|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:**  11.12.2016 r.  **Źródło:**  Potrzeba pilnego wprowadzenia regulacji racjonalizujących zawieranie umów i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego  **Nr w wykazie prac Rady Ministrów:** UD116 | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | |
| 1. **1. Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | |
| W obecnie funkcjonującym modelu ochrony zdrowia pacjent stracił poczucie bezpieczeństwa i orientacji w systemie. Zachwiana została zasada udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły. Okresowe postępowania konkursowe, dotyczące wyodrębnionych zakresów/profili świadczeń oraz systemy rozliczeń tych wyodrębnionych zakresów/profili oparte, co do zasady, na modelu *fee-for-service* oraz systemie rozliczeń Jednorodnych Grup Pacjentów, promowały, zamiast kompleksowości, fragmentację procesu udzielania świadczeń. W efekcie zasadnicze znacznie uzyskiwało rozliczenie wyodrębnionego zakresu/profilu świadczeń – stanowiącego od strony klinicznej tylko jeden z elementów procesu leczenia – kosztem udzielania świadczeń w sposób skoordynowany, gdzie pacjent miałby zapewniony dostęp do kompleksowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących nie poszczególne procedury ale cały cykl leczenia. Należy zauważyć, że dotyczy to zarówno koordynacji świadczeń udzielanych w ramach poszczególnych zakresów świadczeń, jak i pomiędzy zakresami (np. leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym leczeniem specjalistycznym). Konsekwencją takich zasad zawierania umów jest więc 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. Ze względu na konkursowy charakter wyboru świadczeniodawców, po stronie szpitali występuje 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 systemu 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 systemu zabezpieczenia zostaną przyporządkowane 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, zwanym dalej „NFZ”, w ramach systemu zabezpieczenia. Szczegółowy zakres umowy będzie uzależniony od jego potencjału.  W zakresie świadczeń objętych umową zawartą w ramach systemu 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 systemu zabezpieczenia obejmie także świadczenia wysokospecjalistyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne udzielane w odpowiednich poradniach przyszpitalnych, świadczenia rehabilitacji leczniczej oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, 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 został 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. Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych; 24. Konwentem Marszałków Województw; 25. Konfederacją „Lewiatan”; 26. Business Center Club; 27. Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”; 28. Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”; 29. Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 30. Federacją Pacjentów Polskich; 31. Stowarzyszeniem Primum Non Nocere; 32. Rzecznikiem Praw Pacjenta; 33. Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych; 34. Instytutem "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi; 35. Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie; 36. Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie; 37. Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie; 38. Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie; 39. Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie; 40. Instytutem Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi; 41. Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu; 42. Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie; 43. Instytutem "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie; 44. Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; 45. Instytutem Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w Warszawie; 46. Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie; 47. Narodowym Instytutem Leków w Warszawie; 48. Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – PZH; 49. Narodowym Funduszem Zdrowia.   Wyniki opiniowania i konsultacji publicznych zostały omówione w raporcie załączonym do niniejszej Oceny.  Projekt został 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 został 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. z 2016 r. poz. 1006). | | | | | | | | |
| 1. **6. Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | |
| Projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ, tj. pozycji przeznaczonych na finansowanie świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku leczenia szpitalnego, przyjmując rok 2015 za rok bazowy oraz przyjmując założenia zawarte w załączonych projektach rozporządzeń, na finansowanie świadczeń w systemie zabezpieczenia przypadałoby ok. 91% środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na ten zakres świadczeń. W odniesieniu do świadczeń z zakresu AOS i rehabilitacji leczniczej odsetek ten wynosiłby odpowiednio 37% i 27%.  Wśród podmiotów, które wchodzą do systemu zabezpieczenia ok. 11% liczby podmiotów jest niepublicznych, którym odpowiada ponad 4% wartości środków w ramach systemu zabezpieczenia. Odsetek podmiotów niepublicznych jest najwyższy na poziomie onkologicznym ok. 24% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie. Wysoki odsetek podmiotów niepublicznych jest również na poziomie pierwszym ok. 19% liczby podmiotów na tym poziomie, którym odpowiada ok. 15% środków na tym poziomie.  Udziały środków wyliczone są na podstawie danych sprawozdawczych z 2015 r.  Natomiast pozostaną bez zmian zakresy świadczeń: opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej z wyłączeniem nocnej pomocy lekarskiej.  Projektowana ustawa nie spowoduje natomiast dodatkowych kosztów dla NFZ. | | | | | | | | |
| 1. **7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe** | | | | | | | | |
| Projektowane przepisy zapewnią znacznej części podmiotów leczniczych większą stabilność finansową, ponieważ świadczeniodawcy zakwalifikowani do systemu zabezpieczenia uzyskają pewność zawarcia z nimi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zostaną tym samym zwolnieni z konieczności ubiegania się o takie umowy w trybie konkursowym. Z drugiej strony takie rozwiązanie spowoduje z konieczności znaczne ograniczenie liczby ogłaszanych przez płatnika postępowań konkursowych, przede wszystkim w zakresie leczenia szpitalnego. W konsekwencji podmioty lecznicze nie zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia będą miały relatywnie mniejszą szansę na uzyskanie finansowania udzielanych przez siebie świadczeń ze środków publicznych. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku systemu zabezpieczenia mówimy o kluczowych dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli podmiotach,, które ze względu na swoje znaczenie zostały uprzednio wyłonione w drodze konkursowej. Ponadto trzeba zaznaczyć, że do „systemu zabezpieczenia” kwalifikowane są podmioty lecznicze bez względu na własność., w tym systemie będą zarówno podmioty publiczne jak i podmioty niepubliczne.  Wpływ projektowanej ustawy na warunki życia ogółu obywateli i rodzin będzie się wiązał z poprawą dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń szpitalnych i specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz poprawą jakości tych świadczeń dzięki lepszej koordynacji między leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym. | | | | | | | | |
| 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 dostępu 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.)** | | | | | | | | |
| Raport z konsultacji publicznych i opiniowania. | | | | | | | | |