Projekt z dnia 31 marca 2017 r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia .....

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

Na podstawie 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.[2)]) zarządza się, co następuje:

§ 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 zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 w ust. 2a:
   a) w pkt 1:
      – uchyla się lit. c,
      – dodaje się lit. g w brzmieniu:
         „g) informacja, czy karta onkologiczna została wydana z powodu zmiany świadczeniodawcy – w przypadku karty onkologicznej wydanej przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych;”,
   b) uchyla się pkt 3,
   c) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

---

1) 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).

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

„4) kod i nazwa podejrzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanego dalej „nowotworem złośliwym", lub kod i nazwa rozpoznania zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy; ",

d) uchyla się pkt 5-7,

e) pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) kod dalszego etapu postępowania 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 komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych – jeżeli na danym etapie wskazanie takie jest wymagane;",

f) uchyla się pkt 9,

g) uchyla się pkt 11,

h) pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) informacje charakteryzujące ustalenie planu leczenia:

a) dane lekarzy wchodzących w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego planującego proces leczenia, zwanego dalej „konsylium", a w przypadku pacjenta małoletniego – jeżeli zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy konsylium nie jest organizowane – dane lekarza, który ustalił plan leczenia:

– imię i nazwisko,

– numer prawa wykonywania zawodu,

b) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy,

c) informacje dotyczące ustalonego planu leczenia onkologicznego:

– data posiedzenia konsylium lub ustalenia planu leczenia,

– opis planu leczenia onkologicznego,

e) dane koordynatora leczenia onkologicznego: imię i nazwisko, numer telefonu służbowego i adres służbowej poczty elektronicznej;",

i) dodaje się pkt 13 w brzmieniu:

„13) dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 32b ust. 4 pkt 3 ustawy: imię i nazwisko oraz nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.";

2) w § 4 pkt 7 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„7) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a–24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a, 12–14 ustawy: ";

3) w § 5:

a) ust. 1b otrzymuje brzmienie:

„1b. Dane, o których mowa w § 3 ust. 2a, są wpisywane w czasie rzeczywistym w aplikacji, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2:

1) w dniu wydania karty onkologicznej – dane:

a) charakteryzujące osobę, której wydano kartę onkologiczną, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, 3 lit. b-e, 3a, 4–5, 8 i 9 oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju,

b) charakteryzujące świadczeniodawcę, który wydał kartę onkologiczną, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10 i ust. 8 pkt 1a-2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,

c) wpisane do karty onkologicznej, o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 1, 2, 4, 8 i 10, przy czym data sporządzenia karty onkologicznej nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o założeniu karty onkologicznej;

2) po postawieniu rozpoznania na etapie diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej, zabiegu diagnostyczno-leczniczego, po ustaleniu planu leczenia onkologicznego, po rozpoczęciu leczenia onkologicznego oraz po zakończeniu leczenia onkologicznego, w dniu dokonania wpisu do karty onkologicznej, dane charakteryzujące:

a) świadczeniodawcę realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10 i ust. 8 pkt 1a–2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,

b) lekarza realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne: imię i nazwisko oraz prawo wykonywania zawodu,

c) diagnostykę wstępną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
   - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2, 4, 8 i 10,
   - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki wstępnej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,
   - data pierwszej udzielonej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną,
   - data porady zakończonej rozpoznaniem podsumowującym diagnostykę wstępną,

d) diagnostykę pogłębioną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
   - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2, 4, 7, 8 i 10,
   - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki pogłębionej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,
   - data pierwszej udzielonej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębioną,
   - data porady kończącej etap diagnostyki pogłębionej,

e) wykonany zabieg diagnostyczno-leczniczy zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
   - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 4, 7, 8, 10 i 11a,
   - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-leczniczego,

f) ustalenie planu leczenia:
   - o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2-4,7, 8, 10,12,
   - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu zwołania konsylium,
   - data rozpoczęcia leczenia,

– data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, na udzielenie świadczenia rozpoczynającego proces leczenia onkologicznego,

– dane, o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 4 i 7,

g) zakończone leczenie onkologiczne zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:

– data zakończenia leczenia,

– zalecenia,

– dane, o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 13.",

b) ust. 1c otrzymuje brzmienie:

„1c. Za pośrednictwem komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1, są przekazywane dane, o których mowa w § 3 ust. 2a pkt 2, 4 i pkt 12 lit. a, oraz dane charakteryzujące osobę zgodnie z ust. 2."

4) w § 8:

a) w ust. 1 w pkt 1 w lit. c dodaje się tiret czwarte w brzmieniu:

„– na udzielenie świadczenia na podstawie karty onkologicznej;",

b) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 2, przekazują dane, o których mowa w ust. 2:

1) pkt 1 i 2 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;

2) pkt 3 – co najmniej raz w tygodniu według stanu na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie.

5. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1a, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane, o których mowa w ust. 2 pkt 3, dotyczące prowadzonych list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 4 pkt 2.";

5) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) w tabeli nr 1 dodaje się wiersz w brzmieniu:

terapeuta środowiskowy	36

b) tabela nr 9 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego				
Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	**Rodzaj i zakres uprawnienia**	**Kategoria**		**Kod**
1	**2**	**3**		**4**
Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane				
art. 42 ust. 1 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MON
art. 42 ust. 2 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	policjant, funkcjonariusz Straży Granicznej, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, strażak Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownik tych służb, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MSW
art. 42 ust. 1a ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	42WŻ
			funkcjonariusz	42WF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	42WABW
Prawo do wyrobów medycznych				
art. 47 ust. 1 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne	inwalida wojenny		47IB
		inwalida wojskowy		47IW
		cywilna niewidoma ofiara działań wojennych		47CN
		osoba represjonowana		47OR
art. 47 ust.1a ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów	świadczeniobiorca do 18 roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo		47DN

	użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu	nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu		
art. 47 ust. 2 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		47MON
art. 47 ust. 2a ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	472AŻ
			funkcjonariusz	472AF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	472ABW
Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej				
art. 24a ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		24A
art. 24b ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24BŻ
			funkcjonariusz	24BF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24BABW
art. 24c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, innych niż te, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24CŻ
			funkcjonariusz	24CF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24CABW
art. 47c ustawy albo art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi", „Dawcy Przeszczepu" lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu"		47CZ
		inwalida wojenny		47CIB
		inwalida wojskowy		47CIW
		kombatant		47CK
		kobieta w ciąży		47CC

narządów (Dz.U. z 2015 r. poz. 793, z późn.zm.).		świadczeniobiorca do 18 roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu		47CDN
Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania				
art. 57 ust. 2 pkt 10 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	inwalida wojenny		57IB
		inwalida wojskowy		57IW
		kombatant		57K
		osoba represjonowana		57OR
art. 57 ust. 2 pkt 10a ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	cywilna niewidoma ofiara działań wojennych		57CN
art. 57 ust. 2 pkt 12 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania - w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		57MON
art. 57 ust. 2 pkt 13 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania - w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	57Ż
			funkcjonariusz	57F
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	57ABW
art. 57 ust. 2 pkt 14 ustawy	prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	osoby, posiadające zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a		57CP
Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu				
art. 31 ust. 3 ustawy	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentysty oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu tych	osoba do ukończenia 18. roku życia		31D
		kobieta w ciąży albo w okresie połogu		31C

	świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane		
	świadczenia udzielane w ramach opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, inne niż udzielane na podstawie art. 31 ust. 3 ustawy	kobieta w okresie ciąży, porodu i połogu	C
Prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego			
art. 32a ustawy	prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	osoba, której wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego	32aDILO
Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu			
ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz. 1860)	Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	kobieta w ciąży powikłanej	ZZC
		świadczeniobiorca do 18 roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu	ZZDN

c) tabela nr 13 otrzymuje brzmienie:

Tabela nr 13. Kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej świadczeniobiorcom objętym diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu

Lp.	Etap	Kod
1	Skierowanie na diagnostykę wstępną 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	Posiadacz karty onkologicznej wymaga leczenia onkologicznego	6
5	Zamknięcie karty onkologicznej – posiadacz karty onkologicznej nie wymaga leczenia onkologicznego	7
6	Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale szpitalnym	9
7	Ustalenie planu leczenia onkologicznego	10
8	Zamknięcie karty onkologicznej z powodu zakończenia leczenia onkologicznego	11
9	Zakończenie leczenia onkologicznego na wniosek pacjenta	12

10	Zamknięcie karty onkologicznej – w innych przypadkach, niż określone dla kodów 7, 11 i 12	13

6) w załączniku nr 11 do rozporządzenia w części I dodaje się pkt 7-8 w brzmieniu:

„7) wszczepienie albo wymiana protezy ślimaka [20.96] lub wszczepienie albo wymiana wielokanałowej protezy ślimaka [20.98];

8) wymiana elektronicznych protez słuchu – procesora mowy [206.994].”

7) w załączniku nr 12 do rozporządzenia uchyla się część III.

§ 2.1. Listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, są prowadzone w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia do czasu skreślenia z tej listy ostatniej osoby wpisanej do dnia 30 czerwca 2017 r. Od dnia 1 lipca 2017 r. świadczeniobiorcy są wpisywani na listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, prowadzone w aplikacji świadczeniodawcy.

2. Listy oczekujących na udzielenie procedury, o której mowa w części I pkt 7 i 8 załącznika nr 11 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, są prowadzone od dnia 1 września 2017 r.

3. Do dnia 31 sierpnia 2017 r. świadczeniodawcy udzielający procedur, o których mowa w ust. 2 wprowadzą do posiadanego systemu informatycznego obsługującego listy oczekujących na udzielenie świadczeń dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na dzień 31 sierpnia 2017 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2017 r.

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem prawnym i redakcyjnym

Za zgodność pod względem merytorycznym
DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnego
Sylwia Lis

03.04.17 –
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Maria Łaniewska
radca prawny

Dziewulski

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany do 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), 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.), zwanej dalej „ustawą".

Zaproponowane zmiany w rozporządzeniu przede wszystkim odzwierciedlają zmiany dotyczące rozwiązań tzw. pakietu onkologicznego w zakresie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą DILO", oraz odrębnych list oczekujących na udzielenie świadczeń gwarantowanych udzielanych na podstawie karty DILO, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, zwanych dalej „listami onkologicznymi", i kształtują się następująco:

I. Dostosowanie 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 (wynikających z ustawy oraz projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty DILO).

II. Wprowadzenie zasady, iż wszystkie istotne dane zawarte w karcie DILO będą wprowadzane w postaci elektronicznej, w aplikacji udostępnianej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem", do obsługi karty DILO.

Dotychczas, do aplikacji obsługującej karty DILO wprowadzano wybrane dane wpisywane w karcie DILO w postaci papierowej. Jednakże ze względu na znaczną redukcję danych zawartych w karcie DILO, oraz ze względu na fakt,że jedynym źródłem szczegółowych informacji o przebiegu postępowania diagnostycznego (leczenia) są dane wpisywane w kartę DILO, przyjęto że wszystkie istotne dane zawarte w karcie DILO będą także wprowadzane w aplikację obsługującą kartę DILO (w odniesieniu do wersji papierowej karty DILO do aplikacji obsługującej kartę DILO nie będą przekazywane informacje dotyczące umieszczonych na

karcie podpisów oraz data otrzymania karty DILO przez posiadacza karty). W związku z powyższym wprowadzono zmiany w § 5 ust. 1b–1c rozporządzenia.

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

Dotychczas onkologiczne listy oczekujących były prowadzone w aplikacji udostępnianej przez Prezesa Funduszu. Ze względu jednak na specyfikę udzielania świadczeń na podstawie karty DILO, mimo że Fundusz dysponował tymi danymi, na ich podstawie nie było możliwe prześledzenie ścieżki pacjenta poddawanego diagnostyce i leczeniu onkologicznemu. W szczególności wynika to z faktu, iż nie na każdy etap postępowania diagnostycznego lub leczniczego pacjent musi oczekiwać (gdyż jest przyjmowany na bieżąco); także nie każdy pacjent przechodzi przez wszystkie możliwe etapy diagnostyki czy leczenia. Ponadto, dane dotyczące dat wpisu na listę oczekujących na poszczególne etapy były także wprowadzane do aplikacji obsługującej kartę DILO, co powodowało, iż część danych była przekazywana dwoma strumieniami, co stanowiło niepotrzebne obciążenie dla świadczeniodawców. Zgodnie z nowymi założeniami, onkologiczne listy oczekujących będą prowadzone w systemie informatycznym świadczeniodawcy. W związku z powyższym, z załącznika nr 12 do rozporządzenia, który określa wykaz świadczeń, w przypadku których udzielania świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, wykreślono świadczenia udzielane na podstawie karty DILO.

Ponadto w § 2, w celu uniknięcia wątpliwości wskazano, iż osoby wpisane do 30 czerwca 2017 r. na listy prowadzone w aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozostają na tej liście do czasu ich skreślenia (nie są przenoszone na nową listę prowadzoną od 1 lipca 2017 r. w aplikacji świadczeniodawcy). Na listy prowadzone w aplikacji świadczeniodawcy są wpisywane wyłącznie osoby, które zgłoszą się do świadczeniodawcy po 30 czerwca 2017 r.

IV. Wyłączenie świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DILO z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących listy onkologiczne.

Wyłączono następujące dane z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących listy onkologiczne:

1) o pierwszym wolnym terminie;

2) o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy tj.:
   a) dotyczących każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca (imię i nazwisko oraz PESEL),
   b) liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania,
   c) innych danych dotyczących list, wymaganych rozporządzeniem wydawanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Rozwiązania te zostały wprowadzone na poziomie nowelizacji ustawy w przedmiotowym zakresie.

Dotychczas, świadczeniodawcy przekazywali informacje dotyczące świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO trzema strumieniami: wpisując dane z karty DILO do aplikacji Funduszu obsługującej tę kartę, prowadząc w aplikacji udostępnianej przez Fundusz listy oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty oraz komunikatem xml. W celu uproszczenia i zmniejszenia obciążeń sprawozdawczych świadczeniodawców proponuje się, aby jedynym źródłem danych o świadczeniach udzielanych na podstawie karty DILO była aplikacja służąca do obsługi tej karty z jednoczesną rezygnacją z prowadzenia list oczekujących w aplikacji Funduszu i przekazywania danych o udzielonych świadczeniach komunikatem xml.

W przypadku przekazywania danych charakteryzujących onkologiczne listy oczekujących, należy wskazać, iż nie mogą być wykorzystywane do weryfikacji czy świadczeniobiorcy wykonano diagnostykę onkologiczną w określonym w przepisach czasie, czy leczenie w szpitalu zostało rozpoczęte w ciągu 14 dni, ze względu na fakt, iż na tych listach nie jest odnotowywany każdy etap postępowania diagnostycznego lub leczniczego. Weryfikacja, o której mowa powyżej, może być dokonywana w oparciu o informacje gromadzone na karcie DILO, stąd w nowelizacji wprowadzono zasadę, iż do aplikacji obsługującej tę kartę będą wpisywane wszystkie dane wpisywane w wersji papierowej.

Odnośnie rezygnacji z przekazywania i publikowania informacji o pierwszym wolnym terminie przyjęto, iż w przypadku świadczeń 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 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 określeniem którego świadczeniodawcy niejednokrotnie mają problem, może i tak w przypadku konkretnego pacjenta okazać się nieaktualny, bowiem w celu zachowania określonych w przepisach terminów realizacji diagnostyki pacjent będzie musiał uzyskać świadczenie wcześniej niż wynika to z pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia, co wiązać się będzie z przesunięciami na liście oczekujących.

V. 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 ze zmianami w pakiecie onkologicznym, ale stanowi realizację postulatów świadczeniodawców 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 dodatkowo obciążone koniecznością sprawdzania z harmonogramem pracy poszczególnych miejsc udzielania świadczeń czy świadczeniodawca faktycznie określił informację na ostatni dzień roboczy tygodnia i przekazał ją najpóźniej do końca następnego dnia roboczego. Obecnie świadczeniodawcy, którzy przekazali raz w tygodniu informację o pierwszym wolnym terminie, niespełniającą powyższych warunków zgłaszają wątpliwości dotyczące kwestionowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu terminowości sprawozdawczości. W celu uniknięcia powyższych wątpliwości wprowadzono zasadę, iż dane mają być przekazywane według stanu na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie.

VI. Wprowadzenie obowiązku prowadzenia odrębnych list na procedury wszczepienia albo wymiany protezy ślimaka lub wszczepienia albo wymiany wielokanałowej protezy ślimaka oraz wymiany elektronicznych protez słuchu – procesora mowy

Poszerzono wykaz procedur określonych w części I załącznika nr 11, określającego dla jakich procedur prowadzone są odrębne listy oczekujących. Prowadzenie odrębnych list

oczekujących na te procedury pozwoli na monitorowanie dostępności do tych świadczeń i określenie zapotrzebowania na te procedury. Jest to istotne zarówno ze względu na ograniczoną dostępność do wskazanych procedur jak i ich wysoki koszt, wymagający zabezpieczenia określonych środków finansowych. Proponuje się, aby w celu zagwarantowania świadczeniodawcom czasu na dostosowanie, listy te były prowadzone odrębnie od dnia 1 września 2017 r.

VII. **Zmiany uwzględniające wejście w życie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz. 1860), zwanej dalej „ustawą za życiem"**

Zgodnie z przepisami § 4 pkt 7 rozporządzenia w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, świadczeniodawca jest zobowiązany do zarejestrowania tej informacji przez wskazanie kodu tytułu uprawnienia dodatkowego oraz nazwy dokumentu, który potwierdził dane uprawnienie. Ze względu na fakt, iż ustawa za życiem przyznała nowe dodatkowe uprawnienia kobietom w ciąży oraz dzieciom, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu powstała konieczność odzwierciedlenia tych uprawnień w § 4 pkt 7 rozporządzenia oraz w tabeli nr 9 załącznika nr 3, która określa kody tytułów dodatkowych uprawnień (przez dodanie kodów dla uprawnień wynikających z ustawy za życiem oraz rozszerzonego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej). Kody te odzwierciedlają następujące uprawnienia do:

1) odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej (ustawa za życiem);
2) wyrobów medycznych (bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie określanej przez osobę uprawnioną do wystawienia zlecenia) dla świadczeniobiorców do 18. roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (art. 47 ust. 1a ustawy);
3) korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży oraz świadczeniobiorców do 18. roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (art. 47c ust. 1 ustawy);

4) korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania - dla osób, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (art. 57 ust. 2 pkt 14 ustawy).

VIII. Pozostałe zmiany wynikają z konieczności:

1) uwzględnienia przez rozporządzenie możliwości udzielenia świadczenia także przez terapeutę środowiskowego (wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową), zgodnie z rozporządzeniem określającym zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. poz. 1386 z późn. zm.). W związku z powyższym projekt wprowadza zmianę w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia, określającej kody przynależności do danej grupy zawodowej osoby, która udzieliła świadczenia opieki zdrowotnej przez dodanie kodu dla terapeuty środowiskowego. Kod ten stanowi część identyfikatora osoby, która udzieliła świadczenia, i jest wymagany zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia;
2) uwzględnienia uprawnienia osób, którym przysługuje tytuł Dawca Przeszczepu do korzystania poza kolejnością ze świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Uprawnienie to przyznają przepisy art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2015 r. poz. 793, z późn. zm.). W celu uwzględniania tej grupy projekt wprowadza zmiany w tabeli nr 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia, określającej kody dla uprawnień dodatkowych, w części dotyczącej prawa do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia 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).