|  |  |
| --- | --- |
|  **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:**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**
 |
| [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 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. |