141-16

Pan Marek KUCHCIŃSKI  
Marszałek Sejmu

*Szanowny Panie Marszałku*

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi

projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z projektami aktów wykonawczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

*Z poważaniem*

## 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, 1807 i 1860) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 11 dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„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.”;

2) w art. 20:

a) ust. 12 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

b) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. Przepisów ust. 12 i 13 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.”;

- 3) w art. 23:
- a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:  
„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 udzielenie świadczeń, z wyłączeniem listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12, obejmującą:”;
- b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:  
„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.”;
- 4) w art. 31n po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:  
„4a) sporządzanie opinii, o których mowa w art. 11 ust. 3;”;
- 5) w art. 32a:
- a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:  
„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.”;
- b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:  
„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.”,

c) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„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.”,

d) uchyla się ust. 5 i 6,

e) uchyla się ust. 9–15,

f) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

g) uchyla się ust. 18;

6) w art. 32b:

a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„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;”,

b) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„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) nazwa 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) inne niż określone w pkt 1–5 dane:
    - 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.”;

7) po art. 32b dodaje się art. 32c i art. 32d w brzmieniu:

„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.”.

**Art. 2.** 1. Do kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wydanych świadczeniobiorcom przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o których mowa w ust. 1, zachowują ważność.

**Art. 3.** Wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, o których mowa w art. 32c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oblicza się po raz pierwszy za 2017 r.

**Art. 4.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 marca 2017 r.

## UZASADNIENIE

Przedmiotowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwany dalej „projektem ustawy”, ma na celu modyfikację tzw. pakietu onkologicznego wprowadzonego ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.), mając na uwadze roczne doświadczenia z jego funkcjonowania. Przedmiotowa regulacja dotyczy w szczególności dwóch obszarów:

- 1) uproszczenia sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą DILO”;
- 2) uproszczenia karty DILO z jednoczesnym uelastycznieniem możliwości jej wystawiania.

Dodatkowo proponuje się przyznanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uprawnienia w postaci możliwości ogłaszania, w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Upoważnienie określone w projektowanym art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą nowelizowaną”, jest obligatoryjne w odniesieniu do zaleceń postępowania wyłącznie w zakresie onkologii (diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego), stanowiących element tzw. pakietu onkologicznego. Na podstawie tych zaleceń Minister Zdrowia opracuje mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy będą mogli wykorzystywać ww. mierniki do obliczania corocznie wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego na podstawie danych z raportów statystycznych, które przekazują do Narodowego Funduszu Zdrowia za poprzedni rok kalendarzowy nie później niż do końca drugiego kwartału. Oczekuje się, że efektem raportowania tych wskaźników oraz ich analizy będzie zwiększenie dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego, co przyczyni się do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa świadczeniobiorców. Natomiast w pozostałym zakresie przedmiotowe upoważnienie do ogłaszania zaleceń postępowania



dotyczących diagnostyki i leczenia w poszczególnych dziedzinach medycyny, z uwagi na wielość dziedzin medycyny i różnorodność możliwych schematów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, jest fakultatywne.

Schematy postępowania medycznego tworzone w formie wytycznych lub zaleceń przez odpowiednie towarzystwa naukowe, zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine, stanowią istotne wskazówki w codziennej praktyce medycznej, a możliwość ich publikowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze obwieszczenia, przyczyni się do stosowania jednolitych wzorców postępowania medycznego w poszczególnych dziedzinach medycyny. Ww. wytyczne lub zalecenia pełnią istotną rolę szczególnie w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia okolicznego. Wytyczne te lub zalecenia opracowane przez odpowiednie towarzystwa naukowe powinny uzyskać opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT”. Zakłada się, że podlegają one opiniowaniu pod względem poprawności metodologicznej.

Projekt ustawy usuwa pewne uciążliwości związane z realizacją pakietu onkologicznego będące konsekwencją funkcjonujących w porządku prawnym przepisów, które z perspektywy czasu oceniono jako niepoprawiające efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego. Tym samym jedynie przez interwencję legislacyjną możliwa jest zmiana jakościowa w tym względzie.

Projekt ustawy zakłada wyłączenie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej prowadzących odrębne listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy nowelizowanej, z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących listy onkologiczne, tj. danych:

- 1) o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy nowelizowanej:
  - a) dotyczących każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca (imię i nazwisko oraz numer PESEL, w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy),
  - b) liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania,
  - c) innych danych dotyczących list określonych w przepisach wydawanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy nowelizowanej;
- 2) o pierwszym wolnym terminie, w którym możliwe jest udzielenie świadczenia.

Rezygnacja z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących onkologiczne listy oczekujących stanowi zmniejszenie obowiązków sprawozdawczych świadczeniodawców.

Należy wskazać, iż dane charakteryzujące wszystkie etapy diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, w tym daty wpisu na onkologiczne listy oczekujących na poszczególne etapy, są przekazywane przez świadczeniodawców Narodowemu Funduszowi Zdrowia w ramach przekazywania danych charakteryzujących świadczenia udzielane na podstawie karty DILO (w tym dane o każdym pacjencie oczekującym na diagnostykę i leczenie oraz dane pozwalające ustalić czas, jaki upłynął od wpisania na listę do czasu rozpoczęcia leczenia onkologicznego).

Odnosnie do rezygnacji z przekazywania i publikowania informacji o pierwszym wolnym terminie przyjęto, iż w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO dla pacjenta jest istotne zapewnienie diagnostyki na poszczególnych etapach i rozpoczęcie leczenia w określonym, gwarantowanym czasie. Natomiast publikowane w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne informacje pochodzące z onkologicznych list oczekujących mają niski walor informacyjny dla pacjentów. W praktyce większość pacjentów z kartą DILO na kolejne etapy postępowania diagnostycznego lub leczniczego udaje się do wskazanych przez lekarzy miejsc, a nie wyszukuje ich w oparciu o informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia publikowane w ww. informatorze. Ponadto sprawozdawany obecnie przez świadczeniodawców pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia, z którego określeniem świadczeniodawcy niejednokrotnie mają problem, może i tak – w przypadku konkretnego pacjenta – okazać się nieaktualny, bowiem w celu zachowania określonych w przepisach prawa terminów realizacji diagnostyki, pacjent będzie musiał uzyskać świadczenie wcześniej niż wynika to z pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia, co będzie wiązać się z przesunięciami na liście oczekujących. Wyżej wymienione zmiany znajdują odzwierciedlenie w art. 1 pkt 3 projektu ustawy zmieniającym art. 23 ustawy nowelizowanej.

Uelastycznienie możliwości wydania karty DILO zostało zrealizowane przez przyznanie możliwości jej wydania (art. 1 pkt 5 lit. a projektu ustawy zmieniający art. 32a ust. 1 i 2 ustawy nowelizowanej oraz art. 1 pkt 5 lit. c projektu ustawy zmieniający art. 32a ust. 4 ustawy nowelizowanej) lekarzowi udzielającemu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu, oraz lekarzowi udzielającemu świadczeń w ramach programów zdrowotnych. Konsekwencją powyższej zmiany jest zmiana brzmienia art. 32a ust. 16 ustawy nowelizowanej (art. 1 pkt 5 lit. f projektu ustawy). Projekt ustawy zakłada również rezygnację ze wskaźnika rozpoznawania nowotworów – po przekroczeniu minimalnej jego wartości lekarz podstawowej opieki zdrowotnej tracił

możliwość wydawania karty DILO do czasu ukończenia szkolenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów. W związku z tym w art. 1 pkt 5 lit. e i g projektu ustawy zawarto przepis uchylający w art. 32a ustawy nowelizowanej ust. 9–15 i 18. Jedną z konsekwencji projektowanej zmiany jest utrata mocy obowiązującej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów (Dz. U. poz. 1810), co nastąpi z dniem wejścia w życie projektowanej ustawy.

W projekcie ustawy zdecydowano się na zastąpienie sformułowania „nowotwór złośliwy” sformułowaniem „nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy”. Przedmiotowa zmiana ma na celu usankcjonowanie leczenia w ramach pakietu onkologicznego nowotworów, które w klasyfikacji histopatologicznej i onkologicznej są niezłośliwe, ale są złośliwe klinicznie, w związku z czym wymagają postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, charakterystycznego dla nowotworów złośliwych.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że wprowadzenie obowiązku zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, nie przyczyniło się do poprawy zgłaszalności i jakości danych zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów. W związku z tym w art. 32a ustawy nowelizowanej proponuje się uchylić ust. 5 i 6 dotyczące obowiązku wpisu numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego do karty DILO. Mając powyższe na uwadze, zmodyfikowano zakres informacji zawartych w karcie DILO. Oprócz numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego zrezygnowano z zamieszczenia w karcie DILO danych dotyczących objawów oraz danych dotyczących badań diagnostycznych, ponieważ ich wyniki dołączane są do karty DILO.

Ponadto wprowadzono przepis, zgodnie z którym świadczeniodawca realizujący leczenie onkologiczne na podstawie karty DILO wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, do którego zadań należy udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą przez zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu leczenia (art. 32a ust. 2a ustawy nowelizowanej). Konsekwencją tej zmiany jest wymienienie danych tego koordynatora wśród danych zawartych w karcie DILO. Obecnie zadania koordynatora są ujęte na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.).

W związku z wprowadzeniem projektowanych zmian zajdzie konieczność wydania nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy nowelizowanej oraz znówelizowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482) wydawanego na podstawie art. 190 ust. 1 tej ustawy, w taki sposób, aby zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców i przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia uwzględniał zakres danych z karty DILO.

Projekt ustawy nakłada nowe obowiązki na Ministra Zdrowia oraz AOTMiT, jednak nie rodzi skutków finansowych dla budżetu państwa.

Z uwagi na czas konieczny do ogłoszenia w formie obwieszczenia zaleceń postępowania w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, jak również opracowania mierników oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zakłada się, iż wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zostaną obliczone przez świadczeniodawców po raz pierwszy za 2017 r. i przekazane do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia nie później niż do końca drugiego kwartału 2018 r. Zakłada się również, że projektowana ustawa wejdzie w życie z dniem 1 marca 2017 r., aby zapewnić odpowiedni okres na dostosowanie systemów informatycznych dedykowanych obsłudze karty DILO.

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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Barbara Więckowska Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia e-mail: b.wieckowska@mz.gov.pl, tel. sekr. (22) 86 01 106</p>	<p><b>Data sporządzenia:</b> 08.11.2016 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Expose Prezesa Rady Ministrów</p> <p><b>Nr w wykazie prac Rządu:</b> UA 22</p>
---	---

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt ma na celu modyfikację tzw. pakietu onkologicznego wprowadzonego ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.). Regulacja odnosi się w szczególności do dwóch obszarów dotyczących uproszczenia:

- 1) sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą DIŁO”;
- 2) karty DIŁO z jednoczesnym uelastycznieniem możliwości jej wystawiania.

Dodatkowo proponuje się przyznanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uprawnienia w postaci możliwości ogłaszania, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT”, w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania w zakresie postępowania medycznego, w szczególności w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego.

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projektodawca rekomenduje interwencję legislacyjną.

Interwencja ta zmierza do zmniejszenia pewnych obciążeń sprawozdawczych, które w wyniku odpowiednio długiej praktyki stosowania modyfikowanych przepisów okazały się niespełniające celu, w jakim przepisy te zostały wydane. Do tego typu zmian zalicza się rezygnację z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących onkologiczne listy oczekujących. Część tych danych jest już i tak przekazywana do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, w odrębnym trybie, a inne mają w ocenie projektodawcy niewielki walor informacyjny. Dodatkowo można stwierdzić, że projektowane zmiany przepisów zmierzają do uelastycznienia wydawania karty DIŁO przez umożliwienie jej wydania przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu, oraz lekarza udzielającego świadczeń w ramach programów zdrowotnych. Zmianą racjonalizatorską jest również rezygnacja ze wskaźnika rozpoznawania nowotworów, a także obowiązku wpisu numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego do karty DIŁO.

### 3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze specjaliści	68 654	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Zmniejszenie obowiązków sprawozdawczych w zakresie realizacji tzw. pakietu onkologicznego
Świadczeniodawcy	29 978	NFZ	Zmniejszenie obowiązków sprawozdawczych w zakresie realizacji tzw. pakietu onkologicznego. Zobowiązanie do obliczania wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego
NFZ (centrala oraz oddziały wojewódzkie)	17	-	Dostosowanie systemu informatycznego do obsługi karty DIŁO
AOTMiT	1	-	Nowe zadania AOTMiT i Ministra Zdrowia
Minister Zdrowia	1	-	

## 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem prekonsultacji.

Projekt został skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania z terminem 30 dni na zgłaszanie ewentualnych uwag. W ramach szerokich konsultacji publicznych i opiniowania projekt został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty: Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków RP, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Związek Rzemiosła Polskiego, Rzecznika Praw Pacjenta oraz był konsultowany z:

- 1) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- 2) samorządami zawodowymi (m.in. Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Aptekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych);
- 3) związkami zawodowymi oraz stowarzyszeniami reprezentującymi zawody medyczne (m.in. Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych, Ogólnopolskim Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych);
- 4) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (m.in. Stowarzyszeniem Menedżerów Ochrony Zdrowia STOMOZ, Stowarzyszeniem Primum Non Nocere, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych, Fundacją Batorego);
- 5) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Urologicznym, Polskim Towarzystwem Onkologicznym, Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, Polskim Towarzystwem Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Polskim Towarzystwem Ginekologii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Psychoonkologicznym, Polskim Towarzystwem Radioterapii Onkologicznej, Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek Onkologicznych);
- 6) instytutami badawczymi (m.in. Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie);
- 7) organizacjami pracodawców (m.in. Związkiem Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacją Pracodawców w Gnieźnie, Konfederacją Lewiatan, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej, Business Centre Club);
- 8) uczelniami medycznymi (tj.: Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetem Medycznym w Gdańsku, Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach, Collegium Medicum – Uniwersytetem Jagiellońskim, Uniwersytetem Medycznym w Łodzi, Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, Warszawskim Uniwersytetem Medycznym).

Ponadto zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.) z chwilą przekazania projektu ustawy do uzgodnień z członkami Rady Ministrów został on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Wyniki konsultacji publicznych oraz opiniowania zostały przedstawione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

## 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2016 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
<b>Dochody ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Wydatki ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Saldo ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania	Oddziaływanie na sektor finansów publicznych jest neutralne. Projektowane rozwiązania nie spowodują zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia, które muszą zamknąć się w środkach pochodzących z wpływów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pozostających w dyspozycji NFZ. W przypadku świadczeniodawców sprawozdawanie zmienionego zakresu danych może odbywać się również za pośrednictwem aplikacji portalowej udostępnianej centralnie przez NFZ. Wyjście to nie rodzi kosztów dostosowania aplikacji świadczeniodawcy (poza kosztami związanymi z dostępem do Internetu). Natomiast koszt ewentualnego dostosowania wewnętrznych aplikacji świadczeniodawców zależy od indywidualnej umowy z dostawcą oprogramowania.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Dodatkowym zadaniem, wpisującym się w tzw. pakiet onkologiczny, jest ogłaszanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia mierników oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, które mogą być wykorzystane do obliczania tzw. wskaźników efektywności. Przedmiotowy projekt nie spowoduje skutków dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetu jednostek samorządu terytorialnego.											

### 7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ..... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane zmiany nie mają wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.							

### 8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:

Projektowana ustawa będzie powodowała zmniejszenie danych sprawozdawanych do NFZ, w tym danych:

1) o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, tj.:

a) dotyczących każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca (imię, nazwisko oraz numer

PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość),

b) liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania,

c) innych danych dotyczących list określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

2) o pierwszym wolnym terminie, w którym możliwe jest udzielenie świadczenia;

3) związanych z kartą DILO.

Projekt zobowiązuje świadczeniodawców do obliczania wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, a efektem raportowania tych wskaźników będzie zwiększenie dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego, co przyczyni się do zapewnienia jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa świadczeniobiorców. Zwiększenie dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego będzie również wynikało z możliwości ukierunkowania środków finansowych na te ośrodki, które będą zapewniać najwyższy odsetek wyleczeń (powodzenia terapii).

### 9. Wpływ na rynek pracy

Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania nie będą miały wpływu na rynek pracy.

### 10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne	<input type="checkbox"/> demografia	<input type="checkbox"/> informatyzacja
<input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny	<input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
<input type="checkbox"/> inne:		

**Omówienie wpływu**

Przez uelastyczenie projektu w postaci m.in. przyznania możliwości wydawania karty DiLO przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych projekt może mieć istotny walor prozdrowotny. W 2015 r. lekarze udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydali 59 tys. kart DILO w związku z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Zakładając, że po wprowadzeniu przedmiotowej regulacji stosunek liczby kart DILO wydanych przez tę grupę lekarzy, w przypadku których rozpoznano nowotwór złośliwy, do liczby wydanych kart DILO nie będzie niższy niż w przypadku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku których wynosi obecnie 61%, można wnioskować, że efektem uelastyczenia możliwości wydania karty DILO będzie wzrost ich wydawania o ok. 36 tys. w stosunku rocznym. Wpływ regulacji na dostęp pacjentów do świadczeń w zakresach świadczeń niezwiązanych z onkologią jest trudny do oszacowania. Należy się jednak spodziewać, że projektowana regulacja wyeliminuje zjawisko odsyłania pacjentów z poradni specjalistycznych do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w celu wydania karty DILO, co korzystnie wpłynie na czas oczekiwania na poradę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Ogłaszanie w drodze obwieszczenia zaleceń postępowania w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego ma charakter informacyjny, natomiast same zalecenia stanowiące wyłącznie wskazówki w codziennej praktyce medycznej w konsekwencji nie stanowią kolejnego obowiązku dla świadczeniodawców. Zasadniczym celem proponowanego rozwiązania jest zapewnienie odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców, co pośrednio może wpłynąć np. na zmniejszenie liczby działań niepożądanych, a co za tym idzie na zmniejszenie ryzyka obciążeń finansowych dla podmiotów leczniczych z tytułu roszczeń odszkodowawczych. Współczesna praktyka kliniczna wymaga stosowania tylko takich schematów postępowania, które znajdują odzwierciedlenie w wynikach rzetelnych i wiarygodnych badań klinicznych (tzw. Evidence Based Medicine).

### 11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przewiduje się wejście w życie projektowanych przepisów z dniem 1 marca 2017 r., co nastąpi w drodze nowelizacji ustawy o świadczeniach. Dodatkowo łącznie z projektowanymi zmianami powyższej ustawy przewiduje się wydanie stosownych rozporządzeń, co docelowo nastąpić ma w tej samej perspektywie czasowej.

### 12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja osiągnięcia zakładanych w projektowanej ustawie celów nastąpi przez sporządzenie Oceny Skutków Regulacji ex-post (o ile Zespół do Spraw Programowania Prac Rządu zaleci w stosunku do omawianego projektu nowelizacji konieczność sporządzenia takiej Oceny), która jest narzędziem dedykowanym dokonywaniu tego rodzaju ewaluacji.

### 13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania.



**Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.) *projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006) projekt ustawy został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rzeczypospolitego Centrum Legislacji w serwisie Rzeczypospolitego Proces Legislacyjny.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa adn z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

W ramach konsultacji publicznych oraz opiniowania do projektu ustawy zostały zgłoszone następujące uwagi:

Lp.	Nazwa komórki	Treść uwagi (zachowano oryginalną pisownię zgłaszającego)	Rozstrzygnięcie
<b>Uwagi dotyczące ustawy</b>			
1.	Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	W art. 1 pkt 2 oraz w art. 1 pkt 5 projektu przedmiotowej ustawy przyznano Agencji dodatkowe zadanie polegające na wydawaniu opinii w sprawie wytycznych postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia. W Ocenie Skutków Regulacji wskazano, iż przedmiotowe zadanie należy na Agencję nie będzie skutkowało dodatkowymi kosztami i będzie pokrywane w ramach obecnych środków pozostałych w dyspozycji Agencji. Przyznanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nowych zadań powinno wiązać z koniecznością zwiększenia zatrudnienia w Agencji. Wobec szerokiego zakresu problemów zdrowotnych, zmian w postępowaniu terapeutycznym zachodzących stosunkowo szybko w dziedzinie onkologii oraz, różnic w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym w zależności od rodzaju i umiejscowienia nowotworu, przebiegu, linii terapii itp. (w tym różnic w technologiach medycznych stosowanych w ramach diagnostyki i terapii), jak również znacznej liczby technologii wykorzystywanych w diagnostyce i postępowaniu terapeutycznym w danym nowotworze, zasadne jest utworzenie odrębnej komórki organizacyjnej Agencji, tj. wydziału, realizującego wyłącznie zadanie określone w art. 1 pkt 5 projektu przedmiotowej ustawy.	Uwaga uzgodniona. Wypracowano rozwiązanie, w którym realizacja dodatkowych zadań przez AOTMiT zostanie sfinansowana z dotacji z budżetu państwa, a zatem ewentualny wzrost zatrudnienia zostanie sfinansowany ze środków pozostałych w dyspozycji AOTMiT.

		<p>Mając na uwadze powyżej przytoczone argumenty, jak również fakt istniejących różnic w procesie oceny technologii stosowanych w leczeniu oraz technologii stosowanych w diagnostyce zasadne jest uwzględnienie podziału i wyszczególnienia w ramach nowej komórki organizacyjnej Agencji działów zajmujących się odpowiednio zagadnieniami diagnostyki oraz leczenia nowotworów. Dla właściwego funkcjonowania, sprawnej i właściwej realizacji zadania w obu działach powinny pracować, co najmniej trzyosobowe zespoły analityczne. Tym samym, wraz z kadrą zarządzającą, na potrzeby nowego zadania konieczne będzie zapewnienie wzrostu zatrudnienia Agencji o 21 etatów.</p> <p>Biorąc powyższe pod uwagę konieczne jest uwzględnienie w uzasadnieniu i OSR zapisów dotyczących konieczności zatrudnienia w Agencji dodatkowej liczby nowych pracowników. W tym celu należy zwrócić uwagę w planie finansowym Agencji kwoty przeznaczone na koszty wynagrodzeń osobowych oraz koszty ubezpieczeń społecznych i pozostałych świadczeń dla pracowników w planie finansowym Agencji. Zdaniem Agencji w OSR oraz w uzasadnieniu powinien znaleźć się zapis „Do realizacji nowych zadań polegających na wydawaniu opinii, o których mowa w art. 32c ust. 1 ustawy o świadczeniach konieczny jest wzrost zatrudnienia o 21 etatów w Agencji a co się z tym wiąże zwiększenie kwoty przeznaczonej na koszty wynagrodzeń osobowych oraz koszty ubezpieczeń społecznych i pozostałych świadczeń dla pracowników w planie finansowym Agencji. Szacunkowe koszty wynagrodzeń osobowych na utworzenie 21 etatów wynoszą w skali roku 1 878 130 zł. Szacunkowe koszty ubezpieczeń społecznych i pozostałych świadczeń dla pracowników na utworzenie 21 etatów wynoszą w skali roku 701 978 zł.</p>	
2.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielckiego I skiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	<p>1) W proponowanej nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w art. 32d ust. 2 nakłada się na świadczeniodawców obowiązek corocznego obliczania wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego. Projekt ustawy nie wyjaśnia w jakim celu będą obliczane niniejsze wskaźniki oraz jakie konsekwencje ma niezapewnić wysokiej/niskiej wartości wskaźnika. Ustawodawca w uzasadnieniu wspomina jedynie o „zwiększeniu dostępu do kompleksowego leczenia onkologicznego”. Ponadto niewłaściwie dobrane metody obliczania ww. wskaźników mogłyby krzywdzić dla ośrodków o wyszej referencyjności.</p>	Uwaga nieuwzględniona, sposób obliczania wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zostanie określony przez Ministra Zdrowia w drodze obwieszczenia (zgodnie z art. 1 pkt 7 projektu ustawy, w zakresie dodanego art. 32c ust. 2).
3.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielckiego I skiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	<p>2) Uchylenie art. 136 ust. 2 ustawy powoduje zniesienie bezlimitowego rozliczania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego – w uzasadnieniu ustawodawca wspomina o chęci ujednoczenia przepisów, w taki sposób by możliwe było takiego rozliczania świadczeń była wprowadzana poprzez zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy w obliczu hipotetycznego opóźnienia lub teoretycznego braku ogłoszenia takiego zarządzenia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie stawia to świadczeniodawcy w patowej sytuacji, w której zgodnie z zasadami Szybkiej Diagnostyki i Terapii Onkologicznej jest on zobowiązany do wdrożenia leczenia w ustawowo określonym czasie przy jednoczesnym zobowiązaniu do przestrzegania limitów punktowych? Ponadto wprowadzenie limitowania ww. świadczeń stwarza niebezpieczeństwo ograniczonego dostępu do świadczeń dla chorych onkologicznych i jest „krokiem wstecz” mogącym doprowadzić do sytuacji sprzed powstania skróconej ścieżki onkologicznej.</p>	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
4.	Rzecznik Praw Pacjenta	<p>Projekt ustawy w art. 1 pkt 6 przewiduje uchylenie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W świetle wskazanej regulacji, w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwoty zobowiązania zmienia się, dostosowując je do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego i wykonania tej umowy.</p> <p>Wprowadzenie omawianej zmiany spowodowałoby wzrost kolejek oczekujących pacjentów. Wydłużony czas oczekiwania</p>	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.

		<p>na rozpoczęcie procesu diagnostyczno-leczniczego może w wielu przypadkach prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia osoby chorej bądź zmniejsza szanse na efektywne leczenie.</p> <p>Zgodnie z danymi opublikowanymi w raporcie „Stan dostępu do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje”, który został przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego liczba pacjentów cierpiących na schorzenia onkologiczne w Polsce (dane z 2014 r.) wyniosła 897 785 osób chorych, natomiast w 2025 r. liczba ta może wzrosnąć do 1 151 755 osób. Powyższe może spowodować wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia, ograniczenie ich dostępu, w następstwie czego podjęte leczenie nie odniesie oczekiwanych rezultatów. Możliwość przywrócenia limitowania świadczeń w zakresie chorób onkologicznych (w sytuacji pozostawienia decyzji w tym zakresie Prezesowi NFZ) budzi wątpliwość. Takie działanie utrudni dostęp do świadczeń, a w konsekwencji wydłuży proces leczenia. Następstwem limitowania świadczeń może być również pogorszenie kondycji finansowej podmiotów leczniczych.</p> <p>W zakresie długości oczekiwania na świadczenia onkologiczne należy zwrócić uwagę na raport dostępu do leczenia onkologicznego sporządzony przez OnkoBarometr Fundacji Watch Health Care, która wskazuje, że od momentu, gdy wprowadzony został pakiet onkologiczny w kolejnych OnkoBarometrach obserwujemy stagnację czasu oczekiwania dla pacjentów posiadających kartę DiLO oraz minimalny wzrost czasu oczekiwania dla pacjentów bez karty DiLO. Analiza kolejek w poszczególnych dziedzinach onkologicznych (chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologii i hematoonkologii, onkologii oraz radioterapii onkologicznej) pozwala stwierdzić, że nadal występują znaczne różnice w dostępie do świadczeń. Najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w chirurgii onkologicznej oraz onkologii sensu stricto, gdzie średnio na uzyskanie świadczenia trzeba czekać ok. 7,2 tyg. (1,8 mies.). Następnie pod względem długości kolejek dziedziną jest ginekologia onkologiczna (5,2 tyg. – 1,3 mies.). Kolejne dziedziny to hematologia i hematoonkologia (średnio 4,8 tyg. – 1,2 mies.). Najkrócej oczekuje się na świadczenia z dziedziny radioterapii onkologicznej (2,4 tyg. – 0,6 mies.).</p> <p>Dane zebrane w maju 2016 r. przez Fundację Watch Health Care wskazują, że na wykonanie rezonansu magnetycznego mózgu 9-letnie dziecko musi oczekiwać kolejno średnio 29,6 tyg. (7,4 mies.). Czas oczekiwania w tym przypadku uległ wydłużeniu w stosunku do danych ze stycznia 2016 r. o ok. 4,8 tyg. (1,2 mies.). Długi czas oczekiwania dotyczy również biopsji guzków tarczycy, na którą trzeba czekać 25,6 tyg. (6,4 mies.). Czas ten uległ wydłużeniu od stycznia 2016 r., o ok. 17,2 tygodnia. Długo czeka się również na tomografię komputerową (TK) miednicy małej i brzucha, bo ok. 14,8 tyg. (3,7 mies.). Projektodawca powinien zrezygnować z proponowanej zmiany.</p> <p><b>Zgodnie z uzasadnieniem projektu, nielimitowanie świadczeń z zakresu onkologii zostanie pozostawione do decyzji Prezesa NFZ (w drodze zarządzenia). Proponowana zmiana nie jest zasadna. Wprowadzenie omawianej zmiany spowodowałoby wzrost kolejek oczekujących pacjentów. Wydłużony czas oczekiwania na rozpoczęcie procesu diagnostyczno-leczniczego może w wielu przypadkach prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia osoby chorej bądź zmniejsza szanse na efektywne leczenie.</b></p>	
5.	Lubuski Konsultant Wojewódzki w dziedzinie okulistyki	<p>Przepis, którego uwaga dotyczy Leczenie onkologiczne - Uwagi i propozycje zmian: Zgodne ze standardami – dostępność innowacyjnej terapii. - Uzasadnienie Obecnie wielokrotnie stosuje się także leczenie, starszymi metodami pomijając lepsze, nowoczesne, innowacyjne metody leczenia jako bardziej kosztowne. Przepis, którego uwaga dotyczy Diagnostyka- Uwagi i propozycje zmian Umoliwienie wykonania pełnej diagnostyki wstępnej i pogłębionej.- Uzasadnienie: Realna wycena diagnostyki. Przepis, którego uwaga dotyczy Postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne- Uwagi i propozycje zmian: Brak kontroli jakości.- Uzasadnienie Podanie efektów.</p>	Uwaga niezrozumiała.
6.	Lubuski Konsultant Wojewódzki w dziedzinie	<p>Dzieci do 18 roku życia powinny w ogóle być wyłączone z tych procedur onkologicznych. Nowotworów w tym wieku jest mało (&lt;1% ogólnej ich liczby), więc i tak diagnostyka i leczenie idzie szybko, z pominięciem etapowania (najczęściej droga chorego to POZ - placówka specjalistyczna lub POZ-oddział dziecięcy- placówka specjalistyczna. Dynamika wzrostu nowotworów dziecięcych jest większa niż u dorosłych i procedowanie przez</p>	Uwaga nieuwzględniona. Leczenie w ramach tzw. pakietu onkologicznego nie jest obowiązkowe.

	pediatrii	kilka tygodni może się dla dziecka skończy, stał się pediatry przyzwyczajeniś do maksymalnego poziomu opieki w tym zakresie i nie ma co ich spowalniać ustawowo.	
7.	Konfederacja Lewiatan	Zgodnie z proponowanym w art. 1 pkt 6 projektu uchyleniu podlegałaby przepis określający tzw. bezlimitowe rozliczanie świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu onkologicznego. Mając na uwadze fakt, że „bezlimitowość” leczenia jest jednym z filarów pakietu onkologicznego, mocno podkreślanym na etapie jego ogłaszania i wprowadzania, zniesienie ustawowej zasady bezlimitowego rozliczenia świadczeń będzie odwróceniem gwarancji stabilności określonej polityki regulatora w obszarze onkologii. Zasada ta jest istotną deklaracją regulatora co do polityki w obszarze onkologii, znaczenia tej dziedziny medycyny dla zdrowia publicznego oraz wagi, jaką ma dostępną adekwatnego do potrzeb leczenia zapewnianego na czas. Dodatkowo zmiana wpłynie na możliwość dotrzymania terminów realizacji diagnostyki i leczenia onkologicznego w terminach określonych w obowiązujących przepisach, w ramach tzw. Szybkiej ścieżki Onkologicznej. Zgodnie z prowadzonym założeniem kwestia braku limitu w dostępie do świadczeń onkologicznych zostanie wprowadzona w zarządzeniu Prezesa NFZ, a jak uczy doświadczenie, takie działanie nigdy nie może zakończyć się uzyskaniem oczekiwanego efektu. Stąd negatywnie oceniamy zmianę i wnioskujemy o pozostawienie art. 136 ustawy o świadczeniach w dotychczasowym brzmieniu.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	Ustawa Art. 32c (Art. 1 Ust.5 projektu): Nieuzasadnione i niecelowe wprowadzenie przepisów dotyczących merytoryki procesu leczenia do aktów normatywnych. Wprowadzenie sztywnych wytycznych może prowadzić do ograniczenia elastyczności i samodzielności lekarzy w indywidualnym podejściu i doborze ścieżki diagnostycznej optymalnej dla danego pacjenta. Proponuje się wykreślić punkty.	Uwaga niezasadna, obwieszczenie ma charakter wyłącznie informacyjny, zalecenia natomiast stanowią wyłącznie wskazówki w codziennej praktyce medycznej.
9.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	Ustawa Art. 32d Ust. 2. i 3. (Art. 1 Ust.5 projektu): Nakładanie na świadczeniodawców obowiązku sprawozdawczości mierników efektywności jest zbędne z uwagi na fakt otrzymywania przedmiotowych danych przez Fundusz w postaci raportów statystycznych. Wyliczenie wskaźników na podstawie danych zawartych i przekazanych w raportach statystycznych winno odbywać się w sposób centralny pozwalający na uzyskanie wiarygodnej i porównywalnej oceny wyników. Przeniesienie obowiązku na świadczeniodawców oznacza powielanie danych już przekazanych. Proponuje się wykreślić punkty.	Uwaga nieuwzględniona.
10.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	Ustawa Art. 136 Ust. 2.(Art. 1 Ust.6 projektu): Przepis gwarantujący uzyskanie pełnej refundacji z tytułu realizacji świadczeń dotyczących diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego powinien być utrzymany. Utrzymanie przepisu gwarantującego uzyskanie pełnej refundacji z tytułu realizacji przedmiotowych świadczeń stanowi istotny element gwarancji zarówno dla pacjenta, jak i dla świadczeniodawcy. Przeniesienie statusu braku limitu do poziomu zarządzenia Funduszu może prowadzić do zmniejszenia zainteresowania świadczeniodawców realizacją ścieżki onkologicznej, a tym samym ograniczeniem dostępnoci i wydłużeniem terminów dla pacjentów. Proponuje się wykreślić punkt projektu.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
11.	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Pewne obawy budzi możliwość ustalania przez Ministra Zdrowia wytycznych postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz mierników oceny prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – a także związana z tym sprawozdawczość.	Komentarz.
12.	Urząd Marszałkowski	Ustawa Art. 32b, ust. 4. : pkt 4) Proponuje się dodanie pkt h) dane dotyczące lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wskazanemu przez	Uwaga niezasadna, ponieważ na obowiązek

	Województwa Zachodniopomorskiego	<p>wiadzeniobiorca w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1. Zgodnie z Art. 32b wadzeniodawca 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 wadzeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1.</p> <p>Powyższe dotyczy również sytuacji, w której wystawcą karty nie jest lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a. Brak dostępu do informacji o lekarzu POZ utrudnia wadzeniodawcom realizację ww. wymogu. Nie wszyscy wadzeniobiorcy mają podstawowe dane lekarza POZ, zasadne jest zatem udostępnienie tej informacji z wykorzystaniem istniejących systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (wskazany zakres danych powinien być uzupełniany automatycznie).</p>	wpisu do karty przedmiotowych danych wskazuje projektowany art. 32b ust. 4 pkt 3 ustawy o wadzeniach (w art. 1 pkt 6 lit. b projektu ustawy).
13.	Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy Sp. z o.o. z siedzibą w Wejherowie	<p>Ustawa Art.1 ust.1 - w art.23 ust.1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:</p> <p>Propozycja brzmienia zapisu wadzeniodawca, o którym mowa w art.20 ust.1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu Właściwemu ze względu na miejsce udzielania wadzeń, informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie wadzeń, z wyłączeniem informacji dotyczących prowadzonych odrębnie list oczekujących na udzielenie wadzenia, o których mowa w art.20 ust.12. Brzmienie zaproponowane w projekcie czytane literalnie wskazuje na wyłączenie wadzeniodawcy, o którym mowa w art. 20 ust. 2 z obowiązku przekazywania co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu informacji o wszystkich prowadzonych listach oczekujących na udzielenie wadzenia, o ile prowadzi on odrębne listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 12.</p>	Uwaga uwzględniona.
14.	Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy Sp. z o.o. z siedzibą w Wejherowie	<p>Art.1 ust.1 - w art. 23 ust.4 otrzymuje brzmienie Propozycja brzmienia zapisu wadzeniodawca przekazuje co najmniej raz w tygodniu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu Właściwemu ze względu na miejsce udzielania wadzeń informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia wadzenia, z wyłączeniem informacji dotyczących prowadzonej odrębnie listy oczekujących na udzielenie wadzenia, o którym mowa w art. 20 ust. 12.</p>	Uwaga uwzględniona.
15.	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	<p>Pracodawcy RP krytycznie oceniamy pomysł uchylecia przepisu art. 136 ust. 2 ustawy o wadzeniach (wprowadzonego ustawą z dnia 22 lipca 2014 r.), zapewniającego brak limitów w finansowaniu wadzeń z zakresu onkologii. Uchylenie powyższego przepisu stwarza, bowiem możliwość wprowadzania dodatkowych, pozaustawowych ograniczeń w sposobie rozliczania wadzeń w ramach pakietu onkologicznego (np. na poziomie zarządzenia Prezesa NFZ). Naszym zdaniem, jednym z priorytetów powinno być utrzymanie ustawowych gwarancji bezlimitowego rozliczania wadzeń objętych tzw. pakietem onkologicznym. W tym celu za uzasadnione należy uznać rezygnację z uchylecia art. 136 ust. 2 Ustawy o wadzeniach.</p>	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
16.	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	<p>art. 23 ust. 1 ustawy o wadzeniach (...)</p> <p>Projekt zmian w pakiecie onkologicznym zakłada wyłączenie wadzeniodawców udzielających wadzeń prowadzących odrębne listy oczekujących na udzielenie wadzenia z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego z obowiązku przekazywania do NFZ m.in. następujących danych</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>dotyczących każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca (imię i nazwisko oraz numer PESEL),</li> <li>liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania,</li> <li>innych danych dotyczących list, wymaganych rozporządzeniem wydawanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy nowelizowanej;</li> </ol> <p>Uchylenie obowiązku raportowania do NFZ informacji o listach oczekujących, w połączeniu z ewentualną rezygnacją z zasady bezlimitowego rozliczania wadzeń onkologicznych, rodzi ryzyko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>obniżenia standardu opieki nad pacjentem onkologicznym</li> <li>pogorszenia jakości procesu zarządzania listami oczekujących na wadzenia zdrowotne z zakresu onkologii.</li> </ul> <p>W naszej ocenie, brak dostępu NFZ do ww. informacji może skutkować brakiem możliwości pełnego monitorowania</p>	Uwaga nieuwzględniona – jak wskazano w uzasadnieniu do ustawy, NFZ posiada dostęp do tych informacji - dane charakteryzujące wszystkie etapy diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, w tym daty wpisu na onkologiczne listy oczekujących na poszczególne etapy, są przekazywane przez

		<p>prawidłowo ci prowadzonych przez wiadczeniodawców list oczekujących oraz brakiem możliwości weryfikacji danych sprawozdawanych przez wiadczeniodawców. W związku z powyższym, postulujemy pozostawienie w obecnym kształcie obowiązku raportowania do NFZ o kolejkach oczekujących na świadczenia onkologiczne.</p>	<p>wiadczeniodawców NFZ w ramach przekazywania danych charakteryzujących świadczenia udzielane na podstawie karty DILO (w tym dane o każdym pacjencie oczekującym na diagnostykę i leczenie oraz dane pozwalające ustalić czas, jaki upłynął od wpisania na list do czasu rozpoczęcia leczenia onkologicznego).</p>
17.	Instytut Medyczny w Katowicach	<p>Zgodnie z proponowanym do wprowadzenia w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 32d, w ust. 2 nakłada się na wiadczeniodawcę obowiązek corocznego obliczania wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego. W projekcie jednak nie zawarto zapisów, które wyjaśniałyby, w jakim celu będą obliczane ww. wskaźniki oraz, jakie skutki będą wynikały dla wiadczeniodawcy w przypadku osiągnięcia wysokiej lub niskiej ich wartości. Należy również zaznaczyć, że niewłaściwie dobrane metody liczenia tych mierników mogą okazać się niekorzystne dla niektórych wiadczeniodawców.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona, sposób obliczania wskaźników będzie wynikał z innych przepisów.</p>
18.	Instytut Medyczny w Katowicach	<p>Uchylenie ust. 2 w art. 136 ww. ustawy spowoduje zniesienie bezlimitowego rozliczania świadczeń wykonywanych w ramach pakietu onkologicznego. Jak wskazano w uzasadnieniu, działanie to ma na celu ujednoczenie przepisów, aby rozliczanie świadczeń we wszystkich zakresach było wprowadzone takim samym aktem prawnym, tj. zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednakże wprowadzenie limitu świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego może spowodować ponownie ograniczenie dostępu do tych świadczeń. Dodaj, że w przypadku ogłoszenia przez Prezesa NFZ zarządzenia, o którym mowa wyżej, wiadczeniodawca będzie postawiony w trudnej sytuacji, bowiem jest zobowiązany z jednej strony do wdrożenia leczenia w ramach Szybkiej Diagnostyki i Terapii Onkologicznej w określonym terminie, a z drugiej strony do przestrzegania limitów ustalonych w umowie zawartej z Funduszem.</p>	<p>Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.</p>
19.	Prezes Narodowego Funduszu Zdrowotnego	<p>Z uwagi na rezygnację z parametru jako ciowego w POZ (wskaźniki trafności rozpoznania) oraz przyjęcie założenia, że karta DiLO wystawiana może być w AOS na etapie podejrzenia nowotworu, zasadne wydaje się wprowadzenie rozważań, zgodnie z którym kartę wystawi może każdy lekarz ubezpieczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Należy przy tym zaznaczyć, że brak wskaźnika trafności podejrzenia w POZ i AOS, skutkowało bardzo szerokim kierowaniem pacjentów na ścieżkę onkologiczną, która daje pacjentom przywileje czasowe, w stosunku do pozostałych pacjentów.</p>	<p>Uwaga niezrozumiała, ponieważ projektowane rozważanie ma na celu umożliwienie wydania karty DILO lekarzowi udzielającemu świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego</p>
20.	Prezes Narodowego Funduszu Zdrowotnego	<p>Wprowadzenie rozporządzenia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego skutkowało zmianami po stronie systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez m.in. konieczność obsługi nowego wzoru karty, zmian sprawdzających walidacyjnych i weryfikacyjnych. Konieczne będzie ponadto ustalenie zasad obsługi trzech funkcjonujących jednocześnie wzorów kart w ramach aplikacji diagnostyki i leczenia onkologicznego (ap-DILO) (karty</p>	<p>Uwaga uwzględniona. Termin wejścia w życie przepisów ustawy został przesunięty na dzień 1</p>

		<p>wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1751) - I wzór karty z dnia 6 października 2015 r. (Dz. U. poz. 1627) - II wzór karty oraz obecny projekt rozporządzenia - III wzór karty. W związku z powyższym konieczność obsługi 3 wzorów kart wymaga bieżącego dostosowania systemów informatycznych NFZ oraz systemów świadczeniodawcy w zakresie usług sieciowych. Zatem, proszę o przekazanie zasad określających obsługę już istniejących dwóch wzorów kart oraz trzeciego przedmiotowego projektu rozporządzenia, a także zmian terminu wejścia w życie projektu rozporządzenia w celu dostosowania systemów. Jednocześnie należy wskazać, że rezygnacja z niektórych danych (np. daty ustalenia planu leczenia, daty spotkania konsylium – jeżeli się odbyło) spowoduje, że NFZ nie będzie miał możliwości weryfikacji poprawności przekazanych dokumentów. np. w zakresie weryfikacji terminów podjęcia leczenia. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż wprowadzane propozycje zmian stwarzają ryzyko braku możliwości dostosowania systemu. Spełnienie wymogu wydruku na jednej kartce – zgodnie ze wzorem jest wysoce utrudnione (wydaje się być niemożliwe) z wielu przyczyn, np. zbyt duży wolumen danych wprowadzonych w systemie może nie zmieścić się w przewidzianych sekcjach po wydrukowaniu karty, lub wymusi to konieczność zmniejszenia czcionki przy wydruku, co spowoduje nieczytelność karty zarówno dla pacjenta jak i lekarza. Ponadto, wymóg ten może spowodować konieczność dostosowania sprzętu drukującego po stronie świadczeniodawcy. W związku z tym proponuję rozważenie pozostawienia możliwości drukowania kolejnych sekcji na oddzielnych stronach (osobno każdego z etapów diagnostyki i leczenia). Biorąc pod uwagę powyższe wymagania bieżącego czasu na dostosowanie systemów informatycznych NFZ oraz systemów świadczeniodawcy w zakresie usług sieciowych. Z uwagi na fakt, że projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 października 2016 r. koniecznym jest przedłużenie tego terminu w celu dostosowania systemów informatycznych NFZ oraz systemów świadczeniodawcy w zakresie usług sieciowych.</p>	marca 2017 r.
21.	Prezes Narodowego Funduszu Zdrowotnego	<p>W zakresie art. 1 (wprowadzającego zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – zwanej dalej „ustawą”)</p> <p>1) pkt 1 (art. 23 lit. a w zakresie ust. 1 oraz lit. b w zakresie ust. 4 ustawy) - wyłączenie świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym ze sprawozdawczości w zakresie list oczekujących przełożonych na konieczność zmian w systemach informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Konieczne będzie zniesienie obowiązku rejestrowania kolejek onkologicznych w aplikacji Centralnych Kolejek Oczekujących (ap-KOLCE) oraz wprowadzenie modyfikacji sprawozdań w tym zakresie. Powyższe będzie wymagało niezbędnego czasu na dostosowanie systemów informatycznych NFZ oraz systemów świadczeniodawcy w zakresie usług sieciowych.</p> <p>2) pkt 4 (art. 32 b ust. 4 pkt 1 lit. g ustawy) proponuję doprecyzowanie przepisu o wyrazy „unikalny numer identyfikacyjny”.</p>	Uwaga uwzględniona w zakresie pkt 1 przez zmianę terminu wejścia w życie przepisów ustawy. W zakresie pkt 2 uwaga jest niezasadna, ponieważ zgodnie z art. 6 ust. 1–3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) dane zawarte w karcie DİLO w połączeniu z danymi osobowymi pozwalającymi bezpośrednio zidentyfikować dane osoby fizycznej (jak np. nazwisko i imię (imię), czy numer PESEL świadczeniobiorcy) powinny być uznane za dane osobowe w rozumieniu powyższej ustawy.
22.	Urząd	art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych	Uwaga uwzględniona.

	Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	nie wykreślanie art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych; Uchylenie w ustawie zapisu zapewniającego dostosowanie kwoty zobowiązania za świadczenia wykonane w ramach pakietu onkologicznego do wartości wykonania, daje Prezesowi swobodę do wprowadzania / nieprowadzenia limitów w zakresie onkologii. Zapis ten chronił podmioty lecznicze przed niefinansowaniem świadczeń nielimitowanych z pakietu onkologicznego przez Fundusz.	Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
23.	Stowarzyszenie Pacjentów Leczonych Radioterapią z siedzibą w Poznaniu	Najważniejsza zmiana, która została zaproponowana w Projekcie ustawy zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczy zniesienia tzw. bezlimitowości świadczeń. Wykreślony ust. 2 art. 136 ustawy brzmi „W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w których dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwoty zobowiązania zmienia się, dostosowując je do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego i wykonania tej umowy.” Należy podkreślić, że każdego roku w Polsce średnio u 200 tys. osób wykrywa się nowotwór złośliwy. Prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych 13 lat przybędzie około 20% pacjentów onkologicznych. Niestety nowotwory są nadal drugą co do liczby przyczyn zgonów mieszkańców Polski. Terapie onkologiczne bardzo często trwają od kilku do kilkunastu tygodni, a pacjent poddawany jest szeregu procedur chemio- i radioterapeutycznych, jeżeli to możliwe chirurgii onkologicznej. Warunkiem dla skutecznej terapii jest zapewnienie wszystkich możliwych procedur, bez zagrożenia, że na którymś z etapów leczenia zostanie ono przerwane. Ustawowa gwarancja zapłaty przez płatnika publicznego za świadczenia onkologiczne ponad wartość określoną w umowie – tzw. bezlimitowość, ma zostać oddana do decyzji prezesa NFZ w drodze zarządzenia. Taka organizacja finansowania świadczeń budzi nasz szczególny obaw. Bardzo często podczas zaplanowanej wcześniej terapii, okazuje się, że pacjent potrzebuje dodatkowych badań, dodatkowej terapii czy hospitalizacji. Obawiamy się, że problemy z finansowaniem dodatkowych świadczeń mogą spowodować, że szpitale nie będą w stanie ich realizować. Trzeba zauważyć, że promowane rozwiązanie było już stosowane np. w przypadku porodów. Wobec braku ustawowego zabezpieczenia NFZ bardzo często zwlekał z zapłatą za teoretycznie nielimitowane porody, gdy pozostawało to w gestii Prezesa NFZ. Efekt był taki, że szpitale otrzymywały zapłatę z wielomiesięcznym opóźnieniem. Zapłata za świadczenia z półrocznym opóźnieniem oznacza de facto jednorazowe pozbawienie półrocznych przychodów dla szpitali. Obawiamy się, że szpitale onkologiczne będą coraz bardziej zadłużone i nie będą w stanie realizować świadczeń.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
24.	Fundacja Onkologia 2025	Negatywnie oceniamy usunięcie z zapisów ustawowych bezlimitowości leczenia onkologicznego. Umocowanie tego przepisu na poziomie ustawowym jest istotne jako gwarancja stabilności polityki państwa w obszarze onkologii. W dyskusji, jaka toczyła się w ostatnim miesiącu, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia podkreślali, że usunięcie zapisu o bezlimitowości leczenia onkologicznego z ustawy nie oznacza rezygnacji z samego rozwiązania. Przyjmując argumenty dotyczące „porządkującego” charakteru tej zmiany chcielibyśmy zwrócić uwagę, że bezlimitowe leczenie jest jednym z filarów pakietu onkologicznego bardzo mocno podkreślanym na etapie jego ogłaszania i wprowadzania. Ma więc charakter nie tylko technicznego rozwiązania prawnego-organizacyjnego. Jest to również istotna deklaracja regulatora co do: polityki w obszarze onkologii, znaczenia tej dziedziny medycyny dla zdrowia publicznego oraz wagi, jaką ma dostarczenie adekwatnego do potrzeb leczenia zapewnianego na czas. Usunięcie zapisu zapewniającego brak limitów może być interpretowane jako docelowe odejście Ministerstwa Zdrowia od bezlimitowego finansowania onkologii, co jest podstawą pakietu onkologicznego. Z punktu widzenia bieżących rozliczeń dla świadczeniodawców istotniejsze są oczywiście szczególne przepisy i warunki	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.



		<p>rozlicze nie zawarte w ustawie a w dokumentach ni szej rangi. Jak pokazała praktyka, zdarza si , e szczegółowe rozwi zania mog działa nawet przeciwnie od deklarowanej intencji pakietu onkologicznego (na przykład niska wycena i ryzcał na niektóre badania diagnostyczne spowodowały, e bezlimitowo nie gwarantowała dost pno ci leczenia, a wr cz j ograniczyła – badania PET).</p> <p>Samo utrzymanie bezlimitowo ci i adekwatno przepisów szczegółowych b dzie wi c wa niejsze w codziennej praktyce. Niemniej ustawowe umocowanie bezlimitowo ci mo e by traktowane jako gwarancja stabilno ci okre lonej polityki regulatora w obszarze onkologii.</p> <p>Mówimy wi c bardziej o symbolicznym ni praktycznym aspekcie tego rozwi zania, wydaje nam si on jednak istotny ze wzgl du na postrzeganie całego pakietu onkologicznego, które wymaga wsparcia po licznych zastrze eniach, jakie pojawiły si na etapie jego wprowadzania</p>	
25.	Fundacja Onkologia 2026	<p>Z zastrze eniem podchodzimy do projektu zmian w obszarze konsyliów oraz usuni cia minimalnego wska nika rozpoznawania nowotworów. Powinna istnie formuła utrzymania i rozliczenia konsyliów, a jednocze nie dostosowania ich do potrzeb pacjentów w poszczególnych rozpoznaniach. Proponujemy utrzymanie samego monitoringu liczby wystawianych kart i rozpozna jako wa nego wska nika efektywno ci działania pakietu onkologicznego (bez wymogu minimalnej liczby rozpozna ).</p> <p>Rezygnacja z minimalnego wska nika rozpoznawania nowotworów Statystyki dotycz ce pakietu onkologicznego wskazuj na niski udział kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ (około 32% wszystkich kart – dane NFZ na koniec 2015 rok). Potwierdzaj to równie zewn trzne analizy (około 13% kart dla pacjentów, u których finalnie zdiagnozowano chorob nowotworow – dane z badania czasu oczekiwania na diagnostyk i leczenie onkologiczne w Polsce 2015/16 prowadzonego przez prof. Sergiusza Nawrockiego i dr Karolin Osowieck przy wsparciu Fundacji Onkologia 2025).</p> <p>Wi ksze zaangażowanie lekarzy rodzinnych we wczesn diagnostyk onkologiczn było jednym z zało e pakietu onkologicznego. Szczególne uprawnienia lekarzy POZ umo liwiały im uprzywilejowanie pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej. Mimo e obostrzenia zwi zane z wystawianiem karty DiLO oraz sankcje za przekroczenie minimalnego wska nika rozpozna nie były uci liwe, odsetek kart wystawionych przez POZ nie był du y. Nie spełniły si przy tym obawy co do eskalacji nieuzasadnionego podejrzeniem choroby onkologicznej zlecania bada diagnostycznych. W tej sytuacji rezygnacja z minimalnego wska nika rozpoznawania a tym samym z wyceny porad w POZ uzale nionej od warto ci wska nika nowotworów wydaje si zasadna, aby zach ci lekarzy rodzinnych do korzystania z mo liwo ci, jakie daje pakiet onkologiczny.</p> <p>Mimo to proponujemy utrzymanie (monitoring i cykliczn publikacj ) wska nika rozpoznawania nowotworów ze wzgl du na jego walor informacyjny. Wraz z danymi o liczbie wystawionych kart jest on wa nym miernikiem działania pakietu onkologicznego.</p>	<p>Uwaga nieuwzgl dniona. Obliczanie wska nika rozpoznawania nowotworów tylko dla celów informacyjnych nie musi by umocowane ustawowo.</p>
26.	Fundacja Onkologia 2027	<p>Ogłaszanie w drodze obwieszczenia przez ministra zdrowia standardów post powania w onkologii oraz opracowania mierników oceny diagnostyki i leczenia onkologicznego – w oparciu o wytyczne towarzystw medycznych, konsultacje z AOTM powołanie zespołu do spraw analizy mierników obowi zek obliczania i raportowania wska ników przez wiadzczeniodawców. Prawne umocowanie standardów prowadzenia diagnostyki i leczenia jest jednym z najcz ciej pojawiaj cych si postulatów w onkologii. Zapowied ich wprowadzenia postrzegamy jako szans na istotn zmian jako ciow w opiece onkologicznej w Polsce.</p> <p>Przepisy zawarte w projekcie zmian Ustawy maj do ogólny charakter, ich kierunek uwa amy za wła ciwy. Jednak szereg zagadnie , które nie znajduj si w ustawie powinny by w naszej opinii uwzgl dnione w dalszych regulacjach, by szansa na zmian jako ciow rzeczywi cie została wykorzystana. Kluczowe to</p> <p>1. Punktem wyj cia do wprowadzania i mierzenia standardów powinna by informacja o rozpoznania wraz ze stopniem zaawansowania (TNM). Bez tych informacji mierzenie adekwatno ci zastosowania standardu post powania oraz jakiegokolwiek porównania nie b d mo liwe. Same standardy – nawet raportowane poprzez mierniki – nie pozwol na</p>	<p>Komentarz.</p>

		<p>ocen pracy o rodka. Stopie zaawansowania powinien by obligatoryjnie raportowany do NFZ</p> <p>2. Sposób konstrukcji standardów i mierników – oparcie standardów na medycynie opartej na dowodach</p> <p>3. Uwzgl dnienie czynników niezwi zanych bezpo rednio z zaleceniami terapeutycznymi, ale istotnie wpływaj cych na jako opieki, np:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obowi zku planowania leczenia przez konsylium w okre lonym składzie (zgodnie z zaleceniami w poszczególnych rozpoznaniach)</li> <li>• uwzgl dnienie limitów czasu na przeprowadzenie kolejnych etapów diagnostyki i leczenia</li> <li>• stosowania jednolitych standardów opisu w diagnostyce</li> </ul> <p>• uwzgl dnienie mierników istotnych z punktu widzenia pacjenta (PROMs – patient related outcome measures)</p> <p>4. Okre lenie sposobu post powania w przypadku odst pstwa od ustalonych standardów – dozwolonego i niedozwolonego</p> <p>5. Maksymalne wykorzystanie danych ju gromadzonych w publicznych rejestrach do tworzenia mierników oraz wykorzystanie mo liwo ci technicznych do pozyskiwania danych (ograniczenie biurokracji)</p> <p>6. Stały monitoring i publikacja danych dotycz cych standardów leczenia i mierników (w oparciu o porównywalne kryteria)</p> <p>7. Benchmarking – udost pnianie danych oznacza równie stworzenie warunków do wymiany do wiadczce , porówna , pracy nad ujednoczeniem standardów i stosowaniem dobrych praktyk</p> <p>8. Uwzgl dnienie mechanizmu elastycznych zmian standardów, wsparcie dla progresu w obszarze mierników i ich przestrzegania</p> <p>9. Zapewnienie wiarygodno ci danych – wyszukiwanie rozwi za zapewniaj cych obiektywizm raportowanych danych audyt jako ciowy (kompletno danych, analiza odst pstw)</p> <p>10. Stworzenie mo liwo ci konsultowania zmian w obszarze standardów</p> <p>11. Analiza istniej cych ju aktów prawnych pod k tem zgodno ci ze standardami</p>	
27.	Naczelna Rada Lekarska	<p>Projekt ustawy nie uwzgl dnia postulatu rodowiska lekarzy i lekarzy dentyków wyra onego w apelu nr 4/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 sierpnia 2015 r. w sprawie zmiany przepisów dotycz cych prowadzenia list oczekuj cych oraz apelu nr 12/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 grudnia 2015 r. w sprawie kierunków zmian systemu opieki zdrowotnej, zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentydy oraz kształcenia przed i podyplomowego w tych zawodach. W apelach tych skierowanych do Ministra Zdrowia samorz d lekarski domagał si zmian w przepisach dotycz cych obowi zku prowadzenia list oczekuj cych polegaj cych na zniesieniu obowi zku prowadzenia list oczekuj cych w niektórych zakresach wiadczce zdrowotnych, w szczególno ci w zakresie stomatologii oraz dokonania korekty niezrozumiałych i zbyt rygorystycznych wymogów prowadzenia list oczekuj cych, które utrudniaj wiadczeniodawcom prac , a jednocze nie nie przynosz wymiernych korzy ci pacjentom. Uznaj c zgłoszone postulaty za wci aktualne, Rada wskazuje, e istniej zakresy wiadczce ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dla których tworzenie list oczekuj cych nie jest konieczne dla zapewnienia równego dost pu pacjentów do wiadczce gwarantowanych. Jednym z przykładów niezasadnego wprowadzenia obowi zkowej listy oczekuj cych s wiadczenia z zakresu stomatologii. Ze wzgl du m.in. na specyfik koszyka wiadczce gwarantowanych z tego zakresu i brak skierowa do lekarza dentydy prowadzenie listy oczekuj cych jest niecelowe. Podobne wzgl dy dotycz szeregu wiadczce z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie równie tworzenie list oczekuj cych jest tylko zb dn biurokracj obwarowan sankcjami ze strony NFZ. Apele z dnia 5 sierpnia 2015 r. i 4 grudnia 2015 r. wskazywały ponadto, e prowadzenie list oczekuj cych we wszystkich rodzajach wiadczce szpitalnych oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, bez konsekwencji w postaci nabywania przez pacjenta uprawnie do zwrotu kosztów wiadczenia uzyskanego prywatnie, gdy czas oczekiwania przekroczył dopuszczaln medycznie norm jest w wielu przypadkach jedynie biurokratycznym utrudnieniem dla wiadczeniodawców i pacjentów.</p>	<p>Uwaga wykraczaj ca poza zakres nowelizacji – nowelizacja ma na celu modyfikacj pakietu onkologicznego a nie zmiany dotycz ce zasad prowadzenia list oczekuj cych. Niezale nie od powy szego nale y wskaza , i listy oczekuj cych prowadzone s w wi kszo ci krajów europejskich w zakresie wszystkich rodzajów wiadczce ambulatoryjnych i szpitalnych, gdy prawidłowe prowadzenie tych list słu y zapewnieniu transparentno ci w zakresie równego dost pu pacjentów do wiadczce opieki</p>

			zdrowotnej. Nie jest więc zasadny argument, i pacjent nie ma żadnych korzyści. Należy także wskazać, iż dane dotyczące list oczekujących nie potwierdzają tezy, że zakresy świadczeń, dla których nie jest konieczne prowadzenie list. Co więcej, problem z utrudnionym dostępem do świadczeń w szczególności dotyczy świadczeń z zakresu stomatologii (bardzo długie czasy oczekiwania do poradni ortodontycznych i poradni protetyki stomatologicznej).
28.	Naczelna Rada Lekarska	Projektowana ustawa nie realizuje propozycji likwidacji karty diagnostyki i leczenia onkologicznego i zastąpienia jej znacznie prostszymi formami jak mogłoby być specjalne skierowanie z adnotacją „onkologiczne”. Propozycją takiego rozwiązania samorząd lekarski zgłosił w apelu Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/15/VII z dnia 4 grudnia 2015 r. oczekując, że Minister Zdrowia dokona oceny, czy wprowadzenie pakietu nie zostało obudowane zbyt dużą liczbą spoczywających na lekarzach i podmiotach leczniczych obciążeni administracyjnych i biurokratycznych, w postaci np. karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.	Komentarz. Wprowadzane zmiany mają na celu m.in. redukcję obciążeni biurokratycznych związanych z funkcjonowaniem pakietu onkologicznego.
29.	Naczelna Rada Lekarska	Zastrzeżenia budżetowe projektowane art. 32c-32e ustawy, upoważniającego ministra właściwego do spraw zdrowia do wydawania w trybie obwieszczenia wytycznych postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz ustalania w tym samym trybie mierników oceny prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także nałożenie na świadczeniodawców obowiązku przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia corocznych wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego.	Uwaga zbyt ogólna, brak precyzyjnego wskazania konkretnych zastrzeżeń.
30.	Naczelna Rada Lekarska	Negatywnie opiniuje się art. 1 pkt 6 projektu ustawy przewidujący uchylenie art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Przepis ten jest dla świadczeniodawców gwarantem zmiany kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Rada postuluje utrzymanie w mocy przepisu rangi ustawowej gwarantującego bezlimitowe rozliczanie świadczeń w ramach tzw. pakietu onkologicznego.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
31.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny	w art. 1 zmiana 3 lit. b. pkt 2) – rozważyć podobnie jak w lit. a, dodanie „lub miejscowo złośliwy” w 1 art. 1. zmiana 5), art. 32 c. ust. 1 – literówka, powinno być „postępowania”	Pierwsza z uwag jest niezasadna, ponieważ w ustawie rozszerzono pojęcie nowotworu złośliwego. Druga z uwag została uwzględniona.
32.	Szpital	Propozycja uchylenia art 136 ustawy - W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia	Uwaga uwzględniona.

	Uniwersytecki w Krakowie	szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w cz  ci dotycz cej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwot zobowi zania zmienia si , dostosowuj c j do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego i wykonania tej umowy. W uzasadnieniu nale y wskaza , i usuni cie bezlimitowego rozliczania wiadcze w ramach pakietu onkologicznego, obecnie usankcjonowanego regulacj na poziomie Ustawy, w rzeczywisto ci pozbawia wiadczeniodawców dotychczas posiadanej gwarancji pełnego sfinansowania tych wiadcze . W konsekwencji - przeniesienie decyzji o nielimitowym charakterze wiadcze onkologicznych do płatnika skutkowa b dzie brakiem pewno ci co do faktycznie nielimitowanego charakteru tych wiadcze . Płatnik mo e zrezygnowa z nielimitowanego ich finansowania, je li zabraknie rodków na zabezpieczenie innych - równie istotnych - wiadcze zdrowotnych. Ewentualne zmiany mog wpłyn niekorzystnie równie na leczenie pacjentów nieonkologicznych, poniewa wiadczeniodawcy b d zmuszeni przesun cz rodków z zakresów podstawowych - co ograniczy dost pno do wiadcze - na zakresy onkologiczne. Dotychczas pacjent leczony w oparciu o pakiet onkologiczny miał faktyczny wybór o rodka w którym chce si leczy , poniewa nie było niebezpiecze stwa, e limit na leczenie wyczerpie si . Wnosimy o pozostawienie zapisu	Zrezygnowano z usuni cia przedmiotowego zapisu.
33.	Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie	wykre lenie zapisu art. 136 ust. 2 ustawy o wiadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanej ze rodków publicznych, zapewniaj cego bezlimitowo diagnostyki i leczenia dla onkologicznego na poziomie ustawy (!). Zmiana ta daje Prezesowi swobod do wprowadzania/niewprowadzania limitów w onkologii, co z uwagi na brak jednoznacznych informacji dot. dalszego funkcjonowania płatnika jest nie do zaakceptowania. Nale y pami ta , e w przypadku problemów finansowych w NFZ obecny zapis zabezpiecza placówki onkologiczne przed zagro eniem braku finansowania wiadcze przez Fundusz, jak to ma obecnie miejsce, nawet w przypadku wiadcze oznaczonych w Zarz dzeniach Prezesa NFZ jako nielimitowane;	Uwaga uwzgl dniona. Zrezygnowano z usuni cia przedmiotowego zapisu.
34.	Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie	odej cie od Minimalnego Wska nika Rozpoznawania Nowotworów 1/15 dla lekarzy POZ. W celu poprawy zasadno ci wydawanych kart wska nik ten nale y obni y do 1/5, tak jak w krajach Europy Zachodniej, a rozwa y premiowanie (np. finansowe) osi ganie wysokich wska ników przez lekarzy POZ. Powy sze wynika z faktu, i z analizy ilo ci wydawanych karty DiLO wynika, i tylko około 3-5% kart wydanych w POZ trafia na konsylium, a brak wska nika, przy dodatkowym finansowaniu samego wydania karty DiLO pacjentowi b dzie zach t do bezzasadnego wydawania kart pacjentom niewymagaj cym diagnostyki i leczenia przeciwnowotworowego	Uwaga nieuwzgl dniona. Obawy zwi zane z nadmiernym wystawianiem pacjentom kart DiLO przez lekarzy podstawowej opieki medycznej okazały si nieuzasadnione. Tylko 3 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w skali całego kraju spełniło warunki niezb dne do obliczenia wska nika okre lone w § 13 ust. 5 zarz dzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie okre lenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie wiadcze opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, tj. wydało

			więcej niż 30 kart DILO pacjentom, u których wykonano diagnostykę onkologiczną. Mając powyższe na uwadze, a także możliwe obawy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej związane z obliczaniem wskaźnika rozpoznawania nowotworów, Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się z niego zrezygnować.
35.	Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie	Usunięcie bardzo ważnego elementu, jakim jest ocena kompletności wykonanej diagnostyki, zarówno wstępnej, jak i pogłębionej. Powinien być stworzony mechanizm raportowania nieprawidłowo przeprowadzonej diagnostyki, tak aby NFZ mógł wyciągnąć z bazy AP-DILO te placówki, których diagnostyki są najczęściej oceniane negatywnie przez ośrodki leczące. Pozwoliłoby to na poprawę jakości diagnostyki oraz ewentualne sankcje wobec placówek oszczędzających na diagnostyce pacjentów onkologicznych.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
36.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Uchylenie art. 136 ustawy ust.2 mówi o możliwości bezlimitowego rozliczania świadczeń dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego i pozostawienie możliwości takiego rozliczania świadczeń tylko na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ stwarza niebezpieczeństwo łatwego uchylecia tego zapisu przez Prezesa NFZ i przekształcenia zakresów onkologicznych w zakresy limitowane.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
37.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Ustawa wprowadza obowiązek obliczania przez świadczeniodawców wskaźników efektywności leczenia onkologicznego. Brakuje natomiast informacji o wspomnianych wskaźnikach, metodologii ich obliczania i pracochłonności. Nałożony nowy obowiązek sprawozdawczy przy zbyt dużej pracochłonności może spowodować konieczność dodatkowego zatrudnienia personelu.	Uwaga nieuwzględniona, sposób obliczania wskaźników będzie wynikał z innych przepisów.
38.	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY	W nowym wzorze Karty DiLO rezygnuje się z obowiązku przekazywania danych dotyczących objawów i badań diagnostycznych, które są cennymi informacjami dla lekarzy prowadzących pacjenta w kolejnych etapach szybkiej diagnostyki onkologicznej. Brak miejsca na wykonywanie z Kart DiLO np. badań diagnostycznych (pogłębionych) po zabiegu diagnostyczno-lecznym, a także niekiedy w trakcie skojarzonego leczenia. Jest to ważne, ponieważ Karta DiLO umożliwia również szybkie wykonanie np. TK, MR, a bez Karty DiLO pacjent czeka długie miesiące, co nie jest intencją szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego.	Zgodnie z objaśnieniami do karty DILO wyniki badań powinny zostać dołączone do karty.
39.	Uniwersytecki Szpital Dzieciątka w Krakowie	Brak możliwości jednoznacznego odniesienia się do wymogu corocznego obliczania przez świadczeniodawców wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego. Projekt zmian ustawy wprowadzający ww. wymóg określa bowiem to zagadnienie bardzo ogólnie, wskazując jedynie, iż mierniki zostaną określone w odrębnym dokumencie. Obecnie w tym względzie budzi już samo obciążenie świadczeniodawców dodatkowymi sprawozdawczo-	Komentarz. Sposób obliczania wskaźników będzie wynikał z innych przepisów.

		(zgodnie z zało eniami wska niki maj by przekazywane do NFZ raz w roku), w zakresie danych, które by mo e b d w posiadaniu równie Narodowego Funduszu Zdrowia.	
40.	Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych	Zapis o bezlimitowo ci wiadczce w pakiecie onkologicznym. Rozumiemy koniecznie ujednolicenia przepisów dotycz cych ro nych wiadczce . Jednak przekazanie w kompetencje Prezesa NFZ decyzji o bezlimitowo ci, w tej chwili nie daje nam gwarancji na jej realizacj . Oczekujemy, e Ministerstwo Zdrowia dopilnuje, e odpowiednie zarz dzenia zostan niezwłocznie wydane.	Uwaga uwzgl dniona. Zrezygnowano z usuni cia przedmiotowego zapisu.
41.	Porozumienie Zielonogórskie	Federacja jest przeciwna nakładaniu obowi zków biurowatycznych na lekarzy i tak ju obci onych w nadmierny sposób sprawozdawczo ci . W sytuacji kiedy brakuje lekarzy i piel gniarek nale y zredukowa obci enia a nie wprowadza nowe.	Komentarz. Wprowadzane zmiany maj na celu istotn redukcj obowi zków sprawozdawczych.
42.	Porozumienie Zielonogórskie	Zwracamy uwag , e wprowadzanie wytycznych post powania w zakresie diagnostyki bez powi zania tego z wła ciwym finansowaniem jest nierealne. Towarzystwa naukowe opracowuj standardy i wytyczne ale nie maj narz dzi do oceny kosztów i relacji zalece do poziomu ich finansowania. W zwi zku z tym nale y zrezygnowa z regulacji opisanych w Art. 1 pkt 6).	Uwaga nieuwzgl dniona. Wytyczne stanowi wył cznie wskazówki w codziennej praktyce medycznej.
43.	Główny Urz d Statystyczny	W ocenie Głównego Urz du Statystycznego, rezygnacja ze skojarzenia karty DİLO z Kart Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego poprzez usuni cie w karcie DİLO numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego wpłynie znaczo na pogorszenie jako ci danych w Krajowym Rejestrze Nowotworów (KRN). sk d pozyskiwane dane na potrzeby statystyki publicznej. Powi zanie karty DİLO z Kart Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego wymuszało zgłaszanie do KRN informacji o wszystkich podejrzaniach nowotworów, a co za tym idzie - uzyskanie pełniejszej informacji opracowywanej przez Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w ramach programu bada statystycznych statystyki publicznej. Maj c powy sze na wzgl dzie, proponuje si rozwa enie mo liwo ci wprowadzenia przepisów, które zapewniłyby uznawanie karty DİLO za równorz dn z Kart Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego. W praktyce lekarz sporz dzaj cy kart DİLO nie byłby zmuszony do sporz dzania odr bnej Karty Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego poniewa byłaby ni karta DİLO. W przypadku przyj cia proponowanego rozwi zania niezbdne byłoby wprowadzenie do projektu ustawy przepisów zapewniaj cych przekazywania danych z kart DİLO do KRN oraz doprowadzenie do spójno ci danych gromadzonych w karcie DİLO z informacjami zawartymi w Karcie Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego. Umo liwiłoby to ł czenie informacji zawartych w obu zbiorach i w tym zakresie Główny Urz d Statystyczny deklaruje współprac .	Uwaga nieuwzgl dniona. Dotychczasowe do wiadczenia wskazuj , e wprowadzenie obowi zku zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego bezpo rednio do Krajowego Rejestru Nowotworów przez lekarza udzielaj cego ambulatoryjnych wiadczce specjalistycznych lub wiadczce szpitalnych, który stwierdził nowotwór zło liwy, nie przyczyniło si do poprawy zgłaszalno ci i jako ci danych zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów.
44.	Warszawski Uniwersytet Medyczny	Negatywnie nale y oceni uchylenie ust. 2 w art. 136 w projektowanej ustawie. W obecnym brzmieniu ustawy przepis ust. art. 136 stanowi, i w przypadku umowy o udzielanie wiadczce opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w cz ci dotycz cej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwot zobowi zania zmienia si dostosowuj c j do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego i wykonania tej umowy. Konsekwencj uchylenia przepisu o bezlimitowym rozliczaniu wiadczce w ramach pakietu onkologicznego b dzie wprowadzenie poszczególnych limitów wiadczce . W przypadku rozpoznania choroby nowotworowej lekarz zobowi zany jest do poddania pacjenta natychmiastowemu leczeniu, zgodnie bowiem z brzmieniem art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalno ci leczniczej podmiot leczniczy nie mo e odmówi udzielenia wiadczczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego wiadczczenia ze wzgl du na zagro enie zdrowia lub ycia. Trudno ci w	Uwaga uwzgl dniona. Zrezygnowano z usuni cia przedmiotowego zapisu.

		dochodzeniu roszczeń przez podmioty lecznicze od płatnika Narodowego Funduszu Zdrowia są powszechnie znane. Procesy sądowe w tego typu sprawach trudne ze względu na dowodowych oraz długotrwałe.	
45.	Wojewoda Małopolski - Konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej	Umożliwienie zakładania karty DiLO lekarzowi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jest krokiem w dobrą stronę. Do tej pory lekarz specjalista podejrzewający nowotwór był zmuszony odesłać pacjenta do lekarza rodzinnego celem założenia karty DiLO, niepotrzebnie wydłużając kolejki w obu tych sektorach opieki zdrowotnej. Dzięki usprawnieniom byłoby równie umożliwiając lekarzom wystawianie karty DiLO z poziomu lecznictwa szpitalnego, co przyspieszyłoby nie tylko diagnostykę, ale również przedstawianie chorych na konsyliach onkologicznych celem szybkiego włączenia skojarzonego leczenia chorób onkologicznych.	Uwaga niezasadna. Karta DiLO może na wystawie z poziomu szpitalnego w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego
46.	Wojewoda Małopolski - Konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej	Wprowadzenie rozliczania świadczeń DiLO na zasadach ogólnych NFZ może doprowadzić w efekcie do wprowadzenia limitów na świadczenia onkologiczne, a więc powrotu do sytuacji sprzed funkcjonowania programu szybkiej diagnostyki onkologicznej. Proponuję utrzymanie stanu obecnego, z obecnymi świadczeniami nielimitowanych.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
47.	Wojewoda Małopolski - Konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej	Ogłaszanie standardów leczenia nowotworów wg EBM powinno koniecznie odbywać się we współpracy z polskimi towarzystwami naukowymi (np. Polskie Towarzystwo Onkologii, która co roku publikuje wytyczne), aby uniknąć podwójnych standardów diagnostyki i leczenia nowotworów.	Komentarz. Wytyczne zostaną opracowane przez towarzystwa naukowe.
48.	Wojewoda Małopolski - Konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	Proponowane zmiany są korzystne w zakresie sprawozdawczości, gdy upraszczają pewne procedury. Moim zdaniem jednak są to zmiany niewielkie bowiem sprawozdawczość w zakresie karty DiLO jest wciąż bardzo skomplikowana i wiele błędnie wypełnionych tego typu kart wynika z jednej strony właśnie z do skomplikowanej procedury wypełniania, a także z dużej liczby kart w odczynkach onkologicznych. W mojej opinii należy jeszcze bardziej uprościć procedury co to wpłynie korzystnie na urzeczywistnienie faktów sprawozdawanych oraz ułatwi kontrolę.	Wprowadzane zmiany mają na celu istotną redukcję obowiązków sprawozdawczych.
49.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W projekcie ustawy nie ujęto zmiennej dotyczącej leczenia pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym w ramach poradni zdrowia psychicznego czy w ramach oddziałów psychiatrycznych. Często pacjenci z rozpoznaniem onkologicznym trafiają do tego rodzaju placówek, w skutek reakcji na rozpoznanie. W celu uzyskania pełnego obrazu udziału psychologów w leczeniu pacjentów onkologicznych, przy tworzeniu mierników oceny czy wskaźników efektywności, należy ująć liczbę zgłoszeń pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym do poradni zdrowia psychicznego oraz leczonych w oddziałach psychiatrycznych. Konieczne jest zwiększenie liczby specjalistów psychologów klinicznych lub psychologów w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej, zatrudnionych w poradniach i oddziałach onkologicznych. Umożliwi to pacjentom uzyskanie, w ramach placówki jednego rodzaju, profesjonalnej pomocy psychologicznej w trudnych dla nich chwilach.	Uwaga nieuwzględniona. Pakiet onkologiczny jest realizowany w ramach zakresów podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa szpitalnego, które są właśnie cięże ze względu na rozpoznawanie symptomów choroby nowotworowej, jej diagnostykę oraz leczenie.
50.	Zarząd Województwa Opolskiego	Wątpliwość budzi uchylene przepisu art. 136 ust. 2 u. o.o.z., zapewniającego bezlimitowo diagnostyki i leczenia dla onkologicznego na poziomie ustawy. Istnieje ryzyko, iż wprowadzenie tej zmiany spowoduje nadmierne swobody decyzyjne Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzania/niewprowadzania limitów w onkologii. Nie sposób pominąć faktu, że w przypadku problemów finansowych w NFZ obecny przepis ustawy zabezpiecza placówki	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.

		onkologiczne przed zagrożeniem braku finansowania świadcze przez NFZ, również w przypadku świadcze oznaczonych w Zarządzeniach Prezesa NFZ jako nielimitowane.	
51.	Zarząd Województwa Opolskiego	Warto poruszyć kwestię oceny kompletności wykonanej diagnostyki, zarówno wstępnej, jak i pogłębionej. Ustawodawca powinien poczynić starania nad utworzeniem mechanizmu raportowania nieprawidłowo przeprowadzonej diagnostyki. Umożliwienie NFZ zaznajomienia się z sytuacją w placówkach, w których dokonana diagnostyka oceniana jest najczęściej negatywnie, może wpłynąć na poprawę jakości diagnostyki oraz ewentualne sankcje wobec placówek oszczędzających na diagnostyce pacjentów onkologicznych.	Uwaga uwzględniona. Ocena jakości diagnostyki onkologicznej pozostanie elementem DILO.
52.	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Projekt ustawy przewiduje diagnozowanie nowotworów przez lekarza POZ, AOS i lekarza udzielającego świadcze szpitalnych. Nie uwzględniono lekarza udzielającego świadcze stacjonarnych w zakładach opieki czysto-leczniczych i pielęgniarsko-opiekuńczych (w szczególności psychiatrycznych), co w sposób nieuzasadniony wyklucza pacjentów tych zakładów z korzystania z tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. W związku z powyższym, w projekcie ustawy, a także w projektach aktów wykonawczych należy dokonać zmian umożliwiających pacjentom takich zakładów korzystanie z tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej, w tym m.in. przez odpowiednie zmiany w rozporządzeniach dotyczących karty DILO w zakresie możliwości wystawienia jej przez lekarza udzielającego świadcze stacjonarnych w zakładach opieki czysto-leczniczych i pielęgniarsko-opiekuńczych (w szczególności psychiatrycznych).	Uwaga nieuwzględniona. Pakiet onkologiczny jest realizowany w ramach zakresów podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa szpitalnego, które są właściwe ze względu na rozpoznawanie symptomów choroby nowotworowej, jej diagnostykę oraz leczenie.
53.	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Proponowany wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego nie zawiera informacji o lekarzu wystawiającym kartę DILO. Pacjent ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty DILO, która dotychczas stanowiła jednocześnie skierowanie do diagnostyki (pracownia diagnostyczna, poradnia specjalistyczna, oddziały opieki stacjonarnej). Jedną z niezbędnych informacji gromadzonych na podstawie skierowania jest nazwisko i imię lekarza wystawiającego. W przypadku braku takiej informacji na najnowszej wersji karty DILO, nie będzie mogła ona zastąpić skierowania wystawionego przez lekarza udzielającego świadcze. Czy w takiej sytuacji pacjent będzie przyjmowany „bez skierowania”? Mając na uwadze powyższe wydaje się, iż w treści proponowanych zapisów brakuje doprecyzowania w tej kwestii. Ponadto, w związku z proponowaną likwidacją zespołu stanowiącego aktualnie skład Konsylium, w treści karty DILO brakuje informacji szczegółowej o osobie lub osobach decydujących o dalszym planie leczenia pacjenta oraz jak dokumentować ten plan leczenia. Dotychczas w treści karty zaznaczało się terminy i miejsca przyjęcia/rozpoczęcia leczenia i był to sposób kontroli nad obrotami czasu do następných etapów.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach diagnostyka onkologiczna i leczenie onkologiczne na podstawie karty DILO odbywa się bez skierowania. W pozostałym zakresie uwaga nie dotyczy konsultowanego aktu prawnego.
54.	Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Negatywnie opiniujemy proponowane zmiany w zakresie zapisu art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zapewniającego bezpłatnie diagnostykę i leczenie dla onkologicznego na poziomie ustawy m. Zmiana ta daje Prezesowi swobodę do wprowadzania/niewprowadzania limitów w onkologii, co z uwagi na brak jednoznacznych informacji dot. dalszego funkcjonowania płatnika jest nie do zaakceptowania. Należy pamiętać, że w przypadku problemów finansowych w NFZ obecny zapis zabezpiecza placówki onkologiczne przed zagrożeniem braku finansowania świadcze przez Fundusz, jak to ma obecnie miejsce, nawet w przypadku świadcze oznaczonych w Zarządzeniach Prezesa NFZ jako nielimitowane.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano z usunięcia przedmiotowego zapisu.
55.	Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Negatywnie opiniujemy proponowane zmiany w zakresie odwołania się od Minimalnego Wskaźnika Rozpoznawania Nowotworów 1/15 dla lekarzy POZ. W celu poprawy zasadności wydawanych kart wskaźnik ten należy obniżyć do 1/5, tak jak w krajach Europy Zachodniej, a rozważyć premiowanie (np. finansowe) osiągnięcia wysokich wskaźników przez lekarzy POZ. Powyższe wynika z faktu, iż z analizy ilości wydawanych kart DILO wynika, iż tylko około 3-5% kart wydanych w POZ trafia na konsylium, a brak wskaźnika, przy dodatkowym finansowaniu samego wydania karty DILO pacjentowi będzie prowadziło do bezzasadnego wydawania kart pacjentom niewymagającym diagnostyki i leczenia przeciwnowotworowego.	Uwaga nieuwzględniona. Obawy związane z nadmiernym wystawianiem pacjentom kart DILO przez lekarzy podstawowej opieki medycznej okazały się



			nieuzasadnione. Tylko 3 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w skali całego kraju spełniło warunki niezbędne do obliczenia wskaźnika określonego w § 13 ust. 5 zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna tj. wydało więcej niż 30 kart DILO pacjentom, u których wykonano diagnostykę onkologiczną. Mając powyższe na uwadze, a także możliwe obawy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej związane z obliczaniem wskaźnika rozpoznawania nowotworów, Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się z niego zrezygnować.
56.	Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych	Negatywnie opiniujemy proponowane zmiany usunięcia bardzo ważnego elementu, jakim jest ocena kompletności wykonanej diagnostyki, zarówno wstępnej, jak i pogłębionej. Powinien być stworzony mechanizm raportowania nieprawidłowo przeprowadzonej diagnostyki, tak aby NFZ mógł wyciągać z bazy AP-DILO te placówki, których diagnostyka jest najczęściej oceniana negatywnie przez ośrodki leczenia. Pozwoliłoby to na poprawę jakości diagnostyki oraz ew. sankcje wobec placówek oszczędzających na diagnostyce pacjentów onkologicznych.	Uwaga uwzględniona. Ocena jakości diagnostyki onkologicznej pozostanie elementem karty DILO.
57.	Generalny Inspektor Danych Osobowych	We wzorze karty diagnostyki i leczenia onkologicznego brakuje załącznikiem do projektu rozporządzenia w sprawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w polu GC projektodawca wskazuje na obowiązek wypełnienia pól G7 do G10 przez wpisanie nazwiska, imienia, numeru telefonu i e-mail koordynatora, którego definicję określa w „Objaśnieniach”, w pkt 4 do objaśnianych sekcji dotyczących „Rozpoczęcia leczenia onkologicznego”. Przedmiotowa definicja odsyła w swojej treści do § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.), którego projekt zmian również został przedstawiony do zaopiniowania Generalnemu Inspektorowi. GIODO wskazuje, że w katalogu zawierającym wskazanie osób fizycznych i zakresu ich danych osobowych określonym w – nowelizowanym przez art. 1	Uwaga uwzględniona.

		<p>pkt 4 projektu ustawy – ust. 4 art. 32 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwan dalej ustaw , nie znajduj si dane koordynatora. Zgodnie z § 115 rozporz dzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283), zwanym dalej ZTP, w rozporz dzeniu zamieszcza si tylko przepisy reguluj ce sprawy przekazane do unormowania w przepisie upowa niaj cym (upowa nieniu ustawowym). Zatem Generalny Inspektor wskazuje, e nie ma aktualnie podstawy prawnej do zamieszczenia we wzorze karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, b d cej zał cznikiem do projektu rozporz dzenia w sprawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, danych osobowych koordynatora. Zatem GIO DO sugeruje uzupełnienie – w projektowanym ust. 4 art. 32 b ustawy – katalogu podmiotów i danych tych podmiotów przez dodanie koordynatora, wraz z enumeratywnie wymienionym katalogiem danych osobowych go dotycz cych.</p> <p>Niezale nie od powy szego, Generalny Inspektor wskazuje, e wszelkie informacje dotycz ce danych takich osób, inne ni imi i nazwisko i zwi zane z jej obowi zkami słu bowymi lub zawodowymi, powinny by opatrzone przymiotnikiem „słu bowy”, tak aby unikn mo liwo ci podawania ich prywatnego telefonu czy adresu e-mail.</p>	
58.	Zarz d Województwa Opolskiego	<p>W tpliwo ci budzi uchylenie przepisu art. 136 ust. 2 u.s.o.z., zapewniaj cego bezlimitowo diagnostyki i leczenia onkologicznego na poziomie ustawy. Istnieje ryzyko, i wprowadzenie tej zmiany spowoduje nadmiern swobod decyzyjn Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzania/niewprowadzania limitów w onkologii. Nie sposób pomin faktu, e w przypadku problemów finansowych w NFZ obecny przepis ustawy zabezpiecza placówki onkologiczne przed zagro eniem braku finansowania wiadcze przez NFZ, równie w przypadku wiadcze oznaczonych w Zarz dzeniach Prezesa NFZ jako nielimitowane.</p>	Uwaga uwzgl dniona. Zrezygnowano z usuni cia przedmiotowego zapisu.
<b>Uwagi dotycz ce OSR</b>			
brak			

Uwagi Urz du Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, Urz du Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego oraz Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy Sp. z o.o. z siedzib w Wejherowie zostały przekazane za po rednictwem Komisji Wspólnej Rz du i Samorz du Terytorialnego, do której przedmiotowy projekt został skierowany w ramach opiniowania.

W procesie konsultacji zgłoszono równie szereg uwag do projektów aktów wykonawczych modyfikuj cych tzw. pakiet onkologiczny, które zostały przekazane w charakterze materiału pogl dowego. Uwagi te b d w miar mo liwo ci uwzgl dniane na dalszym etapie prac legislacyjnych nad tymi aktami. W szczególno ci szereg uwag dotyczył planowanego zniesienia obowi zku organizacji posiedze wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Wychodz c naprzeciw postulatom rodowiska medycznego oraz organizacji pacjentów zdecydowano si na jego utrzymanie, z mo liwo ci odst pienia w uzasadnionych przypadkach po przedstawieniu pisemnego uzasadnienia. Decyzja taka musiała zosta podj ta na etapie prac nad nowelizacj ustawy, poniewa ,

zgodnie ze stanowiskiem Rzadowego Centrum Legislacji, ustawa powinna określa wszystkie elementy znajdujące się w karcie DILO, w tym w zakresie dotyczącym planu leczenia onkologicznego ustalanego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. W wyniku konsultacji zdecydowano również o pozostawieniu w karcie DILO informacji dotyczącej oceny jakości diagnostyki onkologicznej.

**ROZPORZ Z NI  
MINISTRA Z ROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**zmieniaj ce rozporz dzenie w sprawie wiadcze gwarantowanych z zakresu  
ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) zarz dza si , co nast puje nast puje

**§ 1.** W rozporz dzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie wiadcze gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357) w § 6a uchyla si pkt 2.

**§ 2.** Rozporz dzenie wchodzi w ycie z dniem 1 marca 2017 r.

**MINISTER ZDROWIA**

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rz dowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporz dzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

## UZASADNIENIE

Przedmiotowe rozporządzenie zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357), realizujące upoważnienia ustawowe zawarte w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

W przedmiotowym projekcie usunięto przepis zobowiązujący świadczeniodawców realizujących diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne do stosowania standardów, wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, z uwagi na wprowadzone w ustawie upoważnienie dla Ministra Zdrowia do ogłaszania w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w poszczególnych dziedzinach medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia bądź zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszającymi specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Na podstawie zaleceń w obszarze onkologii Minister Zdrowia będzie opracowywał mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, które świadczeniodawcy mogą wykorzystywać do obliczania corocznie wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, na podstawie danych z raportów statystycznych.

Przedmiot projektowanej regulacji nie podlega notyfikacji, gdyż projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</p> <p><b>Ministerstwo właściwe i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Beata Rorant – Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, (22) 63 49 277, b.rorant@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 8.11.2016 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</b> <b>MZ 422</b></p>
---	--

## OC NA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Stosowanie przepisów rozporządzenia do przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu nadanym przez ustawę z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z. U. poz. ...).

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W przedmiotowym projekcie usunięto przepis zobowiązujący świadczeniodawców realizujących diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne do stosowania standardów, wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, z uwagi na wprowadzone w ustawie upoważnienie dla Ministra Zdrowia do ogłaszania w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, w poszczególnych dziedzinach medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia bądź zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeczając specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Na podstawie zaleceń w obszarze onkologii Minister Zdrowia będzie opracowywał mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, które świadczeniodawcy mogą wykorzystywać do obliczania corocznie wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie danych z raportów statystycznych.

### 3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności w krajach członkowskich UE?

Brak informacji

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
wiadczeniodawcy, którzy udzielają ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych z zakresu diagnostyki onkologicznej	4.806 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Neutralne

### 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Termin planowanych konsultacji publicznych został określony na 30 dni.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty: Unię Metropolii Polskich, Związek gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Związek Rzemiosła Polskiego, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz będzie konsultowany z:

- 1) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny
- 2) samorządami zawodowymi (Naczelni Rad Lekarski, Naczelni Rad Aptekarski, Naczelni Rad Pielgniarek i Położnych, Krajowi Radcy Diagnostów Laboratoryjnych)
- 3) związkami zawodowymi oraz stowarzyszeniami reprezentującymi zawody medyczne (tj. Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych,



<b>ochody ogółem</b>													
bud et pa stwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
<b>Wydatki ogółem</b>													
bud et pa stwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
<b>Saldo ogółem</b>													
bud et pa stwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

ródła finansowania	Projektowana regulacja nie b dzie miała wpływu na bud et pa stwa i bud ety jednostek samorz du terytorialnego oraz bud et Narodowego unduszu Zdrowia.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie ródeł danych i przyj tych do oblicze zało e	

**7. Wpływ na konkurencyjno gospodarki i przedsi biorczo , w tym funkcjonowanie przedsi biorców oraz na rodzin , obywateli i gospodarstwa domowe**

		Skutki							
Czas w latach od wej cia w ycie zmian		0	1	2	3	5	10	Ł cznie (0–10)	
W uj ciu pieni nym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	du e przedsi biorstwa								
	sektor mikro-, małych i rednich przedsi biorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
W uj ciu niepieni nym	du e przedsi biorstwa								
	sektor mikro-, małych i rednich przedsi biorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
Niemierzalne									

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie ródeł danych i przyj tych do oblicze zało e	Projektowane regulacje nie b d miały wpływu na konkurencyjno gospodarki i przedsi biorczo .
---	---

**8. Zmiana obci e regulacyjnych (w tym obowi zków informacyjnych) wynikaj cych z projektu**

X nie dotyczy	
Wprowadzane s obci enia poza bezwzgl dnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodno ci).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy



<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:

### 9. Wpływ na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia pozostaną bez wpływu na rynek pracy.

### 10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja
--	--	---

Omówienie wpływu	
------------------	--

### 11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przepisy rozporządzenia wejdą w życie z dniem 1 marca 2017 r.

### 12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie przewiduje się ewaluacji efektów projektu.

### 13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.

**ROZPORZ Z NI  
MINISTRA Z DROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**zmieniaj ce rozporz dzenie w sprawie wiadcze gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego**

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych ( z. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) zarz dza si , co nast puje

**§ 1.** W rozporz dzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie wiadcze gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, 855 i 918) wprowadza si nast puj ce zmiany

1) w § 4a ust. 1 otrzymuje brzmienie

„1. wiadczeniodawca udziela j cy wiadcze gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizuj cy leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy, oraz na warunkach okre lonych w zał czniku nr 3 i lp. 35 zał cznika nr 4 do rozporz dzenia, pełni cy rol o rodka wiod cego, powinien spełnia nast puj ce warunki

1) posiada procedur post powania i organizacji udzielania wiadcze zapewniaj c  
a) wyodr bnienie planuj cego i koordynuj cego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w przypadku

leczenia dzieci, składaj cego si co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie:

onkologii i hematologii dzieci cej,  
radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,  
chirurgii dzieci cej albo w przypadku chirurgii szcz kowo-twarzowej – chirurgii szcz kowo-twarzowej lub chirurgii

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rz dowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporz dzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

stomatologicznej, albo w przypadku otorynolaryngologii – otolaryngologii dzieci cej lub otorynolaryngologii dzieci cej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej,

leczenia dorosłych, składaj cego si co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie:

onkologii klinicznej,

radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,

chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu,

rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej,

leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego, składaj cego si co najmniej z 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie

onkologii i hematologii dzieci cej – w przypadku leczenia dzieci, hematologii lub onkologii klinicznej, lub 1 specjalisty hematologii i 1 specjalisty onkologii klinicznej – w przypadku leczenia dorosłych,

- b) okre lenie sposobu post powania terapeutycznego przez zespół, o którym mowa w lit. a, i podj cie leczenia w terminie nie dłu szym ni 14 dni od dnia umieszczenia wiadczeniobiorcy na li cie oczekuj cych na udzielenie wiadczenia, a w przypadkach, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest mo liwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz okre lenie sposobu post powania terapeutycznego przez zespół, o którym mowa w lit. a, w terminie nie dłu szym ni 28 dni od dnia umieszczenia wiadczeniobiorcy na li cie oczekuj cych na udzielenie wiadczenia,
- c) wyznaczenie koordynatora leczenia onkologicznego, po okre leniu sposobu post powania terapeutycznego przez zespół, o którym mowa w lit. a, do którego zada nale y udzielanie wiadczeniobiorcy informacji o organizacji

procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad wiadczeniobiorcami

- 2) zapewni zaplanowanie leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa w pkt 1 lit. a, w przypadkach uzasadnionych medycznie odstąpienie od określenia sposobu postępowania terapeutycznego przez zespół powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej;
  - 3) zapewnia udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie wiadczeniobiorców
    - a) osoby prowadzącej fizjoterapię,
    - b) psychologa lub psychoonkologa;
  - 4) zapewnia w lokalizacji
    - a) w przypadku leczenia dzieci – oddział o profilu onkologia i hematologia dzieci ca lub chirurgia onkologiczna dzieci ca, lub chirurgia onkologiczna, lub onkologia i hematologia dzieci ca oraz chirurgia dzieci ca, lub onkologia kliniczna oraz chirurgia dzieci ca, lub chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci, lub otorynolaryngologia dla dzieci,
    - b) w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego – oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddział o profilu zabiegowym,
    - c) w przypadku nowotworów układu chłonnego – oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna lub dermatologia i wenerologia oraz oddział o profilu zabiegowym,
    - d) w pozostałych przypadkach – oddział o profilu zabiegowym
  - 5) zapewnia udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń
    - a) chemioterapii oraz
    - b) radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym.”
- 2) w załączniku nr 4 dodaje się lp. 35 w brzmieniu

35.	Diagnostyka, leczenie i monitorowanie w ramach szybkiej terapii onkologicznej	Wymagania formalne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) oddziały szpitalne o profilach               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) onkologia kliniczna,</li> <li>b) chirurgia onkologiczna,</li> <li>c) radioterapia lub brachyterapia;</li> </ol> </li> <li>2) poradnia onkologiczna oraz zapewnienie co najmniej dost pu do poradni wła ciwej dla danego rodzaju nowotworu.</li> </ol>
		Zapewnienie realizacji bada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) USG,</li> <li>2) RTG,</li> <li>3) TK,</li> <li>4) RM,               <ul style="list-style-type: none"> <li>- w lokalizacji,</li> </ul> </li> <li>5) patomorfologicznych,</li> <li>6) cytofluorometrycznych,</li> <li>7) cytogenetycznych,</li> <li>8) bakteriologicznych,</li> <li>9) wirusologicznych,</li> <li>10) mykologicznych,</li> <li>11) immunohistochemicznych,</li> <li>12) molekularnych               <ul style="list-style-type: none"> <li>- obejmuj cej co najmniej pobranie materiału w lokalizacji,</li> </ul> </li> <li>13) mammograficznych,</li> <li>14) scyntygraficznych,</li> <li>15) RM z opcj fuzji z TK z wykorzystaniem do planowania radioterapii,</li> <li>16) P T w kompilacji z TK z opcj wykorzystania do planowania radioterapii</li> </ol> <p>- dost p.</p>
		Pozostałe wymagania	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) zakład patomorfologii – w lokalizacji,</li> <li>2) dost p               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pracownia lub zakład medycyny nuklearnej,</li> <li>b) <u>pracownia lub zakład radioterapii,</u></li> <li>c) <u>pracownia lub zakład brachyterapii,</u></li> <li>d) oddział rehabilitacyjny lub zakład rehabilitacji leczniczej;</li> </ol> </li> <li>3) udokumentowane zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) chirurgii ogólnej,</li> <li>b) chirurgii klatki piersiowej,</li> <li>c) chirurgii szcz kowo-twarzowej,</li> <li>d) poło nictwa i ginekologii lub</li> </ol> </li> </ol>

			<p>ginekologii onkologicznej,</p> <p>e) neurochirurgii,</p> <p>f) neurologii,</p> <p>g) chorób płuc,</p> <p>h) endokrynologii,</p> <p>i) gastroenterologii,</p> <p>j) hematologii,</p> <p>k) laryngologii,</p> <p>l) kardiologii,</p> <p>m) urologii,</p> <p>n) nefrologii,</p> <p>o) okulistyki,</p> <p>p) chirurgii plastycznej;</p> <p>4) zapewnienie wielodyscyplinarnego planowania leczenia onkologicznego z udziałem specjalistów w dziedzinie</p> <p>a) onkologii klinicznej,</p> <p>b) radioterapii lub radioterapii onkologicznej,</p> <p>c) chirurgii onkologicznej,</p> <p>d) patomorfologii;</p> <p>5) zapewnienie dostępu do</p> <p>a) poradni leczenia bólu lub medycyny paliatywnej,</p> <p>b) poradni rehabilitacyjnej,</p> <p>c) poradni genetycznej;</p> <p>6) zapewnienie dostępu do pracowni lub punktu wykonującego wyroby medyczne, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 42 ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 i 1918 oraz z 2016 r. poz. 542, 1228 i 1579), umożliwiającego pobranie miary, wykonanie, dopasowanie i założenie wyrobu;</p> <p>7) obowiązek dokonywania okresowej (co najmniej dwa razy w roku) analizy zdarzeń nieplanowanych, w tym co najmniej przyczyn zgonów, wydłużenia czasu hospitalizacji oraz powikłań i przekazywania informacji w tym zakresie konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie onkologii klinicznej;</p> <p>8) obowiązek dokonywania corocznie</p>
--	--	--	---

			(z jawn publikacj danych) oceny powikła wczesnych i pó nych oraz prze y wolnych od choroby, prze y całkowitych i prze y wolnych od progresji choroby 1-, 3-, 5- letnich; 9) zapewnienie kontynuacji leczenia i opieki w warunkach ambulatoryjnych; 10) wiadczenie obejmuje porad kontroln po zako czeniu leczenia, nie rzadziej ni 1 porad w roku w okresie 5 lat.
--	--	--	--

§ 2. wiadczeniodawcy realizuj cy leczenie onkologiczne w dniu 1 stycznia 2015 r., posiadaj cy umow o udzielanie wiadcze opieki zdrowotnej, niespełniaj cy w dniu wej cia w ycie rozporz dzenia wymaga okre lonych w § 4a ust. 1 pkt 5 rozporz dzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporz dzeniem, s obowi zani do udokumentowania współpracy ze wiadczeniodawcami realizuj cymi wiadczenia chemioterapii i radioterapii onkologicznej, w terminie nie dłu szym ni do dnia 30 czerwca 2017 r.

§ 3. Rozporz dzenie wchodzi w ycie z dniem 1 marca 2017 r.

**MINIST R Z ROWIA**

## UZASADNIENIE

**Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego stanowi wykonanie uprawnień ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860), zwanego dalej „ustawą”.**

**Projekt rozporządzenia wprowadzający zmiany do rozporządzenia i załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694 z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”.**

**Zmiany dotyczą warunków realizacji leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ustawy, w szczególności dotyczą organizacji udzielania świadczeń. Na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie dermatologii i wenerologii, w przypadku nowotworów układu chłonnego wprowadzono alternatywnie do udzielania świadczeń w oddziale o profilu dermatologia i wenerologia.**

**W przedmiotowym projekcie usunięto przepis dotyczący świadczeń onkologicznych realizowanych w diagnostyce onkologicznej i leczeniu onkologicznym stosowania standardów wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych z uwagą na wprowadzone w ustawie uprawnień dla Ministra Zdrowia do ogłaszania w drodze obwieszczenia wytycznych lub zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w poszczególnych dziedzinach medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszającymi specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Na podstawie wytycznych lub zaleceń w obszarze onkologii Minister Zdrowia opracowywać będzie normy dotyczące prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, które świadczeniodawcy będą wykorzystywać do udzielania oraznie wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie danych z raportów statystycznych.**

**W projektowanym rozporządzeniu w załączniku nr 4 w lp 35 określono również warunki realizacji świadczenia Diagnostyką i leczeniem onkologicznym w ramach szybkiej terapii onkologicznej, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń oraz kompleksowego podejścia do świadczeniobiorcy z rozpoznaniem onkologicznym.**



**Jednocześnie zawiadomienie o zapewnieniu kontynuacji leczenia i opieki w warunkach ambulatoryjnych oraz o możliwościach leczenia przez okres 5 lat. Przedmiotowe warunki stanowią ce wyznacznik dodatkowy, nie ujemnie wpływają na realizację pakietu onkologicznego na dotychczasowych zasadach.**

**W sprawie do projektu przekazanego do uzgodnień i konsultacji publicznych na wniosek rodzinną przywrócić do życia wyodrębnienie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, plany opieki koordynującej proces leczenia**

**Zmiany wprowadzone projektem rozporządzeniem mają przede wszystkim charakter doprecyzujący i nie powodują zmiany zakresu świadczeń gwarantowanych w sprawie do tego, który do czasu obecnym stanie prawnym. Z tego względu do wydatków rozporządzenia nie wymaga rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.**

**Planowane jest więc odwołanie przepisów rozporządzenia z dnia 1 marca 2017 r. Przy czym rozważa się to bez wpływu na warunki realizacji świadczeń określonych w zawartych umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących jednostronnie elastycznego kształtowania organizacji opieki onkologicznej uwzględniając specyfikę udzielanych świadczeń.**

**Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze 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. poz. 2089) oraz z 2004 r. poz. 597).**

**Przedmiot projektu regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.**

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt rozporz dzenia Ministra Zdrowia zmieniaj cego rozporz dzenie w sprawie wiadcze gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego</p> <p><b>Ministerstwo wiod ce i ministerstwa współpracuj ce</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Piotr Warczy ski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Beata Rorant – Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, (22) 63 49 277, b.rorant@mz.gov.pl</p>	<p><b>ata sporz dzenia:</b> 8.11.2016 r.</p> <p><b>ródło:</b> Art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z pó n. zm.).</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</b> <b>MZ 423</b></p>
--	---

## OC NA SKUTKÓW R GULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwi zywany?

Niedostateczna elastyczno regulacji dotycz cych wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, planuj cego i koordynuj cego proces leczenia zgłaszana przez rodowisko ekspercie oraz wiadczeniodawców udzielaj cych wiadcze gwarantowanych realizuj cych leczenie onkologiczne.

Brak mo liwo ci udzielania wiadcze w oddziale o profilu dermatologia i wenerologia – w przypadku nowotworów układu chłonnego.

Okre lono warunki realizacji wiadczenia iagnostyka i leczenie w ramach szybkiej terapii onkologicznej, w celu zapewnienia odpowiedniej jako ci udzielanych wiadcze oraz kompleksowego podej cia do wiadczeniobiorcy z rozpoznaniem onkologicznym.

### 2. Rekomendowane rozwi zanie, w tym planowane narz dzia interwencji, i oczekiwany efekt

W przypadku leczenia onkologicznego umo liwiono wiadczeniodawcom w przypadkach uzasadnionych medycznie odst pienie od planowania leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, przy jednoczesnym zobligowaniu do umieszczenia adnotacji w dokumentacji medycznej.

W przypadku nowotworów układu chłonnego wprowadzono alternatywnie mo liwo udzielania wiadcze w oddziale o profilu dermatologia i wenerologia.

Okre lono równie warunki realizacji wiadczenia iagnostyka i leczenie w ramach szybkiej terapii onkologicznej, w celu zapewnienia odpowiedniej jako ci udzielanych wiadcze oraz kompleksowego podej cia do wiadczeniobiorcy z rozpoznaniem onkologicznym. Jednocze nie zobowi zano wiadczeniodawców do zapewnienia kontynuacji leczenia i opieki w warunkach ambulatoryjnych.

### 3. Jak problem został rozwi zany w innych krajach, w szczególno ci krajach członkowskich O C /U ?

Rozwi zania przyj te w innych krajach pozostaj bez wpływu na projektowane rozporz dzenie.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielko	ródło danych	Oddziaływanie
Pacjenci korzystaj cy ze szpitalnych wiadcze specjalistycznych z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego	ok. 800 tys.	NFZ	Nieograniczony dost p do leczenia onkologicznego. Zapewnienie kompleksowej i szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz koordynacji leczenia onkologicznego
wiadczeniodawcy realizuj cy wiadczenia onkologiczne	ok. 320	RPWDL	Rezygnacja z zapewnienia wielodyscyplinarnego planowania leczenia onkologicznego z udziałem specjalistów z ró nych dziedzin medycyny

## 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Termin planowanych konsultacji publicznych został określony na 30 dni.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty: Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Związek Rzemiosła Polskiego, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz będzie konsultowany z:

- 1) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- 2) samorządami zawodowymi (Naczelni Rad Lekarski, Naczelni Rad Aptekarski, Naczelni Rad Pielęgniarek i Położnych, Krajowi Rad Diagnostów Laboratoryjnych);
- 3) związkami zawodowymi oraz stowarzyszeniami reprezentującymi zawody medyczne (tj. Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy Radiologów, Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Techników Medycznych Lektorradiologii, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związkiem Zawodowym Farmaceutów, Związkiem Zawodowym Anestezjologów, Związkiem Zawodowym Chirurgów Polskich, Związkiem Zawodowym Neonatologów, Związkiem Zawodowym Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pracowników Fizjoterapii, Krajowym Związkiem Zawodowym Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej);
- 4) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (tj. Uni Szpitali Klinicznych, Stowarzyszeniem Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszeniem Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszeniem Primum Non Nocere; Stowarzyszeniem Unia Uzdrawisk Polskich, Federacją Pacjentów Polskich, Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Fundacją Batorego, Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych);
- 5) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Urologicznym, Polskim Towarzystwem Onkologicznym, Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Onkologii i Hematologii dziecięcej, Polskim Towarzystwem Ginekologii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Psychoonkologicznym, Polskim Towarzystwem Radioterapii Onkologicznej, Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek Onkologicznych);
- 6) instytucjami badawczymi (tj.: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytutem Geriatrii i Chorób Płuc w Warszawie, Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytutem Wyżnic i Wyżnienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie);
- 7) organizacjami pracodawców (tj. Związkiem Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Łodzi, Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Wielkopolskim Związkiem Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców Konfederacji Pracodawców Polskich, Polską Konfederacją Pracodawców Prywatnych, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Związkiem Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Łódzkim Związkiem Pracodawców, Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszeniem Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolską Konfederacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia);
- 8) Komisją Wspólnego Rządu i Samorządu Terytorialnego, Radą Ziemstwa Publicznego oraz Radą Dialogu

Spolecznego.

Ponadto projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.) oraz Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006).

Wyniki konsultacji publicznych zostaną omówione po ich zakończeniu w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

## 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łcznie (0-10)	
<b>ochody ogółem</b>													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
<b>Wydatki ogółem</b>													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
<b>Saldo ogółem</b>													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
różła finansowania	Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia, który w planie finansowym wyodrębnia pozycję kosztów B2.3 <i>leczenie szpitalne</i> . Skutki finansowe projektowanej regulacji zostaną sfinansowane w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2016 i lata następne.  Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydatki będą wykonywane w ramach zasobów posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie różel danych i przyjętych do obliczeń założeń													

## 7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodziny, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łcznie (0-10)	
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie ródeł danych i przyj tych do oblicze zało e	Projektowana regulacja nie b dzie miała wpływu na konkurencyjno gospodarki i przedsi biorczo .	
<b>8. Zmiana obci e regulacyjnych (w tym obowi zków informacyjnych) wynikaj cych z projektu</b>		
X nie dotyczy		
Wprowadzane s obci enia poza bezwzgl dnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodno ci).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwi kszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwi kszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłu enie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obci enia s przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz: Brak.		
<b>9. Wpływ na rynek pracy</b>		
Regulacje zaproponowane w projekcie rozporz dzenia pozostan bez wpływu na rynek pracy.		
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary</b>		
<input type="checkbox"/> rodowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie pa stwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	<p>Projektowane rozporz dzenie wprowadza rozwi zania, które wpłyn pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewniaj c dost pno i utrzymuj c odpowiedni jako wiadcze .</p> <p>Ponadto zaproponowane rozwi zania wpłyn na popraw dost pu do wiadcze z zakresu leczenia onkologicznego poprzez poprawienie koordynacji ich udzielania.</p>	
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>		
Planowane jest stosowanie przepisów rozporz dzenia od dnia 1 marca 2017 r.		
<b>12. W jaki sposób i kiedy nast pi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostan zastosowane?</b>		
<p>Ewaluacja planowana jest po dwóch latach. Mierniki zastosowane dla cz ci onkologicznej to:</p> <p>liczba wiadczeniodawców udzielaj cych wiadcze opieki zdrowotnej zwi zanych z kart diagnostyki i leczenia onkologicznego,</p> <p>odsetek pacjentów, którzy rozpocz li leczenie terminowo.</p>		
<b>13. Zał czniki (istotne dokumenty ródlowe, badania, analizy itp.)</b>		
Brak.		

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

**w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego**

Na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o **wiadzeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) **zaz. dziaśi , coraśt pje**

**§ 1. Wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego określa załącznik do rozporządzenia**

**§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie dniem 1 marca 2017 r.<sup>2)</sup>**

**MINISTER ZDROWIA**

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej w dziedzinie zdrowia, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627), które traci moc z dniem wejścia w życie ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. ...).

## WZÓR



## KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, a wydrukowana jest dwustronnie.

### IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie i powielany na odwrocie karty)	(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego powielany na odwrocie karty)
--	--

### AA. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A1. Data sporządzenia	A2. Wydana w: podstawowej opiece zdrowotnej      ambulatoryjnej opiece specjalistycznej / profilaktycznych programach zdrowotnych szpitalu
A1. Data decyzji o założeniu karty	

### AB. ŚWIADCZENIODAWCA WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A1. Nazwa władze wydawcy
A1. Adres władze wydawcy

### AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

#### AC.1. DANE PACJENTA

A6. Nazwisko	A7. Imię i nazwisko
A8. Numer PESELa i rodzaj urodzenia i potwierdzenie tego statusu	
A9. Wystawiono noworodkowi	
A10. Numer kolejny noworodka	A11. Data urodzenia
A12. Płeć	
A13. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
A14. Numer telefonu	A15. Adres poczty elektronicznej

#### AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

A16. Nazwisko	A17. Imię i nazwisko
A18. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	

### AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A19. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w przypadku noworodka – jednego z rodziców/ opiekunów prawnego
--

### BA. DIAGNOSTYKA PODSTAWOWA

#### BA.1. PODEJRZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

B1. Kod jednostki chorobowej	B2. Nazwa jednostki chorobowej
------------------------------	--------------------------------

#### BB. DALSZE POSTĘPOWANIE

B3. Dalsze postępowanie: Skierowanie na diagnostykę wstępną do lekarza specjalisty w zakresie: _____ Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do lekarza specjalisty w zakresie: _____ Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale: _____
--

#### BC. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI PODSTAWOWEJ

B4. Podpis i pieczęć lekarza, który wydał kartę	B5. Pieczęć władze wydawcy, u którego wydana została karta
---	--

### CA. DIAGNOSTYKA WSTĘPNA

#### CA.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ

C1. Data wypisu z listy oczekujących i udzielenia władze opieki zdrowotnej	C2. Data pierwszej porady specjalistycznej zwiastującej diagnostykę wstępną
--	---

#### CB. WYNIK DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ

C3. Kod jednostki chorobowej	C4. Nazwa jednostki chorobowej
C5. Data porady i rozpoznania	

#### CC. DALSZE POSTĘPOWANIE

C6. Dalsze postępowanie: diagnostyka pogłębiona u lekarza tej samej specjalizacji: _____ diagnostyka pogłębiona u lekarza innej specjalizacji: _____ zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale: _____ zakładka karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
--

#### CD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ

C7. Podpis i pieczęć lekarza, który zakończył etap diagnostyki wstępnej	C8. Pieczęć władze wydawcy, u którego przeprowadzono diagnostykę wstępną
---	--

**DA. DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA****DA.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ**

D. Data wpisu a list oczekuj cych audziele ie wiadze ia opieki zdrowotnej

D. Data pierwszej porady specjalistycz ej zwi za ej z diag ostyk pogf io

**DB. WYNIK DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ**

D3. Kod jednostki chorobowej

D4. Nazwa jednostki chorobowej

D5. Stopie zaawa sowa iakli icz ego

D6. Data porady ko cz oej etap diag ostyki pogf io ej

**DC. DALSZE POSTĘPOWANIE**

D. Dalsze post powa ie

ustalenie planu leczenia onkologicznego

za k i de karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

**DD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ**

D. Podpis i piecz lekarza, który zako czył etap diag ostyki pogf io ej

D. Piecz wiadze iodawcy, u którego przeprowadzo o diag ostyk pogf io

**EA. WYDANIE KARTY W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO / WYNIK ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO**E1. Wydanie karty z powodu zmiany wiadze iodawcy NIE TAK  
przeleza ie do i ego wiadze iodawcy przy cie od i ego wiadze iodawcy

E2. Data wpisu a list oczekuj cych audziele ie wiadze ia opieki zdrowotnej

E3. Data zabiegu diagnostyczno-leczniczego

**EB. ROZPOZNANIE**

E4. Kod jednostki chorobowej

E5. Nazwa jednostki chorobowej

E6. Stopie zaawa sowa iakli icz ego

**EC. DALSZE POSTĘPOWANIE**

E7. Dalsze post powa ie

ustalenie planu leczenia onkologicznego za k i de karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

**ED. POTWIERDZENIE WYSTAWIENIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO/ POTWIERDZENIE WYNIKU ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO**

E8. Podpis i piecz lekarza prowadz ce go

E9. Piecz wiadze iodawcy, u którego postawio o rozpoznanie

**FA. USTALENIE PLANU LECZENIA**

F1. Informacja o organizacji konsylium zorganizowano odst pio o

F2. Data wpisu a list oczekuj cych audziele ie wiadze ia opieki zdrowot ej

F3. Data posiedzenia konsylium/ustalenia planu leczenia

F4. Nazwa i adresu piecz wiadze iodawcy

F5. Kod jednostki chorobowej

F6. Nazwa jednostki chorobowej

F7. Stopie zaawa sowa iakli icz ego

F8. Oce ajako ci diag ostyki o kologicz ej

Diag ostyka wst p a Diag ostyka pogf io a  
pel a niekompletna pel a niekompletna**FB. DANE LEKARZY OBOWIĄZKOWO UCZESTNICZĄCYCH W KONSyliUM**

F9. I i , awisko, numer prawa wykonywania zawodu

F10. I i , awisko, numer prawa wykonywania zawodu

F11. I i , awisko, numer prawa wykonywania zawodu

F12. I i , awisko, numer prawa wykonywania zawodu

**FC. ODSTĄPIENIE OD ORGANIZACJI KONSyliUM**

F13. Uzasad ie ie odst pie ia od orga izacji ko syliu

**FD. KOORDYNATOR**

F14. Nazwisko

F15. I i

F16. Numer telefonu stu owy

F17. Adres poczty elektronicznej stu owy

**FE. PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO**

F18. Plan leczenia onkologicznego

**FF. DALSZE POSTĘPOWANIE**

F19. Dalsze post powa ia

posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wymaga leczenia onkologicznego

posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego nie wymaga leczenia onkologicznego

**HA. PODSUMOWANIE LECZENIA**

H1. Data rozpocz cie leczenia onkologicz ego – realizacja planu

H2. Zalecenia

H3. Data zako cze ia leczenia onkologicz ego – za k i de karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

H4. Podpis i piecz lekarza prowadz ce go

**HB. INFORMACJE O LEKARZU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

H5. Nazwisko

H6. I i (imiona)

H7. Nazwa i adres iejsca udziela ia wiadze podstawowej opieki zdrowot ej



**Objaśnienia:**

**Wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego**

- Karta diag ostyki i lecze ia o kologicz ego o e zоста wyda aprzez**
  - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwaego dalej „nowotwore złośliwy”, lub stwierdził nowotwór złośliwy,
  - lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub stwierdził nowotwór złośliwy,
  - lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, który stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub stwierdził nowotwór złośliwy,
  - lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy lub w o e die przyjął do szpitala pacjenta, u którego stwierdzono nowotwór złośliwy.
- Karta diag ostyki i lecze ia o kologicz ego o e zоста po owie wyda a pacje towi w przypadku nawrotu choroby wyagajcego po owego leczenia lub ustalenia rozpoznania drugiego nowotworu.
- Unikalny numer identyfikacyjny karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, powielany a ka de j stro ie karty, jest nadawany automatycznie za pośrednictwem aplikacji do systemu (FUDusz) zdrowia.
- Wytyki adalub ich kopie ale yzajczy dokartydiag ostyki i lecze ia o kologicz ego.
- Data sporządzenia wpisu A1 i ewentualnie data decyzji o zaopiniowaniu karty wpisu A.
- W polu A8, w przypadku osoby, której adalub ego u er PESEL, wpisuje się rodzaj i u erdoku e tu potwierdzaego to sa o .
- W przypadku noworodków w polu A ale y wpisa u er PESEL jed ego z rodziców lub opiekuna prawnego, a w przypadku osoby, której ie maj adalub ego u er PESEL, ale y wpisa rodzaji u erdoku e tu potwierdzaego to sa o , oraz odz czy pole A .
- Pole A10 ale y wypel i w przypadku y ogiej. Noworodko ale y przypisa dodatkowo cyfr wskazu c akolej o rodze iasi .
- W przypadku osób dorosłych, całkowicie u ezwas owd io ych lub iezdol ych do wiad ego wyra e ia zgody w sekcji AC ale y poda da e 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z p o . z .).
- W przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych
  - wypełnia się sekcje AA, AB, AC, BA, EB i EC;
  - w sekcji BA ale y poda kod rozpoznania choroby wg klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D48, D75.2, D76.0;
  - w sekcji BB w przypadku zaznaczenia opcji „Skierowanie na diagnostykę wstępną do specjalisty w zakresie:” ale y wskaza jed ego specjalistę w celu skierowania podejrzenia nowotworu;
  - w sekcji BB w przypadku zaznaczenia opcji „Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do specjalisty w zakresie:” ale y wskaza jed ego specjalistę w celu skierowania podejrzenia nowotworu, przy czym opłata o e zоста wyra a tylko przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub lekarza udzielającego świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz w przypadku gdy w sekcji BA.1 wpisano kod wg klasyfikacji ICD-10 spoza zakresu D37-D48; kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego s dokonywane poczwszy od sekcji DA
  - w przypadku zaznaczenia opcji „Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale:” w sekcji BC kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego s dokonywane poczwszy od sekcji EA;
  - posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego kontynuuje proces diagnostyczno-leczniczy wyra ego przez siebie wiadze i odawcy.
- W przypadku wydania karty diag ostyki i lecze ia o kologicz ego przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych w o e die stwierdzenia nowotworu złośliwego
  - wypełnia się sekcje AA, AB, AC, AD, EA, EB, EC i ED;
  - w sekcji EA dat wpisania listy oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu E2 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego y wpisa y alist oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;
  - w sekcji w polu E4 ale y wpisa kod rozpoznania choroby wg klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D75.2, D76.0; kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego s doko ywane poczwszy od sekcji FA.
- Pacjent lub osoba, o której owaw pkt 9, potwierdza otrzymanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przez zło e ie podpisu w sekcji AD.

**Diagnostyka wstępna**

- Sekcje CA, CB, CC, CD wypełnia lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych
- W sekcji CA.1 dat wpisania listy oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu C1 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego y wpisa y alist oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
- W sekcji CB w polu C3 jest o live wpisane ie kodu rozpoznania ia ICD-10 spoza zakresu C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D , D . , D . ; w takiej sytuacji w sekcji CC w polu C ale y zaz czy opj „za k i die karty diag ostyki i lecze ia o kologicz ego”.
- W sekcji CC w przypadku zaznaczenia opcji „Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do lekarza specjalizacji” ale y wskaza jed ego specjalistę, do którego posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zostaje skierowany, w celu określenia i ewentualnej lokalizacji nowotworu złośliwego.
- Zaznaczenia opcji „Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale:” w sekcji CC ko czy etap diagnostyki wstępczej, a kolejne wpisy w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego s doko ywane poczwszy od sekcji FA

**Diagnostyka pogłębiona**

- Sekcje DA, DB, DC, DD wypełnia lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych
- W sekcji DA.1 dat wpisania listy oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu D1 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego y wpisa y alist oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
- W sekcji DB w polu D3 o live jest wpisane ie kodu rozpoznania ia ICD-10 spoza zakresu C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D75.2, D76.0; w takiej sytuacji w sekcji DC w polu D7 ale y zaz czy opj „za k i die karty diag ostyki i leczenia o kologicz ego”.

**Zabieg diagnostyczno-leczniczy**

- Sekcje EA, EB, EC, ED wypełnia lekarz udzielający świadczeń szpitalnych
- W sekcji EA dat wpisania listy oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu E2 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego y wpisa y alist oczekujących i udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
- W sekcji EB w polu E4 o live jest wpisane ie kodu rozpoznania ia ICD-10 spoza zakresu C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D75.2, D76.0; w takiej sytuacji w sekcji EC w polu E ale y zaz czy opj „za k i die karty diag ostyki i lecze ia o kologicz ego”.

**Ustalenie planu leczenia onkologicznego**

- Na etapie ustalenia planu leczenia onkologicznego wypełnia się sekcje FA, FB, FC, FD, FE i FF.

2. W sekcji FB w polach F, F, F i F ale wypisać i i, azwisko, u er prawa wykonywania zawodu lekarza specjalizacji o owi za ych do udziału w ko sylviu, zgodnie z rozporządzeniem Mi (stra) drowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie wiadomości gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego Dz. U. z r. poz., z pó . z . .
3. W sekcji FE w polu F18 ale wypisać plan leczenia o kologizacji ego, o który owawš aust. pkt 1 lit. b rozporządzenia Mi (stra) drowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie wiadomości gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
4. W sekcji FD ale wskazać koordynatora, o który owawš aust. pkt lit. c rozporządzenia Mi (stra) drowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie wiadomości gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
5. W sekcji FE ale wpisać tylko pierwszą plan leczenia o kologizacji ego.

**Podsumowanie leczenia**

1. Sekcja HA wypełnić lekarz udzielający wiadomości szpitalnych
2. Sekcja HB wypełnić koordynatora po zakończeniu leczenia o kologizacji ego w celu przesłania karty diagnozy i leczenia o kologizacji ego po zakończeniu leczenia do lekarza, który owawart. ust. a ustawy z dnia sierpnia r. o wiadomościach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazany przez wiadomości iorc w deklaracji wyroku, o której owawart. ust. tej ustawy.
3. W przypadku wyrażenia przez wiadomości iorcch decyzji o wiadomości iordawcy, o który owawš aust. rozporządzenia Mi (stra) drowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie wiadomości gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wiadomości iordawca realizuje leczenie o kologizacji ego powołując kartę diagnozy i leczenia o kologizacji ego.

## UZASADNIENIE

Przedmiotowy projekt rozporządzenia jest wydawany na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32b ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, w brzmieniu nadanym przez ustawę z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. ...). Rozporządzenie to zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. z 2015 r. poz. 1627), zwanego dalej „rozporządzeniem”.

Zaproponowane zmiany, w stosunku do obecnego rozporządzenia, stanowią dostosowanie wzoru karty do zmienianych przepisów ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.). Projekt dostosowuje wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą ILO”, do wprowadzanej ustawowo możliwości jej wydania przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego oraz zawartego zestawu danych, jakie powinna, zgodnie z nowelizowaną ustawą, zawierać. Rezygnacja z obowiązku przekazywania danych dotyczących objawów, badań diagnostycznych oraz Numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego stanowi istotne zmniejszenie obowiązków sprawozdawczych świadczeniodawców. W związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w sekcji dotyczącej wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (konsylium) wprowadzono pole związane z informacją o odstąpieniu od organizacji konsylium. Ilość danych zredukowana została do minimum pozwalającego na zgromadzenie podstawowych informacji o pacjencie oraz podejrzewanej, bądź rozpoznanej chorobie nowotworowej, monitorowanie etapu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, na którym znajduje się pacjent oraz monitorowanie maksymalnych terminów na poszczególne etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Zakłada się również, że wszystkie dane znajdujące się w karcie ILO znajdą odzwierciedlenie w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia do obsługi karty ILO, co wyeliminuje krytykowaną sytuację, w której część danych znajdowała się tylko w jej papierowej wersji.

Projekt wprowadza dodatkowe pole wyboru w karcie DILO, zaznaczane w przypadku wydania karty w szpitalu pacjentowi, któremu karta DILO została uprzednio zamknięta z powodu rezygnacji z kontynuacji leczenia w danym trybie leczenia. Projekt

dostosowuje również wzór karty ILO do wprowadzonej możliwości prowadzenia leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ustawy, w przypadku nadpłytkowości samoistnej, gruczolaka wielopostaciowego (tzw. guz mieszany) oraz brodawczaka odwróconego. Nadpłytkowość samoistna jest zaliczana do grupy nowotworów mieloproliferacyjnych, które należy traktować jak nowotwory złośliwe. Natomiast gruczolak wielopostaciowy oraz brodawczak odwrócony są guzami ze złośliwością kliniczną o udowodnionym ryzyku złośliwienia rzędu 10–19%. Zaproponowane we wzorze karty ILO zmiany mają na celu dołączyć odpowiadających ww. jednostkom chorobowym kodów rozpoznawczych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta, w ramach których możliwym jest wystawienie karty ILO, prowadzenie diagnostyki wstępnej i pogłębionej oraz leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy.

Ze względów technicznych zdecydowano się na wprowadzenie nowego wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Ważnym elementem w życie projektowanego rozporządzenia, tj. 1 marca 2017 r., jest zbicie na z terminem wejścia w życie przepisów nowelizujących ustaw, a także przepisów nowelizujących rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482). Termin ten umożliwia wszystkim zainteresowanym zapoznanie się z nowymi przepisami i przygotowanie się do zmian, jakie mogą wynikać z ich wejścia w życie.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (z. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt rozporz dzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego</p> <p><b>Ministerstwo wiod ce i ministerstwa współpracuj ce</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Piotr Warczy ski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Pan Andrzej Tolarczyk Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia tel. (22) 63 49 721, e-mail: a.tolarczyk@mz.gov.pl</p>	<p><b>ata sporz dzenia</b> 8.11.2016 r.</p> <p><b>ródło:</b> Art. 32b ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z pó n. zm.)</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia</b> MZ 428</p>
--	---

## OC NA SKUTKÓW R GULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwi zywany?

Projekt ma na celu, w lad za nowelizacj ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych, modyfikacj tzw. pakietu onkologicznego, wprowadzonego ustaw z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych oraz niektórych innych ustaw ( z. U poz. 1138, z pó n. zm.) przez uproszczenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kart ILO”, z jednoczesnym uelastycznieniem mo liwo ci jej wystawiania.

### 2. Rekomendowane rozwi zanie, w tym planowane narz dzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. ostosowanie wzoru karty ILO do mo liwo ci jej wystawienia przez lekarza udzielaj cego ambulatoryjnych wiadcze specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu.
2. Redukcja obci e administracyjnych wiadczeniodawców przez rezygnacj we wzorze karty DILO z danych dotycz cych objawów, bada diagnostycznych oraz Numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Zło liwego.
3. ostosowanie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do wprowadzonej mo liwo ci prowadzenia leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych, w przypadku nadpłytkowo ci samoistnej, gruczolaka wielopostaciowego (tzw. guz mieszany) oraz brodawczaka odwróconego.
4. Wprowadzenie dodatkowego pola zwi zanego z mo liwo ci odst pienia od organizacji wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (konsylium) w zwi zku z nowelizacj rozporz dzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie wiadcze gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ( z. U. z 2016 r. poz. 694, z pó n. zm.).
5. Wprowadzenie dodatkowego pola wyboru w karcie DILO, zaznaczanego w przypadku wydania karty w szpitalu pacjentowi, któremu karta ILO została uprzednio zamkni ta z powodu rezygnacji z kontynuacji leczenia w danym tzw. o rodku wiod cym, co umo liwi płynn zmian wiadczeniodawcy.

### 3. Jak problem został rozwi zany w innych krajach, w szczególno ci krajach członkowskich O C /U ?

Brak.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielko	ródło danych	Oddziaływanie
Lekarze specjali ci	68 654	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Mo liwo wydania karty ILO w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej
wiadczeniodawcy	29 978	Narodowy Fundusz Zdrowia	Redukcja obci e administracyjnych

### 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji. Projekt zostanie skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania z terminem 30 dni na zgłaszanie ewentualnych uwag.

W ramach szerokich konsultacji publicznych i opiniowania projekt zostanie przesłany do zaopiniowania przez nast puj ce podmioty: Uni Metropolii Polskich, Zwi zek min Wiejskich RP, Zwi zek Miast Polskich, Zwi zek Powiatów Polskich, ederacj Regionalnych Zwi zków min i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw RP, Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Pa stwowy Zakład Higieny, Zwi zek Rzemiosła Polskiego, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz b dzie konsultowany z

- 1) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny
- 2) samorz dami zawodowymi (m.in. Naczeln Rad Lekarsk , Naczeln Rad Aptekarsk , Naczeln Rad Piel gniarek i Poło nych, Krajow Rad iagnostów Laboratoryjnych)

- 3) zwi zkami zawodowymi oraz stowarzyszeniami reprezentuj cymi zawody medyczne (m.in. Ogólnopolskim Porozumieniem Zwi zków Zawodowych, Ogólnopolskim Zwi zkiem Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolskim Zwi zkiem Zawodowym Piel gnialek i Poło nych, Ogólnopolskim Zwi zkiem Zawodowym Poło nych, Ogólnopolskim Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarno 80”, Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodziny);
- 4) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działaj cymi na rzecz pacjentów (m.in. Stowarzyszeniem Mened erów Ochrony Zdrowia STOMOZ, Stowarzyszeniem Primum Non Nocere, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Polsk Koalicj Pacjentów Onkologicznych, undacj Batorego)
- 5) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Urologicznym, Polskim Towarzystwem Onkologicznym, Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Onkologii i Hematologii ziecej, Polskim Towarzystwem Ginekologii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Psychoonkologicznym, Polskim Towarzystwem Radioterapii Onkologicznej, Polskim Stowarzyszeniem Piel gnialek Onkologicznych)
- 6) instytutami badawczymi (m.in. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytutem ru licy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytutem Matki i ziecka w Warszawie, Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia ziecka” w Warszawie,)
- 7) organizacjami pracodawców (m.in. Zwi zkiem Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacj Pracodawców w nie nie, Konfederacj Lewiatan, Ogólnopolskim Zwi zkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, ederacj Zwi zków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej, Business Centre Club);
- 8) uczelniami medycznymi (tj.: Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy; Uniwersytetem Medycznym w da sku lskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach Collegium Medicum – Uniwersytetem Jagiello ski Uniwersytetem Medycznym w Łodzi Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu Warszawskim Uniwersytetem Medycznym).

Ponadto zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalno ci lobbngowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z pó n. zm.), z chwil przekazania projektu rozporz dzenia do uzgodnie z członkami Rady Ministrów, zostanie on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Rz dowego Centrum Legislacji.

Wyniki konsultacji publicznych oraz opiniowania zostan omówione po ich zako czeniu w raporcie doł czonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

## 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wej cia w ycie zmian [mln zł]											Ł cznie (0–10)	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<b>ochody ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
bud et pa stwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Wydatki ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
bud et pa stwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Saldo ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
bud et pa stwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ródła finansowania													

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie ródeł danych i przyj tych do oblicze zało e	Oddziaływanie na sektor finansów publicznych jest neutralne. Projektowane rozwi zania nie spowoduj zwi kszenia wydatków na ochron zdrowia, które musz zamkn si w rodkach pochodz cych z wpływów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pozostaj cych w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku wiadczeniodawców sprawozdawanie zmienionego zakresu danych mo e odbywa si równie za po rednictwem aplikacji portalowej udost pnianej centralnie przez N Z. Wyj cie to nie rodzi kosztów dostosowania aplikacji wiadczeniodawcy (poza kosztami zwi zanymi z dost pem do Internetu). Natomiast koszt ewentualnego dostosowania wewn trznych aplikacji wiadczeniodawców zale y od indywidualnej umowy z dostawc oprogramowania.
---	--

**7. Wpływ na konkurencyjno gospodarki i przedsi biorczo , w tym funkcjonowanie przedsi biorców oraz na rodzin , obywateli i gospodarstwa domowe**

		Skutki						
Czas w latach od wej cia w ycie zmian		0	1	2	3	5	10	Ł cznie (0-10)
W uj ciu pieni nym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	du e przedsi biorstwa							
	sektor mikro-, małych i rednich przedsi biorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W uj ciu niepieni nym	du e przedsi biorstwa							
	sektor mikro-, małych i rednich przedsi biorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie ródeł danych i przyj tych do oblicze zało e	Projektowane zmiany nie maj wpływu na konkurencyjno gospodarki i przedsi biorczo , w tym funkcjonowanie przedsi biorców oraz na rodzin , obywateli i gospodarstwa domowe.
---	---

**8. Zmiana obci e regulacyjnych (w tym obowi zków informacyjnych) wynikaj cych z projektu**

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane s obci enia poza bezwzgl dnie wymaganymi przez U (szczegóły w odwróconej tabeli zgodno ci).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input checked="" type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwi kszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwi kszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłu enie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obci enia s przystosowane do ich elektronizacji.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:  
 Projekt w istotny sposób redukuje obci enia administracyjne wiadczeniodawców. Zakłada si równie , e dane zawarte w karcie ILO znajd w cało ci odzwierciedlenie w systemie informatycznym udost pnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia

**9. Wpływ na rynek pracy**

Projekt nie b dzie miał wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Poprawa dostępu do świadczeń w ramach tzw. pakietu onkologicznego 1) przez umożliwienie wydania pacjentom karty „iLO” w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej, 2) chorym z nadpłytkowocitami, gruczolakiem wielopostaciowym oraz brodawczakiem odwróconym.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Z dniem wejścia w życie rozporządzenia, tj. 1 marca 2017 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		



**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia

zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanim do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o **wiadze i opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) **zaz. dziaś , corast pje**

§ 1. **W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanim do finansowania świadczeń ze środków publicznych** (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482) **wprowadzasz następujące zmiany**

1) **w § 3 ust. 2a**

a) w pkt 1:

- **uchylas lit c**

- **dobajes lit. g w brzmieniu:**

**g) informacja, czy karta onkologiczna została wydana ponownie – w przypadku karty onkologicznej wydanej przez lekarza udzielającego świadcze szpitalnych wraz ze wskazaniem, czy karta ta została wydana ponownie przez świadczeniodawcę, który obkłada za nią dotychczasowej karty onkologicznej;”**

b) **uchylas pkt 3**

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

c) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

**„A) kod i nazwa podjrzenia nowotworu lub kod i nazwa rozpoznania zgodnie z wytykami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy ”,**

d) **uchyla** pkt 5 i 6,

e) pkt 8 otrzymuje brzmienie:

**„8) kod dla szpitala pułk powiadomienia diagnostycznego lub leczniczego, określony w tabeli nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy ze wskazaniem specjalisty lub oddziału szpitalnego oznaczonego zgodnie z kodem specjalności kodu organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych jeżeli na danym etapie wskazanie takie jest wymagane;”**

f) **uchyla** pkt 9,

g) **uchyla** pkt 11

h) pkt 12 otrzymuje brzmienie:

**„12) w przypadku zorganizowania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego planującego proces leczenia, zwanego dalej „konsylium”, dodatkowo:**

a) data posiedzenia konsylium,

b) **dane lekarzy, którzy zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy dowiodli zgodności w konsylium**

**- imię i nazwisko**

**- numer prawa wykonywania zawodu,**

c) **dane dotyczące osoby jako diagnostyki onkologicznej zgodnie z wytykami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy; ”**

i) dodaje **się** pkt 13–15 w brzmieniu:

**„13) w przypadku odstąpienia od organizacji konsylium – uzasadnienie odstąpienia**

**14) dane dotyczące ustalenia planu leczenia onkologicznego**

a) data ustalenia planu leczenia onkologicznego,

b) opis planu leczenia onkologicznego;

- 15) **dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 32b ust. 4 pkt 3 ustawy inii i nazwisko oraz nazw i adres miejsca udzielania wiadcze podstawowej opieki zdrowotnej."**

2) **w§5**

a) **uchylasi ust 1a**

b) ust. 1b otrzymuje brzmienie:

**„1b. Dane, o których mowa w § 3 ust. 2a s wpiswane w czasie rzeczywistym w aplikacji, o której mowaw§ 10ust. 3pkt 2**

1) w dniu wydania karty onkologicznej dane:

a) **charakteryzuj ce osob, której wydano kart onkologiczn, o których mowaw§ 4pkt 1, 2 3lit b-d, 3a, 4 5, 8 i 9,**

b) **charakteryzuj ce wiadczeniodawc, który wydał kart onkologiczn, o których mowaw§ 3ust. 1 pkt 10i ust. 8 pkt 1a-2, oraz adres miejsca udzielania wiadcze ,**

c) **wpisane do karty onkologicznej, o których mowaw§ 3ust. 2pkt 1, 2 4 8 i 10 przyczyną zaspaz dziejakarty onkologicznej niemo eby póniejszani 3chi oddalydobyjji ozalo eriakarty onkologicznej,**

d) data otrzymania karty onkologicznej;

2) **po postawieniu rozpoznania na etapie diagnostyki wst pnj, diagnostyki poj lionj, zabiegudiagnostycznoleczniczego, po ustaleniu planu leczenia onkologicznego, po rozpoz aiu lezenia onkologicznego oraz po zalo azeriu lezenia onkologicznego, w dniu dokonania wpisu do karty onkologicznej, danecharakteryzuj ce**

a) **wiadczeniodawc realizuj asgdagnostyk lub lezenie onkologiczne, o których mowaw§ 3ust. 1 pkt 10i ust. 8pkt 1a 2, oraz adres miejsca udzielania wiadcze ,**

b) **lekarza realizuj asgdagnostyk lub lezenie onkologiczne inii i nazwisko oraz prawo wykonywania zawodu,**

c) **diagnostyk wst pn zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:**

- **o których mowaw§ 3ust. 2pkt 2 4 8 i 10,**

- **data wpisu na list , o której mowaw art. 20ust. 12ustawy, w celu uzyskaniadiagnostyki wst pnj, je di wiadczeniodawca nie uzyskał**

- wiadzenia w dniu zgłoszenia się do wiadzeniodawcy w celu uzyskania wiadzenia na podstawie karty onkologicznej,
- data pierwszej udzielonej porady specjalistycznej zwracając z diagnostyką wst. pn,
  - data porady zakończonej rozpoznaniem podsumowaniem diagnostyką wst. pn,
- d) diagnostykę połączoną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- określone w art. 3 ust. 2 pkt 2, 4, 7, 8 i 10
  - data wpisu na list, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki połączonej, jeżeli wiadzeniodawca nie uzyskał wiadzenia w dniu zgłoszenia się do wiadzeniodawcy w celu uzyskania wiadzenia na podstawie karty onkologicznej,
  - data pierwszej udzielonej porady specjalistycznej zwracając z diagnostyką połączoną,
  - data porady koło ostatniego etapu diagnostyki połączonej,
- e) wykonany zabieg diagnostyczno-leczniczy zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- określone w art. 3 ust. 2 pkt 4, 7, 8 i 11a
  - data wpisu na list, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-leczniczego,
- f) postępowanie ustalenie konsylium
- określone w art. 3 ust. 2 pkt 2, 4, 7, 8, 10, 12 i 13,
  - data wpisu na list, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu zwołania konsylium,
- g) postępowanie leczenia onkologiczne zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
- datę określone w art. 3 ust. 2 pkt 14,
  - data rozpoczęcia leczenia,
  - data wpisu na list, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, na udzielenie wiadzenia rozpoczynającego proces leczenia onkologicznego,
  - datę określone w art. 3 ust. 2 pkt 4 i 7,

- dane koordynatora leczenia onkologicznego **imi i nazwisko numer telefonu służbowego i adres służbowej poczty elektronicznej**;

h) **zakozenie leczenia onkologicznego zgodnie z danymi wpisany na karte onkologicznej:**

- **data zakończenia**
- zalecenia,
- dane, o których mowa w **ust. 2 pkt 15''**,

c) **uchyla się ust. 1c**

3) **wst. 8**

a) **wst. 1 pkt 1 w lit. c dodajesz tiret** czwarte w brzmieniu:

**„/” na udzielenie wiadczenia na podstawie karty onkologicznej”;**

b) **ust. 4 i 5 brzmią w brzmieniu**

**„4. Władze powiatowe, o których mowa w ust. 2, przekazują dane o których mowa w ust. 2:**

1) pkt 1 i 2 - **co najmniej raz w terminie dziesięciu dni od zakończenia leczenia**

2) pkt 3 - **co najmniej raz w tygodniu według stanu nadzie przekazania lub dzie poprzedzają przekazanie**

5. **Władze powiatowe, o których mowa w ust. 1a, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu Właściwości ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane o których mowa w ust. 2 pkt 3 dotyczącego prowadzonych list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 4 pkt 2'';**

4) **wzrost i ciąża 3 do broszury dziecka**

a) tabela nr 13 otrzymuje brzmienie:

Lp.	Etap	Kod
1	Skierowanie na diagnostykę wst. pn do lekarza specjalisty	1
2	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do lekarza tej samej specjalizacji	2
3	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do lekarza innej specjalizacji	3
4	Skierowanie na konsylium	5
5	Decyzja – posiadacz karty onkologicznej wymaga leczenia onkologicznego	6
6	Decyzja – posiadacz karty onkologicznej nie wymaga leczenia onkologicznego	7
7	Zamknięcie karty onkologicznej	8

8	Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale szpitalnym	9
9	Skierowanie na leczenie onkologiczne	10

5) **wzrost** **rozporządzenia** **z dnia 11 kwietnia 2017 r.**

§ 2. Listy **opieki zdrowotnej** o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy prowadzone **są** w **aplikacji** **udostępnionej** przez Narodowy Fundusz Zdrowia **do czasu** **skreślenia** z tej listy ostatniej osoby wpisanej do 28 lutego 2017 r. Od 1 marca **2017 r.** **wiadomości** **wpisani** **są** na listy **opieki zdrowotnej** o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, prowadzone w **aplikacji** **wiadomości**.

§ 3. **Rozporządzenie** **wchodzi** **w** **z moc** z dniem 1 marca 2017 r.

MINISTER ZDROWIA

## UZASADNIENIE

Projekt **rozporządzenia wprowadzającego do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędných informacji gromadzonych przez władze oświatowe szczególnego sposobu rejestracji tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wydanego na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanego dalej „ustawą”.**

**Zaproponowane zmiany w rozporządzeniu przede wszystkim odzwierciedlają zmiany dotyczące części załącznika do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanego dalej „kartą DILO”, oraz części listy świadczeń gwarantowanych udzielanych na podstawie karty DILO, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, zwanego dalej „listą onkologiczną”, i polegają na**

a) dostosowaniu zakresu gromadzonych danych wpisywanych w kartę DILO

**Zmiany wprowadzone w § 3 ust. 2a oraz § 5 ust. 1b rozporządzenia mają na celu odzwierciedlenie nowego zakresu danych wpisywanych w kartę DILO (wyrażeń z ustawy oraz projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty DILO).**

b) wprowadzeniu zasady, iż karta DILO będzie w całości prowadzona także w postaci elektronicznej, w aplikacji udostępnianej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, do obsługi karty DILO

**Dotychczas do aplikacji obsługującej kartę DILO wprowadzano wybrane dane wpisywane w kartę DILO w postaci papierowej. Jednakże w związku z tym, że jedynym źródłem danych zawartych w karcie DILO, oraz ze względu na fakt, iż jedynym źródłem szczególných informacji o przebiegu postępowania diagnostycznego (leczenia) są dane wpisywane w kartę DILO, przyjęto, że wszystkie dane zawarte w karcie DILO będą także wprowadzane w aplikacji obsługującej kartę DILO. W związku z powyższym wprowadzono zmiany § 5 ust. 1a-1c rozporządzenia, w tym zrezygnowano z przekazywania danych**

ochrony się do wiadze udzielanych na podstawie karty DILO komunikatem xml (**uchyłenie § 5** ust. 1c).

c) zwolnieniu świadczeniodawców z obowiązku prowadzenia list onkologicznych w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu (zmiany załącznika nr 12 do rozporządzenia oraz regulacje § 2)

Dotychczas **onkologiczne listy onkologicznych były prowadzone w aplikacji udostępnionej** przez Prezesa Funduszu. Ze wzgl **dujących na specyfikację udzielania wiadze** na podstawie karty DILO, mimo **że Fundusz dysponował tymi danymi**, na ich podstawie nie **byłoby live przekazywanie danych** poddawanego diagnostyce i leczeniu onkologicznemu. W **szczególności** wynika to z **faktu i nierazka dydaktyki powiadomienia diagnostycznego** lub leczniczego pacjent musi **czekać (gdy jest przyjmowany na biopsję)** tak **że niekażdy** pacjent przechodzi przez **wszystkie no live etapy diagnostyki czy leczenia**. Ponadto, dane **dotyczące danych wpisanych do aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu, co powodowało i że dane były** przekazywana dwoma strumieniami, co **stanowiło niepotrzebne obciążenie dla świadczeniodawców**. **Zgodnie z nowymi założeniami, onkologiczne listy onkologicznych będą** prowadzone w systemie informatycznym **świadczeniodawcy. Wzrost kosztów spowodowany zmianą art. 12** do rozporządzenia, który określa wykaz wiadze, w przypadku których udzielania **świadczeniodawcy prowadzi listy onkologicznych na udzielanie wiadze w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, wykreślono świadczenia udzielane** na podstawie karty DILO.

**Podobnie § 2 w celu uniknięcia wątpliwości wskazano i osoby wpisane do 28 lutego 2017 r. na listy prowadzone w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozostały nadal licząc czas ich skreślenia (nie przeszerconerów list prowadzonych od 1 marca 2017 r. w aplikacji świadczeniodawcy).** Na listy prowadzone w aplikacji **świadczeniodawcy wpiswane są wyłącznie osoby, które zgłoszą się do świadczeniodawcy** po 28 lutego 2017 r.

d) wyłączeniu świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DILO z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących listy onkologiczne, tj.: danych:

1) o pierwszym wolnym terminie;



- 2) **określonych** mowa w art. 23 ust. 1 ustawy tj.:
- a) **dotyczących** każdej osoby **czekującej** według stanu na ostatni dzień miesiąca (**imię i nazwisko oraz PESEL**),
  - b) **liczby** **czekujących** **rodzaju** oczekiwania,
  - c) innych **danych** **dotyczących** **listów**, **wynaganych** **rozporządzeniem** wydawanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

**Razem z załącznikami** **wprowadzono** **rozporządzenie** projektowanej ustawy.

Dotychczas, **wiadzący** **przekazywali** **informacje** **dotyczące** **wiadze** udzielanych na podstawie **karty DILO** **znanymi** **wpisane** **dane** z karty DILO do aplikacji Funduszu **dotyczącej** **też** **kart**, **przez** **aplikację** **ubstawną** **przez** **Fundusz** **listy** **czekujących** **na** **wiadze** **udzielane** **na** **podstawie** **karty** **oraz** komunikatem xml. W celu **uproszczenia** **i** **zmniejszenia** **obciążenia** **systemów** **informatycznych** **wiadzących** **proponuje**, **aby** **jedynym** **rodzajem** **danych** **wiadze** **udzielanych** na podstawie karty DILO **była** **aplikacja** **dotycząca** **też** **też** **z** **jednocześnie** **rezygnacji** z prowadzenia list **czekujących** w aplikacji Funduszu i przekazywania danych o **udzielonych** **wiadzeniach** komunikatem xml.

W **przypadku** **przekazywania** **danych** **charakterystycznych** **ortodogiczne** **listy** **czekujących** **nie** **może** **być** **wykazywane** **do** **weryfikacji** **czy** **wiadzący** **wykonał** **diagnostykę** **ortodogiczną** **w** **określonym** **w** **przepisach** **z** **czasie** **czy** **leczenie** **w** **szpitalu** **zostało** **rozpoczęte** **w** **ciągu** **14** **dni**, **ze** **względnieniem** **faktu**, **i** **na** **tych** **listach** **nie** **jest** **odnotowywany** **każdy** **etap** **postępowania** **diagnostycznego** **lub** **lecniczego**. Weryfikacja, **o** **której** **mowa** **powyżej**, **nie** **może** **być** **dotyczyła** **w** **oparciu** **o** **informacje** gromadzone na karcie DILO, **stała** **w** **rozporządzeniu** **wprowadzono** **zasadę**, **i** **do** **aplikacji** **dotyczącej** **też** **też** **kart** **dotyczących** **w** **wszystkie** **dane** **w** **wersji** **papierowej**.

**Odrobienie** **rezygnacji** **z** **przekazywania** **i** **publikowania** **informacji** **o** **pierwszym** **wolnym** **terminie** **przyjścia** **i** **w** **przypadku** **wiadze** **udzielanych** **na** **podstawie** **karty** **DILO**, **dla** **pacjenta** **istotne** **jest** **zapewnienie** **diagnostyki** **na** **poszczególnych** **etapach** **i** **rozpoczęcie** **leczenia** **w** **określonym** **gwarantowanym** **czasie**. Natomiast **publikowane** **w** **Ogólnopolskim** **Informatorze** **o** **Czasie** **Oczekiwania** **na** **wiadze** **Medyczne** **informacje** **podochodzące** **z** **ortodogicznych** **list** **czekujących** **na** **większe** **walor** **informacyjny** **dla** **pacjentów**. W **praktyce** **większość** **pacjentów** **z** **karty** **DILO** **na** **kolejne** **etapy** **postępowania** **diagnostycznego** **lub** **lecniczego** **udaje** **się** **do** **wskazanych** **przez** **lekarzy** **miejsc**, **a** **nie**

wyszukuje ich w oparciu o informacje o pierwszym wolnym terminie **udzielenia wiadomości** publikowane w ww. Informatorze. Ponadto, sprawozdawany obecnie przez **wiadziodawców pierwszy wolny termin udzielenia wiadomości z określeniem którego wiadziodawcy niejednokrotnie naj problem, no e** i tak w przypadku konkretnego pacjenta **dozła się niedługo, bowiem w celu zachowania określonych w przepisach terminów realizacji diagnostyki pacjent będzie musiał uzyskać wiadomości wcześniej** wynika to z pierwszego wolnego terminu udzielenia **wiadomości co wi za się będzie z przesunięciem realizacji diagnostyki**.

e) zmiana sposobu sprawozdawania informacji o pierwszym wolnym terminie odnośnie innych list niż onkologiczne listy oczekujących

**Zmiana sposobu sprawozdawania informacji o pierwszym wolnym terminie** § 8 ust. 4 pkt 2 **rozporządzenia** nie jest związana z zmianami w pakiecie onkologicznym, ale stanowi realizację postulatów **wiadziodawców i oddziałów wojewódzkich** Funduszu. Zgodnie z obecnym brzmieniem w przypadku przekazywania informacji raz w tygodniu, informacja o pierwszym wolnym terminie **powinna być sporządzona według stanu na ostatni dzień roboczy każdego tygodnia i przekazana najpóźniej następnego dnia roboczego** od ostatniego dnia roboczego tygodnia. **W związku z powyższym oddziały wojewódzkie Funduszu są zobowiązane do określonej sprawozdawania z harmonogramem pracy poszczególnych miejsc udzielania świadczeń czy wiadziodawca faktycznie określił informację na ostatni dzień roboczy tygodnia i przekazał ją najpóźniej do końca następnego dnia roboczego**. Obecnie **wiadziodawcy, którzy** przekazali raz w tygodniu informację o pierwszym wolnym terminie, nie spełniają powyższych warunków zgłaszają wątpliwości dotyczące kwestionowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu terminowości sprawozdawania. W celu uniknięcia powyższych wątpliwości wprowadzono zasadę, iż dane mają być przekazywane według stanu na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie

**Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.**

**Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze ratyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu ratyfikacji normami aktów prawnych (Dz. U. poz. 2089 oraz z 2004 r. poz. 597).**

<p><b>Nazwa projektu</b></p> <p>Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia <b>zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędných informacji gromadzonych przez wiadczeniodawców szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych</b></p> <p><b>Ministerstwo wiedzy i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Pani Ewa Wilkoszewska, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia tel.: 22 860 11 54 e-mail: e.wilkoszewska@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 8.11.2016 r.</p> <p><b>Źródło:</b> art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</b> <b>MZ 424</b></p>
--	---

## OC NA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez wiadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych ( Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482 ) ma na celu uwzględnienie zmian wprowadzonych do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, projektowaną ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwaną dalej „ustawą nowelizującą”, w zakresie dotyczącym zakresu danych

- 1) gromadzonych na karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „karta ILO”
  - 2) charakteryzujących odrębne listy oczekujących na udzielenie świadczeń gwarantowanych udzielanych na podstawie karty DILO, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „listami onkologicznymi”.
- Projekt rozporządzenia odzwierciedla takie redukcje w zakresie danych gromadzonych na karcie ILO, zgodnie z nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Powyższe zmiany uwzględniają dotychczasowe do świadczenia funkcjonowania pakietu onkologicznego.

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

#### 1. Wprowadzone rozwiązania odzwierciedlają

##### 1.1 zmiany wprowadzone przez ustawą nowelizującą odnośnie onkologicznych list oczekujących tj

- a) wyłączenie wiadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty ILO z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących listy onkologiczne,
- b) wprowadzenie możliwości wystawienia karty ILO przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu.

##### 1.2. zmiany wprowadzone przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty ILO, tj. m.in.

- a) rezygnacja z zamieszczania w karcie ILO danych dotyczących objawów, badań diagnostycznych oraz Numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego,
- b) wprowadzenie możliwości wydania karty w szpitalu pacjentowi, któremu karta ILO została uprzednio zamknięta z powodu rezygnacji z kontynuacji leczenia w danym tzw. „okresie wiodącym”.

#### 2. Ponadto projekt:

2.1. Wprowadza zasady, a karta ILO będzie w całości prowadzona także w postaci elektronicznej, w aplikacji udostępnianej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do obsługi karty ILO.

2.2. Zmienia sposób sprawozdawania informacji o pierwszym wolnym terminie dotyczącym innych list ni onkologiczne listy oczekujących (wprowadzenie zasady, iż przekazywane dane mają być przekazywane według stanu na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie)

## 2. Jak problem został rozwi zany w innych krajach, w szczegó lno ci krajach cz łonkowskich O C /U ?

Zaproponowane zmiany dotycz modyfikacji rozwi za ju funkcjonuj cych.

## 4. Podmioty, na które oddzia łuje projekt

Grupa	Wielko	ród Ÿo danych	Oddzia ływanie
wiadczeniodawcy	29 978	Narodowy Fundusz Zdrowia	Redukcja obci e administracyjnych

## 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie by ł przedmiotem pre-konsultacji. Projekt zostanie skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania z terminem 30 dni na zg łaszanie ewentualnych uwag.

W ramach szerokich konsultacji publicznych i opiniowania projekt zostanie przes łany do zaopiniowania przez nast puj ce podmioty Uni Metropolii Polskich, Zwi zek min Wiejskich RP, Zwi zek Miast Polskich, Zwi zek Powiatów Polskich, ederacj Regionalnych Zwi zków min i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Zwi zek Rzemiosła Polskiego, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz b dzie konsultowany z

- 1) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- 2) samorz dami zawodowymi (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Piel gniarek i Po ło nych, Krajowa Rada iagnostów Laboratoryjnych)
- 3) zwi zkami zawodowymi oraz stowarzyszeniami reprezentuj cymi zawody medyczne (tj. Ogólnopolskie Porozumienie Zwi zków Zawodowych, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Piel gniarek i Po ło nych, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Po ło nych, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarno 80”, ederacja Zwi zków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarno ”, orum Zwi zków Zawodowych, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Techników Medycznych lektorradiologii, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zwi zek Zawodowy armaceutów, Zwi zek Zawodowy Anestezjologów, Zwi zek Zawodowy Chirurgów Polskich, Zwi zek Zawodowy Neonatologów, Zwi zek Zawodowy Lekarzy Specjalno ci Chirurgicznych, Ogólnopolski Zwi zek Zawodowy Pracowników izjoterapii, Krajowy Zwi zek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów iagnostycznych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Piel gniarek i Po ło nych w Polsce, ederacja Zwi zków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Spo łecznej)
- 4) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi dzia łaj cymi na rzecz pacjentów (tj. Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników armacji, Stowarzyszenie Mened erów Ochrony Zdrowia Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i dukacji Zdrowotnej, Konsorcjum Szpitali Wroc ławskich, undacja Batorego, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych)
- 5) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii ziecej, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, Polskie Stowarzyszenie Piel gniarek Onkologicznych);
- 6) instytutami badawczymi (tj.: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Sk łodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut ru licy i Chorób P łuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Matki i ziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia ziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Leonory Reicher w Warszawie, Instytut ywno ci i ywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie);
- 7) organizacjami pracodawców (tj. Zwi zek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zak ładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacja Pracodawców w nie nie, Zwi zek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zak ładów Opieki Zdrowotnej Wielkopolski Zwi zek Zak ładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców Konfederacja Pracodawców Polskich Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan Ogólnopolski Zwi zek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych Zwi zek Powiatowych Publicznych Zak ładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego da ski



z ... r.)	gospodarstwa domowe						
W ujęciu niepieni nym	du e przedsi biorstwa						
	sektor mikro-, małych i rednich przedsi biorstw						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie ródeł danych i przyj tych do oblicze zało e	Projektowane zmiany rozporz dzenia nie b d miały wpływu na konkurencyjno gospodarki i przedsi biorczo .						
<b>8. Zmiana obci e regulacyjnych (w tym obowi zków informacyjnych) wynikaj cych z projektu</b>							
<input type="checkbox"/> nie dotyczy							
Wprowadzane s obci enia poza bezwzgl dnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodno ci).				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input checked="" type="checkbox"/> inne: zmniejszenie obowi zków sprawozdawczych wiadczeniodawców, w zakresie danych dotycz cych wiadcze udzielanych na podstawie karty ILO oraz danych charakteryzuj cych onkologiczne listy oczekuj cych.				<input type="checkbox"/> zwi kszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwi kszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłu enie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:			
Wprowadzane obci enia s przystosowane do ich elektronizacji.				<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Komentarz Zmiany wprowadzane w projekcie nowelizowanego rozporz dzenia powoduj znacz ce zmniejszenie obowi zków sprawozdawczych.							
<b>9. Wpływ na rynek pracy</b>							
Projektowane zmiany rozporz dzenia nie b d miały wpływu na konkurencyjno gospodarki i przedsi biorczo .							
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary</b>							
<input type="checkbox"/> rodowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie pa stwowe			<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie		
Omówienie wpływu		Projektowane zmiany rozporz dzenia nie b d miały wpływu na inne obszary poza zdrowiem.					
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>							
Projekt wejdzie w ycie z dniem 1 marca 2017 r., zgodnie z zało onym terminem wej cia w ycie ustawy nowelizuj cej, która wprowadza zmiany warunkuj ce zmiany wprowadzane projektem.							
<b>12. W jaki sposób i kiedy nast pi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostan zastosowane?</b>							
Informacje okre lone w rozporz dzeniu o danych maj zapewni prawidłowe monitorowanie przebiegu diagnostyki i leczenia przewidzianego w pakiecie onkologicznym. Wszyscy wiadczeniodawcy posiadaj cy umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia obowi zani s m.in. do przekazywania okre lonych informacji w okre lonych terminach. undusz weryfikuje dane przekazywane przez wiadczeniodawców m.in. za pomoc takich narz dzi jak zasady weryfikacji i walidacji. W ten sposób Narodowy undusz Zdrowia sprawdza nie tylko kompletno danych, ale tak e ich spójno .							
<b>13. Zał czniki (istotne dokumenty ródlowe, badania, analizy itp.)</b>							
Brak.							