PROJEKT 26.09.2016 r.

ustawa

z dnia …… 2016 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 2015 r. poz. 581, z późn. zm.[[1]](#footnote-1)1)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) instytut – świadczeniodawcę będącego instytutem badawczym, o którym mowa
w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych,";

2) w art. 55 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

 „3. Na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu zawiera odrębną umowę, z zastrzeżeniem art. 159a ust. 1.”;

3) po Dziale IVa dodaje się Dział IVb w brzmieniu:

 „DZIAŁ IVb

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 95l. 1. Tworzy się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”, którego celem jest zabezpieczenie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności
w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej
w poradniach przyszpitalnych, oraz zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się następujące poziomy:

1) szpitale I stopnia;

2) szpitale II stopnia;

3) szpitale III stopnia;

4) szpitale onkologiczne i pulmonologiczne;

5) szpitale pediatryczne;

6) szpitale ogólnopolskie.

3. Poziomy systemu zabezpieczenia określa się poprzez profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ust. 2, zwanych dalej „profilami”, w ramach których zapewnia się świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na danym poziomie systemu zabezpieczenia.

4. W celu zagwarantowania kompleksowości i ciągłości opieki zdrowotnej, w zakresie poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia może być zapewniony świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach dodatkowych profili, innych niż te, o których mowa w ust. 3.

Art. 95m. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia:

1) profile charakteryzujące poszczególne poziomy systemu zabezpieczenia;

2) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia;

3) dodatkowe profile, w ramach których, świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia;

4) kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń w ramach profili, o których mowa w pkt 3

– uwzględniając potrzebę zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w  szczególności zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 95n. 1. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów
o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa.

2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili, o których mowa
w art. 95l ust. 2-4, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

3. Kwalifikacji, o której mowa w ust. 1, dokonuje się pod warunkiem, że dany świadczeniodawca, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa, spełnia łącznie następujące warunki:

1) w odniesieniu do poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–5:

a) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5,

b) spełnia kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 95m,

c) posiadał oraz posiada w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 6, umowę
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:

– okres trwania umowy w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do odpowiedniego poziomu systemu zabezpieczenia, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 95m, wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,

– umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d pkt 2;

2) w odniesieniu do poziomu, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6:

a) jest instytutem lub podmiotem wykonującym działalność leczniczą, o którym mowa
w art. 89 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub podmiotem wykonującym działalność leczniczą utworzonym przez ministra
i realizującym zadania polegające na kształceniu przed - i podyplomowym w zawodach medycznych,

b) spełnia kryteria kwalifikacji do poziomu ogólnopolskiego, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 95m,

c) posiadał oraz posiada w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 6, umowę
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:

– okres trwania umowy wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,

– umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d pkt 2,

– umowa obejmuje co najmniej profile charakteryzujące poziom systemu zabezpieczenia świadczeń ogólnopolskich, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 95m.

4. Do okresu, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 lit. c i pkt 2 lit. c, zalicza się okres obowiązywania umowy poprzedniego świadczeniodawcy, w którego prawa i obowiązki wstąpił świadczeniodawca określony w ust. 3 na podstawie ustawy lub czynności prawnej, w tym umowy przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w art. 155 ust. 5.

5. W przypadku, gdy wymaga tego konieczność zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który nie spełnia warunków, o których mowa w ust. 3, może zostać zakwalifikowany do systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, działając na zasadach określonych w  ust.  1–5 dokonuje kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz obejmujący wskazanie:

1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa oraz

2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, profili, o których mowa w art. 95m ust. 2-4, w ramach których będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej
na danym poziomie systemu zabezpieczenia.

7. Wykaz, o którym mowa w ust. 6, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 30 kwietnia z okresem obowiązywania 4 lat, z zastrzeżeniem ust. 8. Wykaz obowiązuje od dnia 1 lipca.

8. W przypadku stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w ust. 6, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia na pozostały okres obowiązywania tego wykazu oraz odpowiednio zmienia wykaz.

9. Do postępowania określonego w ust. 1-8 nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.”;

4) w art. 107 w ust. 5 po pkt 23 dodaje się pkt 23a w brzmieniu:

„23a) kwalifikacja świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia, o  której mowa w art. 95n ust. 1.”;

5) w art. 136:

 a) ust. 2 otrzymuje brzmienie

„2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 159a ust. 1, sposób rozliczania świadczeń ustala się zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2.”;

6) po art. 159 dodaje się art. 159a w brzmieniu:

„Art. 159a. 1. Ze świadczeniodawcą wymienionym w wykazie, o którym mowa w  art. 95n ust. 6, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowę dotyczącą realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert lub rokowań nie stosuje się.

2. W przypadku zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy, o której mowa w art. 95n ust. 8, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje zmiany umowy, o której mowa w ust. 1

3. Ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, nie może być zawarta umowa o  udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1 lub 2.”.

Art. 2. Z dniem 1 lipca 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazach, o których mowa w ust. 1, stają się umowami zawartymi na podstawie art. 159a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie i obowiązują w okresie kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**UZASADNIENIE**

**Aktualny stan prawny**

W aktualnym stanie prawnym, na gruncie 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.), zwanej dalej „ustawą”, zachodzi niemal nieograniczona możliwość ubiegania się o  zawarcie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach,
w tym w zakresie leczenia szpitalnego, przez wszystkie podmioty spełniające warunki określone dla danego zakresu świadczeń w  odpowiednich przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

Konsekwencją obowiązujących zasad zawierania umów jest swoiste rozmycie wyraźnie niegdyś wyodrębnionych poziomów opieki szpitalnej i specjalistycznej. Stan taki utrudnia świadome i racjonalne kształtowanie właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń w tym zakresie.

Ponadto istniejące unormowania w zakresie zawierania umów powodują również po stronie szpitali permanentny stan niepewności co do przyszłych warunków finansowania ich działalności, co utrudnia racjonalne inwestycje oraz długofalową politykę kadrową, a także przyczynia się do marnotrawstwa zasobów.

**Podstawowe założenia projektowanych zmian**

Punktem wyjścia projektowanych zmian jest założenie, że opieka specjalistyczna, w  szczególności leczenie szpitalne, wymaga szczególnego traktowania w systemie opieki zdrowotnej, z uwagi na takie aspekty jak kosztochłonność inwestycji w infrastrukturę medyczną, konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej na terytorium kraju i  w  poszczególnych regionach oraz poddanie tej sfery działalności leczniczej szczególnym wymogom planowania w celu zapewnienia optymalnego wykorzystania zasobów. Ponadto jest niezbędne wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych i świadczeń specjalistycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym.

Projektowana ustawa wprowadza do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w  postaci systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Zakłada się, że PSZ obejmie również świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zawieranie umów na realizację tych świadczeń w trybie konkursu ofert lub rokowań, powinno pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Jednocześnie zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz rehabilitacji leczniczej, na obecnym etapie, pozostaną bez zmian.

W ramach PSZ zostanie wyodrębnionych sześć poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń. Zostanie przeprowadzona kwalifikacja świadczeniodawców poszczególnych poziomów PSZ, która będzie odnosiła się do zakładu leczniczego świadczeniodawcy, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. W ramach kwalifikacji danemu szpitalowi zostanie przyporządkowany jeden z poziomów PSZ oraz wskazane zostaną profile, w ramach których będzie on mógł udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ.

Świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu systemu zabezpieczenia będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, w ramach PSZ, której szczegółowy zakres będzie uzależniony od kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia świadczeń.

Podstawowymi celami projektowanych zmian są:

1. Zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych
w szpitalach, jako warunek zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom (ok. 85 % w stosunku do ok. 15 %).
3. Poprawienie dostępu dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych w szpitalach.
4. Zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych.
5. Uelastycznienie zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia.
6. Koordynacja świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych.

**Rozwiązania szczegółowe**

Ze względu na doniosłość wprowadzanej nowej instytucji prawnej w zakresie zawierania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest uzasadnione wyodrębnienie w ustawie odrębnego działu „Podstawowe szpitalne zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Projekt określa sześć poziomów PSZ. Do poziomu szpitali I stopnia powinny należeć przede wszystkim szpitale o zasięgu powiatowym, realizujące najczęstsze świadczenia szpitalne
o charakterze najbardziej podstawowym. Kolejny poziom systemu zabezpieczenia odpowiada, co do zasady, byłym szpitalom wojewódzkim (przy poprzednim podziale na województwa). Poziom szpitali III stopnia dotyczy, co do zasady, wieloprofilowych szpitali specjalistycznych spełniających obecnie najszersze wymagania. Poziomy szpitali onkologicznych
i pulmonologicznych oraz szpitali pediatrycznych zostały wyodrębnione odpowiednio ze względu na specyfikę i istotność danego rodzaju świadczeń z punktu widzenia epidemiologii
i kosztów oraz ze względu na szczególny charakter opieki tej opieki. Wyodrębnienie ogólnopolskiego poziomu systemu zabezpieczenia dla świadczeniodawców mających status instytutów oraz innych szpitali klinicznych utworzonych przez ministra i uczelnie medyczne jest uzasadnione szczególną rolą tych jednostek w sektorze opieki zdrowotnej, która obejmuje zarówno udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do zasady na najwyższym poziomie, jak
i prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej w ochronie zdrowia.

Szczegółowe zdefiniowanie poszczególnych poziomów, poprzez przyporządkowanie każdemu z nich określonych profili realizacji świadczeń szpitalnych, jak również odpowiadających im specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, powinno być materią przepisów wykonawczych, wydanych w formie rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia. Dotyczy to także szczegółowych kryteriów, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy kwalifikujący się do danego poziomu systemu zabezpieczenia, jak również kryteriów, według których będą wskazywane świadczenia w ramach poszczególnych profili, które dany podmiot będzie mógł udzielać w ramach PSZ.

Natomiast kryteria ogólne kwalifikacji do PSZ zostały określone w ustawie. Dotyczą one:

1. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (poza podmiotami zakwalifikowanymi do poziomu szpitali ogólnopolskich, szpitali onkologicznych i pulmonologicznych oraz szpitali pediatrycznych), co jest z oczywistych względów konieczne dla szpitali należących do PSZ;
2. posiadania w okresie co najmniej 2 lat kalendarzowych oraz w momencie kwalifikacji umowy z NFZ w zakresie dotyczącym świadczeń, których dany szpital może udzielać w ramach PSZ, co wynika z potrzeby promowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Posiadanie umowy wiąże się również ze spełnianiem kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d pkt 2 ustawy;
3. udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, co przede wszystkim oznacza działanie w trybie tzw. „ostrym”.

W związku z tym, że określone w projektowanej ustawie i mającym być wydanym na jej podstawie rozporządzeniu Ministra Zdrowia kryteria kwalifikacji pozwolą na jednoznaczne wskazanie podmiotu zakwalifikowanego do danego poziomu systemu zabezpieczenia oraz wskazanie dla niego profili, w ramach których będą udzielne świadczenia opieki zdrowotnej w PSZ, przewiduje się, że wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów ogłaszać będą dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich NFZ,
w odniesieniu do podmiotów prowadzących działalność na terytorium danego województwa. Ogłoszenie takiego wykazu będzie miało charakter czynności techniczno-administracyjnej. Kryteria kwalifikacji świadczeniodawców określone w projektowanych: ustawie
i rozporządzeniu nie będą pozostawiać w tym względzie żadnego pola uznaniowości dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ - rolą dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ będzie wyłącznie zbadanie, czy świadczeniodawca spełnia jednoznaczne kryteria określone w art. 95n ust. 3.

Świadczeniodawca wymieniony w ww. wykazie uzyskiwałby prawo zawarcia umowy o  udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną dla niego wskazane w ramach kwalifikacji.

Kwalifikacji do danego poziomu będzie się dokonywać na okres kolejnych 4 lat kalendarzowych.

Dodatkowo dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ mógłby, po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, zakwalifikować do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa świadczeniodawcę, który nie spełnia warunków kwalifikacji, w przypadku stwierdzenia, iż jest to niezbędne dla właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z proponowanym nowym ust. 2 art. 136 ustawy, umowy zawierane ze świadczeniodawcami w ramach PSZ będą zawierać szczegółowy sposób rozliczania świadczeń w ramach tych umów, który ustalany będzie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2. Zakłada się co do zasady odstąpienie od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w formie ryczałtu obejmującego całość opieki w danym okresie. Przewiduje się wprowadzenie mechanizmu gwarantującego powiązanie kwoty ryczałtu na dany rok z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzedzającym.

Poprzez dodanie projektowanego art. 159a ustawy nakłada się na dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ obowiązek zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze wszystkimi świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń na terenie danego województwa wymienionymi w wykazach świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ. Umowy te obejmować będą świadczenia, których zgodnie z tym wykazem dany podmiot może udzielać w ramach PSZ i zawierane będą na okres obowiązywania wykazów. Jednocześnie przewidziano, iż ze świadczeniodawcą posiadającym umowę w ramach PZS nie będzie mogła zostać zawarta umowa o  udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych
w art. 139 ustawy, dotycząca tych samych świadczeń opieki zdrowotnej.

**Przepisy przejściowe i końcowe**

W art. 2 projektowanej ustawy przewidziano mechanizm, zgodnie z którym w przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ, z dniem 1  lipca 2017 r., dotychczasowe umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej automatycznie staną się umowami realizowanymi w ramach PSZ, w odniesieniu do świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w ramach kwalifikacji do danego poziomu PSZ. Pierwsze wykazy podmiotów zakwalifikowanych do PSZ zostaną ogłoszone nie później niż do dnia
30 kwietnia 2017 r., z  terminem obowiązywania od dnia 1 lipca 2017 r.

Zakłada się wejście projektowanych regulacji po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

1. 1) Zmiany teksu 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, 652, 960 i 1355. [↑](#footnote-ref-1)