|  |  |
| --- | --- |
|  **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; (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**
 |
| [x]  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[x]  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[x]  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.  |