

USTAWA

z dnia.....r.

**o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych**

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) ciągłość – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą w szczególności ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów.”,

b) po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7) kompleksowość – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą w szczególności wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji oraz strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie;”,

c) po pkt 28 dodaje się pkt 28a w brzmieniu:

„28a) poradnia przyszpitalna – przedsiębiorstwo (ambulatorium) podmiotu leczniczego prowadzącego szpital albo komórkę organizacyjną tego przedsiębiorstwa, zlokalizowane w budynku lub zespole budynków

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego niniejszej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154.

oznaczonych tym samym adresem co szpital albo innymi adresami, ale położonych obok szpitala i tworzących funkcjonalną całość”;

2) w art. 57 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, o których mowa w ust. 1, mogą być udzielane również w poradni przyszpitalnej.”;

3) w art. 144 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Postępowanie w trybie rokowań przeprowadza się ze świadczeniodawcą, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 154 ust. 4, w przypadku uchylenia decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w następstwie rozpatrzenia tego wniosku, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wypowiada tę umowę oraz ponownie przeprowadza postępowanie w trybie konkursu ofert.”;

4) art. 145 otrzymuje brzmienie:

„Art. 145. 1. W przypadku, o którym mowa w art. 144 ust. 1 pkt 1, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.

2. W przypadkach, o których mowa w art. 144 ust. 1 pkt 2 i 3, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”;

5) w art. 154:

a) ust. 4-6 otrzymują brzmienie:

„4. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

5. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy, podlega natychmiastowemu wykonaniu.”,

b) uchyla się ust. 7,

c) dodaje się ust. 9 w brzmieniu.

„9. Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1-6, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów.”;

6) w art. 156 po ust. 1 dodaje się ust. 1a-1c w brzmieniu:

„1a. W przypadku, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie tych świadczeń, może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.

1b. Zmiana umowy, o której mowa w ust. 1a, wymaga uzyskania zgody Prezesa Funduszu.

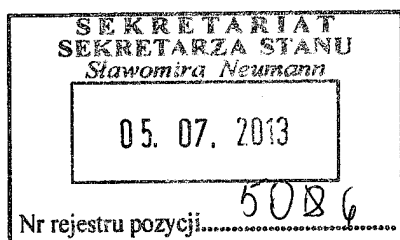
1c. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany niezwłocznie przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony na podstawie ust. 1a i 1b.”.

Art. 2. 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanej w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

2. Wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.

Art. 3. Do postępowań, o których mowa w art. 154 ustawy, o której mowa w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1 i 2, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r.



Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego
Sylwia Lis

5-07-2013r.
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Makulska

Uzasadnienie

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwany dalej „projektem”, ma na celu:

- 1) zwiększenie gwarancji wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) usprawnienie postępowania odwoławczego od rozstrzygnięć komisji konkursowej w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wprowadzenie możliwości przedłużenia okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad. 1 W celu zagwarantowania wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej proponuje się określić na poziomie ustawy pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, które służą jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (por. art. 148 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.). Zdecydowano się na wyszczególnienie podstawowych elementów, które muszą być brane pod uwagę podczas procesu porównania ofert. Wyliczenie nie ma jednak charakteru enumeratywnego (wskazuje elementy, które należy brać pod uwagę dokonując oceny ofert pod względem ciągłości i kompleksowości), co umożliwi Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanemu dalej „Prezesem NFZ”, stosowanie także dodatkowych wyznaczników ww. kryteriów.

Wskazane kryteria były dotychczas rozbieżnie interpretowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a ich zakresy nierzadko pokrywały się ze sobą. Dlatego proponuje się ich zdefiniowanie poprzez wyliczenie podstawowych parametrów.

Projekt wyraźnie określa, iż kryterium kompleksowości należy rozumieć co najmniej przez takie elementy jak możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji oraz strukturę świadczeń opieki zdrowotnej tj. możliwość realizacji wszystkich objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia w danym zakresie świadczeń jednostkowych (tzw.

produktów rozliczeniowych) przypisanych do danego zakresu świadczeń. Możliwość ta oceniana powinna być poprzez posiadanie niezbędnego potencjału (sprzęt, personel, odpowiednie warunki lokalowe itp.).

Kryterium ciągłości należy natomiast rozumieć, jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń. Kryterium to premiować będzie oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta „nowego” świadczeniodawcy powinna zatem być lepsza by uzasadniać związane z jej wyborem zmiany.

W tym samym celu proponuje się uszczegółowić przepis art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który określa podstawowe zasady dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, poprzez wyraźne sformułowanie, iż mogą być one udzielane również w poradni przyszpitalnej (której definicję dodaje się do art. 5 ww. ustawy).

Powyższe pozwoli Narodowemu Funduszowi Zdrowia na ogłaszanie odrębnych postępowań i zawieranie umów, których przedmiotem będą ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane w podmiotach leczniczych oferujących kompleksową opiekę zdrowotną, zintegrowaną z leczeniem szpitalnym (Prezes NFZ uzyska możliwość stworzenia nowego produktu kontraktowego).

Ad. 2 Druga zasadnicza zmiana przewidziana w projekcie polega na tym, że postępowanie odwoławcze od rozstrzygnięć komisji konkursowej w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie prowadzone na poziomie oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanych dalej „OW NFZ”. W projekcie proponuje się wprowadzenie dwuinstancyjnego postępowania administracyjnego na poziomie OW NFZ w taki sposób, że od decyzji dyrektora OW NFZ będzie przysługiwał wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy, a w dalszej kolejności - skarga do sądu administracyjnego, umożliwiająca kontrolę legalności przeprowadzonego postępowania. Ma to na celu usprawnienie procesu

zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i właściwego zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów.

Zmiana ta wynika także z linii orzeczniczej NSA, zapoczątkowanej w 2012 r. (por. m.in. orzeczenia NSA: z dnia 11.07.2012 r., sygn. akt II GSK 121/12; z dnia 06.03.2013 r., sygn. akt II GSK 1163/12; z dnia 08.05.2013 r., sygn. akt. II GSK 254/12, z dnia 08.05.2013 r., sygn. akt. II GSK 255/12; z dnia 08.05.2013 r., sygn. akt. II GSK 254/12), w świetle której dyrektor OW NFZ uprawniony jest do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dopiero po rozpatrzeniu odwołania przez Prezesa NFZ.

Tym samym w przypadku przeprowadzania dużej liczby konkursów ofert (w związku z wygasaniem umów, zawieranych, co do zasady, na okres 3 lat) skutkującego m.in. bardzo dużą liczbą składanych odwołań nie jest możliwe ich rozpatrzenie przez Prezesa NFZ w okresie umożliwiającym zawarcie umów o udzielanie świadczeń od początku następnego roku.

Proponowane rozwiązanie jakkolwiek stanowi odstępstwo od art. 127 § 2 i 3 Kodeksu postępowania administracyjnego, jednakże jest niezbędne z uwagi na specyfikę postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera dyrektor OW NFZ i w tym zakresie jest on podmiotem samodzielnym. Z tego punktu widzenia kontrola przez Prezesa NFZ, a więc z poziomu centralnego, decyzji wydawanych w tym zakresie przez dyrektora OW NFZ nie ma merytorycznego uzasadnienia. Warto przy tym zauważyć, że zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego odwołania od decyzji wydanych przez organy jednostek samorządu terytorialnego rozpatrują samorządowe kolegia odwoławcze. Dopatrując się w tym przypadku pewnych analogii dotyczących lokalnej specyfiki prowadzonych postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy zauważyć, że brak jest w tym przypadku organu odwoławczego na poziomie lokalnym. W tej sytuacji zasadne jest, aby od decyzji dyrektora OW NFZ służył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Dodatkowo należy podkreślić, że takie rozwiązanie skutkować będzie odciążeniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który dotychczas jako jedyny rozpatrywał skargi na decyzje Prezesa NFZ wydane w II instancji. Wprowadzenie proponowanego rozwiązania spowoduje, że właściwe w tym zakresie będą także pozostałe wojewódzkie sądy administracyjne, właściwe ze względu na siedzibę organu, który wydał decyzję, czyli dyrektora OW NFZ. W tym miejscu należy także

podkreślić, iż także przy obecnie funkcjonującym rozwiązaniu umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w wyniku uwzględnienia skargi świadczeniodawcy przez Prezesa NFZ, zawierał dyrektor OW NFZ, a nie Prezes NFZ.

Ponadto, w projekcie proponuje się skrócenie terminu rozpatrzenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy (obecnie - odwołania) z 30 do 14 dni oraz wyraźne określenie na poziomie ustawy katalogu stron postępowania odwoławczego.

Regulacje w powyższym zakresie, choć odbiegają od reguł określonych na gruncie Kodeksu postępowania administracyjnego są uzasadnione potrzebą sprawnego zawierania umów (nierzadko w postępowaniach o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uczestniczy kilkadziesiąt podmiotów).

Precyzyjne określenie stron postępowania, dokonane zostało również z uwagi na rozbieżne orzecznictwo sądów administracyjnych, które przyjmują, iż stronami postępowania są:

- 1) wyłącznie odwołujący się od decyzji dyrektora OW NFZ;
- 2) odwołujący się oraz wybrani w konkursie świadczeniodawcy;
- 3) wszyscy uczestnicy postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przewiduje się również, iż przyjęcie powyższej regulacji przyczyni się do ograniczenia kosztów postępowania (zarówno po stronie NFZ, jak i samych świadczeniodawców) bowiem nie będzie zachodziła konieczność doręczania pism (np.: odpisów składanej skargi do sądu administracyjnego) wszystkim podmiotom, które złożyły oferty w danym postępowaniu (często nie zainteresowanym prowadzonym postępowaniem przed sądem), a także zmniejszy się liczba dokumentów stanowiących akta spraw.

Z uwagi na powyższe, jak i w związku ze wzrastającą liczbą składanych odwołań (spowodowaną m.in. zwiększeniem liczby świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia), w celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej od początku 2014 r. wprowadzenie zmian zawartych w projekcie jest niezbędne.

W projekcie (mając na uwadze dotychczasowe rozbieżne interpretacje) zdecydowano się wyraźnie określić konsekwencje uchylecia decyzji dyrektora OW NFZ (w następstwie rozpatrzenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy – uprzednio w następstwie złożenia odwołania do Prezesa NFZ). W przypadku uwzględnienia wniosku, Dyrektor OW NFZ obowiązany będzie przeprowadzić

postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, którego wniosek uwzględniono. Mając jednak na uwadze specyfikę postępowań, w których umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze, przewidziano odstępstwo od powyższej zasady. W takich przypadkach uchylając decyzję, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązany będzie wypowiedzieć umowę oraz ponownie przeprowadzić postępowanie w trybie konkursu ofert.

W roku 2013 - w związku z upływającym z dniem 31 grudnia 2013 r. okresem obowiązywania dużej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia będzie w II połowie 2013 r. przeprowadzał postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2014 i lata następne. W tej sytuacji istnieje realne zagrożenie, iż NFZ nie zdąży ukończyć tych postępowań oraz procesu zawierania umów przed dniem 1 stycznia 2014 r., a tym samym nie zostanie zabezpieczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej od początku 2014 r.

W związku z powyższym, w celu umożliwienia zarówno odpowiedniego przygotowania się OW NFZ do realizacji nowych obowiązków w zakresie obsługi postępowań odwoławczych, jaki i odpowiedniego oraz terminowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia umów w art. 2 projektu proponuje się umożliwienie przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

Przewiduje się jednocześnie, że postępowania wszczęte wskutek wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia komisji konkursowej i nie zakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, prowadzone będą na dotychczasowych zasadach.

Ad. 3 Proponuje się także wprowadzenie na stałe instrumentu pozwalającego na wydłużenie aktualnie obowiązującej umowy w sytuacji, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. By instytucja ta nie była wykorzystywana do wydłużania umów na czas nieokreślony, proponuje się wprowadzić okres 6 miesięcy jako maksymalny, na jaki może zostać umowa przedłużona, oraz wymóg uzyskania zgody Prezesa Funduszu na dokonanie takiej zmiany umowy. Jednocześnie z przedłużeniem umowy dyrektor OW NFZ

zobligowany zostanie do przeprowadzenia postępowania na zakres świadczeń, który był przedmiotem przedłużonej umowy.

Proponuje się aby projektowana ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1 i 2 projektu. Przepisy te wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2014 r. Termin ten wynika z przyjętego rozwiązania przejściowego (art. 2 projektu ustawy), który umożliwia przedłużenie aktualnie obowiązujących umów do końca 2015 r. Okres ten daje także odpowiedni czas na przygotowanie się NFZ do przeprowadzania postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z nowymi rozwiązaniami.

Projekt ustawy nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt ustawy swoim zakresem wywiera wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców biorących udział w konkursach ofert lub realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także na świadczeniobiorców, ponieważ usuwa ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został przesłany do konsultacji z Narodowym Funduszem Zdrowia, Naczelną Radą Lekarską i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związkiem Powiatów Polskich, Związkiem Województw RP, oraz do reprezentatywnych związków i stowarzyszeń zrzeszających świadczeniodawców, m.in. do Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Unii Szpitali Klinicznych, oraz Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt ustawy został także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

Wyniki konsultacji społecznych zostaną omówione, po ich zakończeniu, w niniejszej Ocenie.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowana ustawa nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego oraz dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

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

Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw, poprzez zwiększenie efektywności postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na ochronę zdrowia poprzez lepsze zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na warunki życia ludności.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.