|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu**:  Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**  Ministerstwo Zdrowia  **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu:**  Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu:**  Rafał Bułanowski, [r.bulanowski@mz.gov.pl](mailto:r.bulanowski@mz.gov.pl); (22) 860 11 38, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia | | | | | | | **Data sporządzenia:**  26.09.2016 r.  **Źródło:**  Potrzeba pilnego wprowadzenia regulacji racjonalizujących zawieranie umów i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej  **Nr w wykazie prac Rady Ministrów:** UD116 | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | |
| 1. **1. Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | |
| W aktualnym stanie prawnym istnieje niemal nieograniczona możliwość ubiegania się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przez wszystkie podmioty spełniające warunki określone dla danego profilu świadczeń w odpowiednich przepisach, wydanych na podstawie art. 31d 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”. Konsekwencją takiego stanu jest rozmycie wyraźnie niegdyś wyodrębnionych poziomów opieki specjalistycznej. Utrudnia to świadome i racjonalne kształtowanie właściwego zabezpieczenia dostępu do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie szpitalnym i ambulatoryjnym. Powoduje to również po stronie szpitali permanentny stan niepewności co do przyszłych warunków finansowania ich działalności, utrudniając racjonalną politykę inwestycyjną i długofalową politykę kadrową, a także przyczyniając się do marnotrawstwa zasobów. Brak jest również wystarczających mechanizmów sprzyjających integracji specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie szpitalnym i ambulatoryjnym. | | | | | | | | |
| 1. **2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt** | | | | | | | | |
| Projektowana ustawa wprowadza do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia” który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej, opieki specjalistycznej realizowanej w przychodniach przyszpitalnych. Zawieranie umów na udzielanie tych świadczeń opieki zdrowotnej na dotychczasowych zasadach, a więc w drodze konkursów ofert lub rokowań, powinno pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym.  W ramach systemem zabezpieczenia zostanie wyodrębnionych sześć poziomów zabezpieczenia, począwszy od poziomu lokalnego, aż po poziom świadczeń udzielanych przez podmioty o randze instytutów. Podmioty mogące udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemem zabezpieczenia zostaną przyporządkowani do jednego z poziomów zabezpieczenia, w zależności od stopnia i rodzaju specjalizacji.  Świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach systemem zabezpieczenia, której szczegółowy zakres będzie uzależniony od jego potencjału.  W zakresie świadczeń objętych umową zawartą w ramach systemem zabezpieczenia przyjęta zostanie nowa forma rozliczenia kosztów udzielanych świadczeń, w postaci ryczałtu na dany rok.  Obok świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego kontraktowanie i rozliczanie świadczeń na zasadach systemem zabezpieczenia obejmie także specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne udzielane w przychodniach przyszpitalnych, odpowiadających profilom świadczeń szpitalnych zakontraktowanych przez dany podmiot w ramach systemu zabezpieczenia, co przyczyni się do poprawy jakości opieki nad pacjentem, poprzez zwiększony stopień koordynacji i integracji tej opieki. | | | | | | | | |
| 1. **3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | |
| W państwach członkowskich UE istnieją rozmaite modele relacji pomiędzy płatnikami publicznymi a świadczeniodawcami opieki szpitalnej. Trudno byłoby wyróżnić określony model zdecydowanie dominujący. Można jednak stwierdzić, że w zdecydowanej większości państw nie jest praktykowany wybór świadczeniodawców na zasadach konkursów ofert.  W pewnym stopniu propozycje zawarte w przedmiotowym projekcie korespondują z rozwiązaniami przyjętymi w państwach takich jak Niemcy i Austria.  W Niemczech do udzielania świadczeń szpitalnych w ramach systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a tym samym do otrzymywania refundacji kosztów tych świadczeń od kas chorych, są automatycznie uprawnione wszystkie szpitale ujęte w planach szpitali tworzonych przez władze każdego landu.  W Austrii istnieje ryczałtowa forma finansowania świadczenia szpitalnych, w postaci rocznych budżetów dla poszczególnych podmiotów, których wysokość uzależniona jest od wolumenu udzielonych świadczeń w roku poprzedzającym. | | | | | | | | |
| 1. **4. Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | |
| Grupa | Wielkość | | Źródło danych | | Oddziaływanie | | | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) | 1 | | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | NFZ nie będzie organizował konkursów ofert w odniesieniu do zdecydowanej większości świadczeń szpitalnych.  Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ ogłaszać będą wykazy świadczeniodawców uprawnionych do udzielania świadczeń w ramach systemem zabezpieczenia. | | | |
| Szpitale | 1375 | | Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą | | W celu uzyskania prawa udzielania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia, które stanowić będzie główną formę zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, podmioty lecznicze będą musiały spełnić wymogi niezbędne dla zakwalifikowania do danego poziomu systemem zabezpieczenia. | | | |
| Świadczenio-biorcy | ok. 35 mln | | Centralny Wykaz Ubezpieczonych | | Świadczeniobiorcy uzyskają poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Odniosą także korzyści związane wyraźną poprawą koordynacji świadczeń szpitalnych i świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której konsekwencja powinna być ogólna poprawa jakości opieki zdrowotnej. | | | |
| 1. **5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | |
| Odnośnie projektowanej ustawy nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje.  Projekt regulacji zostanie przekazany na okres 30 dni do opiniowania i konsultacji publicznych m.in. z następującymi podmiotami:   1. Radą Dialogu Społecznego; 2. Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego; 3. Naczelną Radą Lekarską; 4. Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych; 5. Naczelną Radą Aptekarską; 6. Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych; 7. Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia; 8. Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej; 9. Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; 10. Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych; 11. Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; 12. Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; 13. Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej; 14. Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień; 15. Forum Związków Zawodowych; 16. Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”; 17. Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”; 18. Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych; 19. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych; 20. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy; 21. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych; 22. Związkiem Powiatów Polskich; 23. Konwentem Marszałków Województw; 24. Konfederacją „Lewiatan”; 25. Business Center Club; 26. Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”; 27. Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”; 28. Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 29. Federacją Pacjentów Polskich; 30. Stowarzyszeniem Primum Non Nocere; 31. Rzecznikiem Praw Pacjenta; 32. Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych.   Wyniki opiniowania i konsultacji publicznych zostaną omówione w raporcie załączonym do niniejszej Oceny.  Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.) Projekt zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. poz. 979, z późn. zm.). | | | | | | | | |
| 1. **6. Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | |
| Projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń szpitalnych oraz świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach systemu zabezpieczenia będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ. | | | | | | | | |
| 1. **7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe** | | | | | | | | |
| brak | | | | | | | | |
| 1. **8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu** | | | | | | | | |
| nie dotyczy | | | | | | | | |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | |
| zmniejszenie liczby dokumentów  zmniejszenie liczby procedur  skrócenie czasu na załatwienie sprawy  inne: | | | | | | zwiększenie liczby dokumentów  zwiększenie liczby procedur  wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  inne: | | |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | |
| 1. **9. Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | |
| Nie dotyczy. | | | | | | | | |
| 1. **10. Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  inne: | | | | demografia  mienie państwowe | | | | informatyzacja  zdrowie |
| Omówienie wpływu | | Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń szpitalnych i specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz jakości tych świadczeń, w związku z poprawą koordynacji między leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym i ciągłości leczenia. | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | |
| Przepisy projektowanej ustawy powinny wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | |
| Nie dotyczy. | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | |
| Nie dotyczy. | | | | | | | | |