

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2009 r.

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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, 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. Nr 123, poz. 801) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 1 w ust. 2 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:
„4) przepustka - okresowe przebywanie świadczeniobiorcy w trakcie leczenia stacjonarnego poza zakładem za zgodą świadczeniodawcy.”;
- 2) w § 3:
 - a) w ust. 1:
 - pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki, chyba że obowiązek rejestrowania większej liczby znaków wynika z przepisów odrębnych lub z umowy, przy czym w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej kod przyczyny głównej podaje się wyłącznie w przypadkach określonych w tabeli nr 11 załączniku nr 3 do rozporządzenia; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej;”;
 - pkt 5 otrzymuje brzmienie:
„5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych - dodatkowo datę wykonania tej procedury;”;
 - po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:
„7a) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce - w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;”;
 - po pkt 13 dodaje się pkt 13a w brzmieniu:
„13a) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323 i Nr 76, poz. 641);”;

- pkt 14 otrzymuje brzmienie:
 - „14) kod badania, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w przypadku świadczeń w zakresie:
 - a) podstawowej opieki zdrowotnej - dla każdego badania znajdującego się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
 - b) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej - wyłącznie dla badania diagnostyki obrazowej znajdującego się w wykazie badań diagnostycznych gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.”
 - b) w ust. 2 dodaje się pkt 4 w brzmieniu:
 - „4) kod przyczyny głównej hospitalizacji - zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, prowadzonej zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej;”
 - c) w ust. 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
 - „W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd ratowniczy, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informację dotyczącą:”
 - d) w ust. 4 w pkt 3 lit. c otrzymuje brzmienie:
 - „c) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;”
 - e) w ust. 5 w pkt 4 lit. b otrzymuje brzmienie:
 - „b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;”
 - f) w ust. 6 w pkt 3 skreśla się lit. c;
- 3) w § 4:
- a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL jest identyfikator jego opiekuna;”
 - b) w pkt 3 w lit. d średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. e w brzmieniu:
 - „e) nazwa: gminy, powiatu i województwa;”
- 4) w § 5 w ust. 2:
- a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) ubezpieczonych - dane, o których mowa w § 4 pkt 1, pkt 6 lit. a i pkt 7 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 2, 4 i 5 oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;”
 - b) pkt 3 otrzymuje brzmienie:
 - „3) świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 ustawy - dane, o których mowa w § 4 pkt 1-3, 6 i 7 oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5.”
- 5) w § 6:
- a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
 - „Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane o świadczeniach udzielonych świadczeniobiorcom oraz osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji:”
 - b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
 - „2. Świadczeniodawcy w odniesieniu do świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 1 przekazują, w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest:
 - 1) porada - dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5 oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 i 6;
 - 2) badanie bilansowe, porada patronażowa, wizyta patronażowa lub szczepienie - dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5 oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, oraz dane, o których mowa w § 3 ust. 6.”
 - c) w ust. 3:
 - wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
 - „Świadczeniodawca w odniesieniu do świadczeń innych niż wymienione w ust. 2, przekazuje dane zbiorcze według kodów świadczeń określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, w zakresie:”
 - pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „ 1) opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - liczbę badań znajdujących się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;”
- 6) w § 7 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 oraz pkt 6 lit. a i c oraz pkt 7 lit. a oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest własny numer PESEL, także dane, o których

mowa w § 4 pkt 4 i 5.”;

7) w § 8:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) identyfikator listy, na który składa się:

a) identyfikator świadczeniodawcy – w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,

b) identyfikator świadczeniodawcy oraz kod świadczenia ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – w przypadku listy oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego oraz w przypadku, gdy z umowy lub z przepisów odrębnych wynika obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie procedury lub zakresu świadczeń;”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Funduszem w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia następujące dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia na każdej liście oczekujących:

1) liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,

2) średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia

- według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.”;

c) po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Świadczeniodawcy przekazują co miesiąc dane, o których mowa w ust. 2 i 3, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia.”;

8) w § 9:

a) w ust. 2 w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) dane, o których mowa w § 4 pkt 2, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer własny PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 4 i 5,”;

b) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) w ust. 2 - dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-4 i 6, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator opiekuna;”;

9) w § 11 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5-7 i § 9 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.”;

10) użyte w załączniku nr 1 do rozporządzenia w tabeli nr 2 wyrazy „zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy” zastępuje się wyrazami „zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy”;

11) w [załączniku nr 3](#) do rozporządzenia:

12) w załączniku nr 4 do rozporządzenia, w części Kody trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) ”11” - przyjęcie planowe na podstawie skierowania;”;

b) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) ”12” – przyjęcie planowe, w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane, zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy.”;

13) uchyla się załącznik nr 6 do rozporządzenia;

14) [załączniki nr 7 i 8](#) do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2010 r.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374.

Uzasadnienie

Projekt wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia, 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono zmiany w zakresie rozwiązań dotyczących list oczekujących, obejmujące:

- **zmianę sposobu wyliczania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania poprzez wydłużenie do 6 miesięcy okresu** jaki uwzględnia się przy obliczaniu średniego czasu oczekiwania. Dotychczas wykorzystywano dane z okresu jednego miesiąca. Na skutek tego w niektórych miesiącach zdarzało się, że w przypadku komórek organizacyjnych, do których oczekuje niewielka liczba osób z długimi czasem oczekiwania, w niektórych miesiącach nie było osób skreślonych z listy z powodu wykonania świadczenia. Świadczeniodawcy często sprawozdają w takim przypadku „0”, co wprowadza w błąd, gdyż interpretowane jest jako realizacja świadczeń na bieżąco. Poza tym dzięki obliczaniu średniej z okresu sześciu miesięcy będzie można uzyskać bardziej rzetelne informacje na temat czasu oczekiwania.

- **wprowadzenie w przypadku określonych procedur medycznych obowiązku przekazywania danych dotyczących rzeczywistego czasu oczekiwania.** Dotychczas świadczeniodawcy przekazywali jedynie informacje o przewidywanym, a nie rzeczywistym czasie oczekiwania na wybrane procedury. Obowiązek ten wygaśnie z dniem 31 grudnia 2009 roku. Dane dotyczące list oczekujących na poszczególne komórki nie w każdym przypadku pozwalają na prawidłową ocenę sytuacji, gdyż w jednej komórce organizacyjnej mogą być realizowane świadczenia z różnych zakresów, różna może być też wartość zawartych umów na poszczególne zakresy świadczeń, skutkiem czego na niektóre procedury medyczne będzie dłuższy okres oczekiwania w danej komórce organizacyjnej. Na przykład w poradniach stomatologicznych, średnie czasy oczekiwania na leczenie protetyczne lub leczenie aparatem ortodontycznym są znacznie dłuższe niż czas oczekiwania na leczenie ubytków w poszczególnych zębach. W tego rodzaju przypadkach liczenie łącznego średniego czasu oczekiwania może wprowadzać w błąd. Z tych powodów, w niektórych przypadkach, zasadne jest wyodrębnianie pacjentów oczekujących na określoną procedurę lub zakres świadczeń spośród ogólnej liczby osób oczekujących do danej komórki organizacyjnej.

Ponadto, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

- rozszerzono zakres danych przekazywanych przez świadczeniodawców w przypadku porad - o przyczynę udzielenia porady, ale wyłącznie w przypadkach, gdy świadczenie jest udzielone w związku z cukrzycą lub chorobą układu krążenia. Cukrzyca i choroby układu krążenia są niezwykle istotne ze względu na narastającą skalę problemu występowania, następstwa dla zdrowia oraz wzrastający udział kosztów leczenia tych chorób. Ograniczenie przypadków obowiązku gromadzenia i przekazywania danych o przyczynie udzielonych świadczeń wyłącznie do określonych w rozporządzeniu jest uzasadnione faktem, że często pacjent korzystający ze świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie jest jeszcze w pełni zdiagnozowany i trudno jest jednoznacznie określić przyczynę jego choroby.

- w przypadku wykonanych badań bilansowych oraz wizyt i porad patronażowych – w miejsce zbiorczego sprawozdania wyłącznie liczby udzielonych świadczeń wprowadzono obowiązek przekazywania tych danych w połączeniu z informacją o osobie, której udzielono świadczenia. Osoba będzie identyfikowana przez PESEL, płeć, wiek i TERYT miejsca zamieszkania. Świadczenie będzie charakteryzowane wyłącznie przez datę udzielenia świadczenia. Wprowadzenie tych zmian umożliwi skuteczne monitorowanie świadczeń profilaktycznych wykonywanych w celu wczesnego wykrycia różnych wad w rozwoju i chorób dzieci i młodzieży. Prawidłowa profilaktyka stanowi często konieczny warunek zapewnienia skutecznego leczenia.

- wprowadzono obowiązek przekazywania informacji o okresie przebywania na przepustce Informacja taka niezbędna jest m.in. do weryfikacji świadczeń zgłoszonych do rozliczeń przez innych świadczeniodawców w okresie kiedy świadczeniobiorca przebywał w szpitalu oraz do eliminowania przypadków, gdy szpital przerzuca część kosztów, które powinien ponieść w związku z hospitalizacją pacjenta na innych świadczeniodawców lub pacjenta (np. koszty badań laboratoryjnych, diagnostycznych, leków, konsultacji specjalistycznych);

- zmodyfikowano przepisy dotyczące przyczyny głównej

Uwzględniając zmiany wprowadzone na wniosek Państwowego Zakładu Higieny do przepisów o dokumentacji medycznej dodano dodatkową cechę charakteryzującą hospitalizację - przyczynę główną hospitalizacji, jednostkę niezbędną dla celów statystyki publicznej. Zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej, przyczyną główną hospitalizacji jest choroba zasadnicza wpisana do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala. Ponadto, w związku z sygnałami, iż świadczeniodawcy wpisują w sposób niejednorodny przyczynę główną pobytów w oddziale szpitalnym (tj. wpisują rozpoznania z różnych rodzajów dokumentacji medycznej, wpisując albo rozpoznania wstępne albo rozpoznania przy wypisie), doprecyzowano, że jako przyczynę główną pobytu na oddziale należy wpisywać wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej rozpoznanie przy wypisie. Ponadto, jako zasadę wprowadzono przekazywanie kodu przyczyny głównej w rozszerzeniu trzyznakowym, chyba, że podmiot finansujący świadczenia zobowiąże świadczeniodawcę do przekazywania przyczyny z większą szczegółowością.

- rozszerzono obowiązek podawania dokładnej daty wykonania wskazanych procedur;

- wprowadzono obowiązek informowania, czy świadczenie zostało udzielone ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia

Wprowadzenie takiego oznaczenia świadczenie ma duże znaczenie praktyczne, gdyż zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń ze względu na zagrożenie życia i zdrowia. Ponadto z doświadczeń Funduszu wynika, iż często świadczeniodawcy „manipulują” danymi i oznaczają ex post świadczenia jako ratujące życie wyłącznie w celu uzyskania zapłaty. Odpowiednie oznaczanie świadczeń pomoże w uniknięciu tego rodzaju sytuacji;

- wprowadzono możliwość identyfikowania dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL identyfikatorem jego opiekuna (§ 4 pkt 1 i § 9 ust. 4)

Wprowadzenie tej zmiany umożliwi Funduszowi identyfikację dziecka, które nie ma numeru PESEL, ale ma prawo do świadczeń na podstawie ubezpieczenia rodzica (opiekuna). Obecnie brak możliwości identyfikacji takiego dziecka

skutkuje wykazywaniem, że świadczenie jest udzielone osobie niezidentyfikowanej;

- wprowadzono obowiązek gromadzenia danych pozwalających na ustalenie TERYT-u miejsca zamieszkania osoby, której udzielono świadczenia

Dane te są potrzebne zarówno Funduszowi, w związku z kontraktowaniem świadczeń, jak i podmiotom, którym przekazuje on dane sprawozdawcze (głównie wojewodom i zarządom województw) zainteresowanym stanem zdrowia ludności zamieszkującej określone obszary danego województwa. Szpitale już od kilku lat przekazują nr TERYT pacjenta w ramach sprawozdawczości publicznej. Ze względu na fakt, iż bardzo trudno byłoby egzekwować znajomość TERYT-u zarówno od świadczeniobiorcy, jak i świadczeniodawcy, wprowadzono obowiązek gromadzenia danych, które umożliwią jego ustalenie tj. nazwę: gminy, powiatu i województwa;

- uszczegółowiono także katalog trybów przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia w opiece ambulatoryjnej (załącznik nr 4)

Zmiana uwzględnia fakt, iż art. 57 ust. 2 ustawy wymienia przypadki, w których skierowanie nie jest wymagane;

- uwzględniono uprawnienia wynikające z art. 24 a ustawy, tj. prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa oraz wprowadzono obowiązek oznaczania świadczeń udzielanych kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu;

- uaktualniono wykaz zawodów medycznych – uwzględniając m.in. zmiany wprowadzone do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860, z późn. zm.);

- wprowadzono konieczne zmiany związane z wejściem w życie ustawy z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989) i zmianą odesłań do przepisów zawierających upoważnienia do wydania rozporządzeń.

Zmiany wprowadzone do komunikatu, który określa załącznik nr 8 do rozporządzenia, odzwierciedlają wszystkie zmiany dotyczące zmiany zakresu przekazywanych danych. Inne zmiany w komunikacie mają charakter czysto techniczny i dotyczą formatu przekazywanych danych.

Zaproponowany 14- dniowy termin uzgodnień zewnętrznych wynika z konieczności zapewnienia zarówno Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz świadczeniodawcom czasu na przystosowanie ich systemów informatycznych do zmian wprowadzanych przez projekt rozporządzenia. W szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia będzie musiał uwzględnić wprowadzane zmiany w komunikacie XML, ogłaszanym Zarządzeniem Prezesa NFZ. Dopiero na jego podstawie zmiany w swoim oprogramowaniu będą wprowadzali świadczeniodawcy. Za krótszym okresem uzgodnień przemawia także fakt, iż rozporządzenie wprowadza jedynie modyfikacje do już istniejących rozwiązań, które były już poddane szerokim konsultacjom społecznym.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach wymiany informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej zgodnie z § 5 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), wraz z przekazaniem projektu do konsultacji społecznych, projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Przedmiot projektowanej nowelizacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowana nowelizacja rozporządzenia oddziałuje na wszystkich świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (zobowiązując ich do gromadzenia i przekazywania określonych danych) oraz na Narodowy Fundusz Zdrowia, i inne podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych tj. ministra właściwego do spraw zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych (odbiorców informacji).

2. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektor finansów publicznych

Projektowana nowelizacja nie wprowadza zmian, które wykraczałyby poza dotychczasowy zakres skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Niewielkie wydatki dla sektora publicznego mogą wiązać się z koniecznością modyfikacji istniejącego oprogramowania wykorzystywanego przez świadczeniodawców, chociaż zazwyczaj tego rodzaju usługi są wykonywane w ramach umów serwisowych przez producentów oprogramowania.

3. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt nowelizacji zostanie przekazany następującym podmiotom: Naczelnej Izbie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Porozumieniu Zielonogórskiemu Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu

Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy Radiologów, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związkowi Zawodowemu Farmaceutów, Związkowi Zawodowemu Anestezjologów, Związkowi Zawodowemu Chirurgów Polskich, Związkowi Zawodowemu Neonatologów, Krajowy Związkowi Zawodowemu Pracowników Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolska Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Konfederacji Pracodawców Polskich, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców SP ZOZ, Federacji Konsumentów, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia, Federacji Związków Pracodawców ZOZ RP, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia MSWiA, Izbie Lecznictwa Polskiego, Polskiej Unia Szpitali Klinicznych, Business Center Club, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Warszawie, Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Szpitali Niepublicznych, Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Niepublicznych Szpitali Samorządowych, Stowarzyszeniu Unia Uzdrowisk Polskich, Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ, Unii Metropolii Polskich, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentowi Marszałków Województw Dodatkowo projekt zostanie skonsultowany z wojewodami i marszałkami województw.
Po zakończeniu konsultacji, ich wyniki zostaną omówione w niniejszej Ocenie.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki oraz przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki oraz przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana nowelizacja nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Projektowaną nowelizacją nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia ludności.
www.inforflex.pl

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej nowelizacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.