

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw oraz o uchyleniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 23a:

a) uchyla się ust. 2,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług, o których mowa w ust. 1, w tym sposób identyfikacji i uwierzytelniania świadczeniobiorców, mając na uwadze konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom nieograniczonego dostępu do danych zawartych w listach oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z jednoczesnym obowiązkiem zapewnienia przez świadczeniodawców ochrony danych osobowych świadczeniobiorców przed nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem.”;

2) w art. 50:

a) w ust. 16 część wspólna otrzymuje brzmienie:

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1916, 1944 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

„– osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia z wyłączeniem osoby, której udzielono świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.”,

b) po ust. 18 dodaje się ust. 18a w brzmieniu:

„18a. Przepisów ust. 16 i 18 nie stosuje się w przypadku dopełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 67 ust. 1 i 3, w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania, o których mowa w ust. 18, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego pomimo podleganiu takiemu zgłoszeniu.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.³⁾) w art. 68:

1) po ust. 4a dodaje się ust. 4b w brzmieniu:

„4b. Nie uznaje się za obrót detaliczny bezpośrednie zastosowanie u pacjenta przez lekarza szczepionek używanych do wykonywania szczepień wymienionych w wykazie zalecanych szczepień ochronnych określonym na podstawie art. 19 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.”;

2) w ust. 7:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wykaz produktów leczniczych, które mogą być dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, w tym związanych z bezpośrednim zastosowaniem u pacjenta przez lekarza szczepionek używanych do wykonywania szczepień wymienionych w wykazie zalecanych szczepień ochronnych, określonym na podstawie art. 19 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,”

b) dodaje się część wspólną w brzmieniu:

„– uwzględniając rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego oraz zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta.”.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. poz. 1505 i 1570, z 2009 r. poz. 97, 206, 753, 788, 817 i 679, z 2011 r. poz. 322, 451, 622, 654, 657 i 696, z 2012 r. poz. 1342 i 1544, z 2013 r. poz. 1245, z 2014 r. poz. 822 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 28, 277, 788, 875, 1771, 1830, 1918, 1926 i 1991.

Art. 3. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 17:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie, które zawiera:

1) oznaczenie pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

2) oznaczenie świadczeniodawcy;

3) oznaczenie lekarza, który przeprowadził badanie kwalifikacyjne;

4) dane dotyczące przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego albo ich braku;

5) datę i godzinę przeprowadzonego badania kwalifikacyjnego;

6) podpis lekarza, który przeprowadził badanie kwalifikacyjne.”,

b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają:

1) lekarze lub felczerzy;

2) pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadające kwalifikacje określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 10 pkt 3. ”,

c) po ust. 7 dodaje się ust. 7a i 7b w brzmieniu:

„7a. Karta uodpornienia, o której mowa w ust. 7, zawiera:

1) oznaczenie pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 619 i 1138 oraz z 2015 r. poz. 1365, 1916 i 1991.

- c) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer telefonu;
- 2) w przypadku gdy pacjentem 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;
- 3) dane dotyczące wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego:
- a) rodzaj szczepionki,
 - b) datę i godzinę wykonania szczepienia,
 - c) miejsce podania szczepionki,
 - d) nazwę szczepionki,
 - e) numer serii szczepionki,
 - f) podpis osoby wykonującej szczepienie;
- 4) dane dotyczące innych niż określone w pkt 5 szczepień ochronnych:
- a) typ szczepienia,
 - b) nazwę szczepionki,
 - c) numer serii szczepionki,
 - d) datę i godzinę wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki,
 - e) podpis osoby wykonującej szczepienie;
- 5) dane dotyczące przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego albo ich braku obejmujące:
- a) typ szczepienia,
 - b) datę stwierdzenia przeciwwskazań,
 - c) datę ustania przeciwwskazań,
 - d) rodzaj przeciwwskazań,
 - e) podpis lekarza, który przeprowadził badanie kwalifikacyjne;
- 6) dane dotyczące niepożądanych odczynów poszczepiennych obejmujących:
- a) rodzaj odczynu,
 - b) datę wystąpienia odczynu,

- c) datę szczepienia i nazwę szczepionki, po której nastąpił niepożądany odczyn poszczepienny;

7) datę powiadomienia o szczepieniu.

7b. Książeczka szczepień, o której mowa w ust. 7, zawiera:

1) oznaczenie pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer telefonu pacjenta;

2) w przypadku gdy pacjentem 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;

3) dane dotyczące wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego:

- a) rodzaj szczepionki,
- b) datę i godzinę wykonania szczepienia,
- c) nazwę szczepionki,
- d) numer serii szczepionki,
- e) pieczęć i podpis osoby wykonującej szczepienie;

4) dane dotyczące innych niż określone w pkt 4 szczepień ochronnych;

- a) typ szczepienia,
- b) nazwę szczepionki,
- c) numer serii szczepionki,
- d) pieczęć i podpis osoby wykonującej szczepienie;

5) dane dotyczące przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepień ochronnych obejmujące:

- a) typ szczepienia,
- b) rodzaj przeciwwskazań,
- c) datę stwierdzenia przeciwwskazań,

- d) datę ustania przeciwwskazań,
- e) podpis lekarza, który przeprowadził badanie kwalifikacyjne;
- 6) dane dotyczące niepożądanych odczynów poszczepiennych obejmujące:
 - a) rodzaj odczynu poszczepiennego,
 - b) datę wystąpienia,
 - c) datę szczepienia i nazwę szczepionki, po której nastąpił niepożądany odczyn poszczepienny;
- 7) termin kolejnego szczepienia.”,
- d) ust. 10 i 11 otrzymują brzmienie:

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

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych,
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym,
- 3) kwalifikacje osób, o których mowa w ust. 6 pkt 2, przeprowadzających szczepienia ochronne,
- 4) sposób przeprowadzania szczepień ochronnych,
- 5) tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej, o której mowa w ust. 5,
- 6) wzory zaświadczenia, o którym mowa w ust. 4, książeczki szczepień oraz karty uodpornienia,
- 7) sposób prowadzenia dokumentacji, o której mowa w ust. 8 pkt 1, i jej obiegu,
- 8) wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania

– uwzględniając dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań, aktualną wiedzę medyczną oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia.

11. Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, Program Szczepień Ochronnych na dany rok, ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, przepisów wydanych na podstawie ust. 10 i art. 19 ust. 10 oraz zaleceń, w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu.”;

2) w art. 18:

- a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Przechowywanie, wymiana i dystrybucja szczepionek zakupionych przez ministra właściwego do spraw zdrowia są realizowane przez:

- 1) określoną w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, zwaną dalej „centralnym dystrybutorem”;
 - 2) stacje sanitarno-epidemiologiczne.”,
- b) po ust. 7 dodaje się ust. 7a i ust. 7b w brzmieniu:

„7a. Centralny dystrybutor:

- 1) wykonuje zadania określone w ust. 6;
- 2) zaopatruje stacje sanitarno-epidemiologiczne w szczepionki, zakupione ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 3) informuje ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego o realizacji harmonogramu dostaw szczepionek, o których mowa w pkt 2;
- 4) informuje Głównego Inspektora Sanitarnego o przechowywanych szczepionkach, o których mowa w pkt 2.

7b. Stacje sanitarno-epidemiologiczne:

- 1) sporządzają planowane roczne zapotrzebowanie ilościowe na szczepionki wraz z harmonogramem ich dostaw;
 - 2) zaopatrują w szczepionki świadczeniodawców przeprowadzających szczepienia ochronne;
 - 3) informują podmioty nadzorujące o przechowywanych szczepionkach, o których mowa w pkt 2.”,
- c) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) centralnego dystrybutora oraz sposób przechowywania, wymiany i dystrybucji szczepionek, o których mowa w ust. 6,
- 2) sposób i terminy sporządzania planowanego rocznego zapotrzebowania ilościowego na szczepionki przez stacje sanitarno-epidemiologiczne,
- 3) zakres informacji o szczepionkach, o których mowa w ust. 6, przechowywanych przez centralnego dystrybutora oraz stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz sposób i terminy ich przekazywania

– mając na względzie konieczność zapewnienia stałego zaopatrzenia świadczeniodawców w szczepionki.”;

3) po art. 18 dodaje się art. 18a w brzmieniu:

„Art. 18a. 1. Ustanawia się zasób przeciwepidemiczny stosowany w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego przed zagrożeniami spowodowanymi przez biologiczne czynniki chorobotwórcze.

2. Zasób przeciwepidemiczny obejmuje:

- 1) szczepionki oraz inne immunologiczne produkty lecznicze,
- 2) środki do dekontaminacji,
- 3) środki ochrony osobistej,
- 4) wyroby medyczne

– zwane dalej „środkami przeciwepidemicznymi”.

3. Koszty zakupu środków przeciwepidemicznych są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Środki przeciwepidemiczne zakupuje minister właściwy do spraw zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, dokonując zakupu środków przeciwepidemicznych, uwzględnia aktualną oraz przewidywaną sytuację epidemiologiczną na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej oraz na świecie.

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

- 1) podległą mu jednostkę właściwą do przechowywania zasobu przeciwepidemicznego,
- 2) rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą, z którymi mogą być zawierane porozumienia lub umowy na przechowywanie określonych środków przeciwepidemicznych wchodzących w skład zasobu przeciwepidemicznego,
- 3) tryb uruchamiania środków przeciwepidemicznych z zasobu przeciwepidemicznego,
- 4) sposób dystrybucji środków przeciwepidemicznych uruchomionych z zasobu przeciwepidemicznego,
- 5) sposób postępowania ze środkami przeciwepidemicznymi, w szczególności tymi dla których kończą się terminy ważności

– uwzględniając konieczność zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz szybkości uruchamiania zasobu przeciwepidemicznego.”;

4) w art. 19 po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. Szczepionki zakupione w celu przeprowadzenia zalecanych szczepień ochronnych są transportowane i przechowywane z zachowaniem zimnego łańcucha dostaw oraz na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.”;

5) w załączniku do ustawy pkt 6a otrzymuje brzmienie:

„6a) choroby wirusowe przenoszone przez stawonogi (wektory);”.

Art. 4. Z dniem wejścia w życie ustawy umarza się postępowania:

- 1) mające na celu wydanie decyzji administracyjnych ustalających obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ich wysokości,
- 2) egzekucyjne w administracji dotyczące należności kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, prowadzone na podstawie decyzji – o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie ustawy.

Art. 5. 1. Umarza się postępowania, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy zmienianej w art. 1, wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy, wobec osób, które dopełniły obowiązek określony w art. 67 ust. 1 i 3 ustawy zmienianej w art. 1, w terminie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Nie wszczyna się postępowań, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy zmienianej w art. 1, wobec osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie ustawy, i które dopełniły obowiązek określony w art. 67 ust. 1 i 3 ustawy zmienianej w art. 1, w terminie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 6. Przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 68 ust. 7 ustawy zmienianej w art. 2, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym ustawą,
- 2) art. 17 ust. 10 i art. 18 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 3, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 i art. 18 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 3, w brzmieniu nadanym ustawą – nie dłużej jednak niż przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 7. Traci moc ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 1365).

Art. 8. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

M. Ryba e-mail

STĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Alina Budziszewska-Makulska
23.03.2016

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Anna Miszczak
radca prawny

UZASADNIENIE

Zasadniczym celem projektu *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw oraz o uchyleniu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, jest przywrócenie dotychczasowych (budżet państwa) zasad finansowania szczepionek służących do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych.

Realizując powyższe w przedkładanym projekcie ustawy w art. 7, zrezygnowano z tych zmian proponowanych przez ustawę z dnia 24 lipca 2015 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. poz. 1365), które polegały na zobowiązaniu Narodowego Funduszu Zdrowia (od dnia 1 stycznia 2017 r.), zwanej dalej „ustawą”, do finansowania zakupu szczepionek służących do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych dla osób ubezpieczonych.

Uzasadnieniem powrotu do zasad finansowania z budżetu państwa zakupu szczepionek w ramach programu obowiązkowych szczepień ochronnych jest przywrócenie zasady odpowiedzialności państwa za politykę zdrowotną, w tym w szczególności za prowadzenie działań profilaktycznych. Szczepienia ochronne stanowią element tej działalności i służą ochronie zdrowia publicznego, realizowanej przez państwo zgodnie z art. 68 Konstytucji RP. Należy podkreślić, iż zgodnie z art. 3 ww. ustawy, Narodowy Fundusz Zdrowia miał za zadanie po raz pierwszy sfinansować zakup szczepionek służących do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych dla ubezpieczonych w 2017 roku. Z uwagi na wejście w życie niniejszych przepisów brak będzie zasadności ujęcia kosztów zakupu szczepionek w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r. Zmiana ustawy, zatem nie spowoduje dodatkowych negatywnych skutków finansowych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast wejście w życie projektowanej ustawy zapewni ciągłość i kontynuację budżetowego finansowania zakupu szczepionek.

Projekt ustawy wprowadza zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) w zakresie brzmienia art. 50 ust. 16, która ma na celu zagwarantowanie każdej osobie, która skorzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, (także nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej), że nie poniesie kosztów udzielonego jej

świadczenia opieki zdrowotnej nawet w przypadku, gdy wystąpią trudności z potwierdzeniem jej prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Gwarancja taka pozytywnie wpłynie na dostępność do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i wyeliminuje sytuacje, w których pacjent nie skorzystał ze świadczeń z obawy przed poniesieniem kosztów. Gwarancja ta nie obejmuje refundacji kosztów leków, wydanych na podstawie recept wystawionych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Należy wskazać, iż dla systemu opieki zdrowotnej mniejszym kosztem jest poniesienie kosztów świadczeń dla osoby nieuprawnionej niż koszty weryfikowania prawa do świadczeń osoby, która skorzystała ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz ewentualne późniejsze koszty leczenia specjalistycznego, którym można zapobiec na etapie udzielania świadczeń przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto w dodawanym w art. 50 ust. 18a odstąpiono od obowiązku uiszczania przez osobę kosztów świadczeń i windykacji przez Fundusz należności z tego tytułu w przypadku, gdy jedyną przyczyną braku prawa do świadczeń był brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ww. odstąpienie od windykacji nastąpi gdy osoba, we wskazanych w ustawie terminach, zostanie zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego.

W konsekwencji projekt zawiera przepisy, zgodnie z którymi nie wszczyna się postępowania oraz następuje umorzenie wszczętych i niezakończonych w dniu wejścia w życie projektowanej ustawy postępowań, o których mowa w art. 50 ust. 18 (art. 5 projektowanej ustawy).

Wprowadzone przepisy intertemporalne mają na celu uregulowanie sytuacji osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie ustawy, a nie były zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego pomimo podlegania takiemu obowiązkowi, poprzez umożliwienie dopełnienia tego obowiązku w terminie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Należy zauważyć, iż w stosunku do osób, które spełniają kryteria uznania ich za osoby ubezpieczone, ale które nie dopełniły formalności związanych ze zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego pomimo istnienia takiego obowiązku, zgłoszenie do ubezpieczenia należy traktować wyłącznie jako czynność techniczną, która nie powinna warunkować prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tych osób. Ponadto, proponowane zmiany pozwolą również na zmniejszenie kosztów administracyjnych postępowań ponoszonych przez Fundusz.

Jednocześnie, w przedstawionym projekcie proponuje się uchylić przepis art. 23a ust. 2, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych, który nakładał na świadczeniodawców obowiązek przekazywania danych zawartych w listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.) co wynika ze zmiany koncepcji wdrażania Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Projekt P1), a co za tym idzie także korektą uruchamiania poszczególnych usług na tej platformie (w szczególności przesunięciem terminu udostępnienia użytkownikom e-skierowań). Projektodawca uznaje za konieczne zwolnienie świadczeniodawców z obowiązku przekazywania danych w listach oczekujących do systemu informacji w ochronie zdrowia. Wykonanie tego obowiązku będzie dopiero możliwe, gdy w ramach ww. platformy zostaną udostępnione wszystkie usługi, w szczególności elektroniczne skierowanie. W konsekwencji tej zmiany należy również skorygować brzmienie upoważnienia do wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia, usuwając z niego informacje o przekazywaniu danych w listach oczekujących do systemu informacji w ochronie zdrowia.

Przedmiotowa regulacja wprowadza w art. 2 projektu ustawy zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. poz. 271, z późn. zm.), mające na celu umożliwienie nabywania przez podmioty prowadzące działalność leczniczą szczepionek do wykonania zalecanych szczepień ochronnych.

W obecnym stanie prawnym, pacjent musi nabyć szczepionkę w aptece, a następnie przynosi ją do lekarza w celu wykonania szczepienia. Szczepionki są specyficznymi produktami leczniczymi, których przechowywanie wymaga zachowania zimnego łańcucha dostaw zapewniającego ich bezpieczne stosowanie. Stąd też, proponuje się umożliwienie nabywania i sprzedaży szczepionek przez podmioty prowadzące działalność leczniczą, co zwiększy bezpieczeństwo obrotu tymi produktami i pozwoli na lepsze zabezpieczenie jakości tych produktów przez wprowadzenie obowiązku zachowania zimnego łańcucha dostaw na każdym etapie obrotu.

Ponadto w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), proponuję się wprowadzenie następujących zmian.

W odniesieniu do przepisów zawartych w art. 18 ww. ustawy, które regulują dystrybucję szczepionek kupowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na potrzeby szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych, dokonano zmian polegających

na dostosowaniu ww. przepisów do zasad techniki prawodawczej. Obowiązki centralnego dystrybutora (tj. Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych oraz stacji sanitarno-epidemiologicznych zostały zapisane w przepisach merytorycznych art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (w ust. 6, ust. 7a oraz ust. 7b). Natomiast przepisy upoważniające ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie dystrybucji określone zostały w art. 18 ust. 11. Obowiązki centralnego dystrybutora oraz stacji sanitarno-epidemiologicznych obejmują zapewnienie łańcucha dystrybucji od centralnego dystrybutora poprzez wojewódzkie oraz powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, aż do świadczeniodawców prowadzących szczepienia oraz realizację obowiązków informacyjnych wobec ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie bieżących zasobów szczepionkowych (ich stanów magazynowych).

Ponadto proponowany w projekcie ustawy przepis art. 18a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi stanowi realizację wniosku pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli, zgodnie z którym niezbędnym było stworzenie rozwiązań stanowiących podstawę prawną dla zakupu przechowywanych w Centralnej Bazie Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych szczepionek oraz innych środków przeciwepidemicznych (m.in. środki dezynfekcyjne stosowane w czasie powodzi), a także kombinezony chroniące przed wysoce zakaźnymi patogenami. Dotychczasowe przepisy zawierały jedynie delegację dla określenia sposobu przechowywania tzw. rezerwy przeciwepidemicznej.

Zrezygnowano z nazwy „rezerwa przeciwepidemiczna” na rzecz „zasób przeciwepidemiczny”, tak aby uniknąć ewentualnej kolizji przepisów z ustawą o rezerwach strategicznych. Należy przy tym zauważyć, że proponowany *zasób przeciwepidemiczny* ma charakter, który można określić mianem „podręcznej rezerwy Ministra Zdrowia dla celów szybkiego reagowania” i nie ma ona na celu zastępowania rezerw o charakterze strategicznym, które są uruchamiane w czasie zdarzeń o masowym charakterze (w tym klęsk żywiołowych).

Proponuje się również, aby skład i wielkość zasobu przeciwepidemicznego ustalał minister właściwy do spraw zdrowia, ale nie w drodze rozporządzenia, jak miało to miejsce w przepisach dotyczących tzw. rezerwy przeciwepidemicznej. Taki tryb umożliwia szybkie reagowanie na zmiany w sytuacji epidemiologicznej na świecie w porównaniu z obecnym rozwiązaniem, w którym rozszerzenie zasobu przeciwepidemicznego przykładowo o zakup

dosłownie kilku dawek antytoksyny błoniczej lub też zwiększenie liczby już przechowywanych szczepionek wymaga uruchomienia działań o charakterze legislacyjnym, a następnie przejścia całej, wieloetapowej i długotrwałej procedury legislacyjnej zmiany rozporządzenia.

Proponuje się także rozszerzenie zakresu i rodzajów środków przeciwepidemicznych o środki do dekontaminacji oraz środki ochrony osobistej, tj. kombinezony. Ww. asortyment już obecnie jest przechowywany w Centralnej Bazie Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych, lecz konieczne jest stworzenie podstaw prawnych dla jego zakupu, rotowania i przekazywania do podmiotów leczniczych pełniących w przypadku zagrożenia epidemicznego roli „first responders”. Doświadczenia zdobyte w latach 2014/15 stanowiących okres przygotowań Polski na wypadek zawleczenia wirusa Ebola, wskazują na zasadność takiego rozwiązania.

Jednocześnie projekt ustawy wprowadza zmianę w art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, polegającą na odstąpieniu od określania w rozporządzeniu kwalifikacji, jakie powinny posiadać osoby wykonujące szczepienia ochronne – w odniesieniu do lekarzy i felczerów. Osoby te, z chwilą uzyskania prawa wykonywania zawodu, posiadają wystarczającą wiedzę i kwalifikacje do bezpiecznego i skutecznego prowadzenia szczepień ochronnych, dlatego też nie ma potrzeby określania dla nich dodatkowych kwalifikacji. W odniesieniu do pielęgniarek, położnych i higienistek szkolnych wymóg posiadania kwalifikacji do wykonywania szczepień ochronnych proponuje się utrzymać. Kwalifikacje te byłyby określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Proponowane zmiany nie powodują skutków finansowych dla sektora finansów publicznych.

Przedmiotowa regulacja wprowadza także zmiany do załącznika do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi pt. „Wykaz zakażeń i chorób zakaźnych”, w zakresie brzmienia pkt 6a, mającą na celu rozszerzenie wykazu chorób zakaźnych zawartych o kategorię chorób arbowirusowych (chorób wirusowych przenoszonych przez wektory).

Na przestrzeni ostatnich lat na świecie, w tym także w Europie wystąpiły ogniska epidemiczne oraz epidemie chorób wirusowych przenoszonych przez komary. Należały do nich epidemia Czikungunii w północno-wschodnich Włoszech w 2007 r., epidemia gorączki Denga na Maderze (Portugalia) w latach 2012/2013, a obecnie epidemiczne szerzenie się wirusa Zika w krajach Ameryki Południowej. Powyższe sytuacje zwiększają ryzyko

wystąpienia zawleczeń ww. chorób na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W związku z powyższym zasadne jest rozszerzenie wykazu chorób zakaźnych o kategorię chorób arbowirusowych (chorób wirusowych przenoszonych przez wektory). Konkretnie jednostki chorobowe, które będą podlegały zgłoszeniu zostaną określone w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 27 ust. 9 ww. ustawy.

Zmiana ta nie spowoduje zwiększonych kosztów dla budżetu państwa.

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

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Nazwa projektu:

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw oraz o uchyleniu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu:

Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu:

Karolina Sabarańska, k.sabaranska@mz.gov.pl; (22) 53 00 144,
Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia

Data sporządzenia:

23.03.2016 r.

Źródło:

Potrzeba pilnego uregulowania kwestii finansowania szczepień ochronnych z budżetu państwa.

Nr w wykazie prac Rady Ministrów:

UD 44

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Na mocy przepisów ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 1365) kwestie dotyczące zabezpieczenia dostępu do szczepionek zostały określone, jako zadanie Narodowego Funduszu Zdrowia. Przedmiotowa regulacja, mając na względzie zasady prowadzenia polityki zdrowotnej przez państwo, powraca do poprzedniego rozwiązania, zgodnie z którym zabezpieczenie dostępu do szczepionek jest zadaniem państwa.

2. Wyeliminowanie sytuacji, w których pacjent nie korzysta ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej z obawy przed poniesieniem kosztów, w przypadku gdy występują trudności z potwierdzeniem jego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

1. Finansowanie zakupu szczepionek przez budżet państwa.

2. Zwolnienie osoby, która uzyskała świadczenie z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z konieczności ponoszenia kosztów udzielonych jej świadczeń, w przypadku, gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

1. Brak danych.

2. Kwestia ta jest związana przede wszystkim ze sposobem organizacji systemu ochrony zdrowia. W systemach tzw. „budżetowych”, tzn. tam gdzie świadczenia zdrowotne finansowane są głównie w ramach systemu podatkowego, prawo do świadczeń, jest generalnie uzależnione od posiadania obywatelstwa / opłacania podatków w danym kraju – jest to tzw. tytuł obywatelski/rezydencki i w tym przypadku dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest dokument potwierdzający obywatelstwo/rezydencję, np. dowód osobisty.

Natomiast w systemach tzw. „ubezpieczeniowych”, tzn. tam, gdzie świadczenia zdrowotne są finansowane w ramach płaconych przez ubezpieczonych składek ubezpieczeniowych, takimi dokumentami są dokumenty potwierdzające opłacenie składek, i najczęściej są to tzw. karty ubezpieczenia zdrowotnego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
1. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 1365), NFZ miał za zadanie po raz pierwszy sfinansować zakup szczepionek służących

			do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych dla ubezpieczonych w 2017 r. Z uwagi na wejście w życie niniejszych przepisów brak będzie zasadności ujęcia kosztów zakupu szczepionek w planie finansowym NFZ na 2017 r. Zmiana ustawy, zatem nie spowoduje dodatkowych negatywnych skutków finansowych w budżecie NFZ, natomiast wejście w życie projektowanej ustawy zapewni ciągłość i kontynuację budżetowego finansowania zakupu szczepionek. 2) Rezygnacja z dochodzenia poniesionych kosztów świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym. Nastąpi przez to poprawa dostępności do świadczeń poz oraz zmniejszenie obciążeń administracyjnych (i kosztów) związanych z postępowaniem w sprawie wydania decyzji administracyjnej ustalającej obowiązek poniesienia kosztów świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym.
1. Budżet państwa			Utrzymanie wydatków budżetu państwa
2. Osoby nieposiadające prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	ok. 2 mln. osób	NFZ , dane gromadzonych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych według stanu za rok 2014	2. Gwarancja dla każdej osoby, która skorzysta ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, że nie poniesie kosztów udzielonego jej świadczenia opieki zdrowotnej nawet w przypadku, gdy wystąpią trudności z potwierdzeniem jej prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

Odnośnie projektowanej ustawy nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje.

Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych z następującymi podmiotami:

1. Naczelną Radą Lekarską
2. Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych
3. Naczelną Radą Aptekarską

4. Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych
5. Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia
6. Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
7. Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
8. Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
9. Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych
10. Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej
11. Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień
12. Forum Związków Zawodowych
13. Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”
14. Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”
15. Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych
16. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych
17. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy
18. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych
19. Krajowym Związkiem Zawodowym Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych
20. Konfederacją „Lewiatan”
21. Business Center Club,
22. Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”
23. Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”
24. Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
25. Federacją Pacjentów Polskich
26. Stowarzyszeniem Primum Non Nocere.

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<u>Pkt 1</u> - w budżecie części 46 – Zdrowie na 2016 rok na zakup obowiązkowych szczepień ochronnych zaplanowano kwotę w wysokości 86.062 tys. zł. Ponadto w rezerwie celowej poz. 44 zaplanowano środki finansowe w kwocie 53.958 tys. złotych. Zatem plan po zmianach na 2016 r. ww. zadanie wynosi 140.020 tys. zł. Do obliczeń przyjęto kwotę 140 mln zł. - wg OSR do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych od 2017 roku dodatkowe koszty związane z nowymi obowiązkowymi szczepieniami przeciwko inwazyjnym zakażeniom <i>Streptococcus pneumoniae</i> dla całej populacji niemowląt i małych dzieci, których roczny koszt w 2017 oszacowano na kwotę 166,20 tys. zł, z tendencją malejącą do roku 2021 – do wysokości 153,64 mln zł. Koszty obowiązkowych szczepień ochronnych w projektowanej ustawie uwzględniają przywołany projekt ww. rozporządzenia. - ponadto przy kalkulowaniu kosztów na kolejne lata, uwzględniono wskaźnik CPI-dynamika średnioroczna - zgodnie z publikacją Ministerstwa Finansów „Wytoczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw”. Aktualizacja – październik 2015 rok zatwierdzona przez Ministra Finansów. Skutki dla budżetu państwa w latach 2017-2026 wyniosą łącznie 3. 166 mln zł. Oznacza to konieczność zabezpieczenia od 2017 roku dodatkowych środków finansowych na to zadanie dla części 46-Zdrowie. <u>Pkt 2</u> Z danych przedstawionych przez Fundusz wynika, iż w latach 2013 - 2015 w ramach postępowań administracyjnych (prowadzonych przy windykacji kosztów) wydano prawie 13 tys. decyzji administracyjnych na kwotę ponad 22 mln zł. Jednocześnie w przypadku świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej wartość ww. decyzji wynosiła 1 210 zł. Jednocześnie Fundusz jest w trakcie rozpatrywania spraw w stosunku do świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom w podstawowej opiece zdrowotnej o wartości 258 560 zł. i szacuje się, że tylko w przypadku maksymalnie 30% z tej kwoty mogłyby zostać wydane wydano decyzje administracyjne o obowiązku poniesienia kosztów, co daje szacunkową kwotę 77 568 zł. Czyli w sumie wartość windykowanych przez Fundusz świadczeń w poz, na przestrzeni dwóch lat, wyniesie ok. 78 778 zł co stanowi 0,3% w stosunku do ogólnej kwoty windykacji wynikającej z wydanych decyzji we wszystkich rodzajach świadczeń. Jak więc wynika z powyższych analiz koszt świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej zrealizowanych na rzecz osób nieubezpieczonych jest nieistotny z punktu widzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.
--	---

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							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele							
	oraz gospodarstwa domowe							

	(dodaj/usuń)	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	1) Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe. 2) Osoby nieuprawnione nie poniosą kosztów udzielonych im świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - w latach 2013-2015 wartość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom w podstawowej opiece zdrowotnej, w stosunku do których wydano decyzje administracyjne o obowiązku poniesienia kosztów wyniosła 1, 21 tys. zł. Nadal postępowanie wyjaśniające prowadzone jest w stosunku do świadczeń o wartości 258,56 tys. zł.	

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).

☐ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

☐ zmniejszenie liczby dokumentów
☐ zmniejszenie liczby procedur
☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy
☒ inne: zmniejszenie obowiązków NFZ poprzez wyłączenie procedury mającej na celu wydanie decyzji administracyjnej ustalającej obowiązek poniesienia kosztów świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym – Spraw dotyczących osób, którym udzielono świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

☐ zwiększenie liczby dokumentów
☐ zwiększenie liczby procedur
☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.

☐ tak
☐ nie
☒ nie dotyczy

Komentarz:

Brak.

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ inne:

☐ demografia
☐ mienie państwowe

☐ informatyzacja
☒ zdrowie

Omówienie wpływu

Brak danych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Z dniem wejścia w życie projektowanej ustawy.

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.)

Nie dotyczy.