

<p>Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Jerzy Szafranowicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Rafał Bułanowski, radca w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: r.bulanowski@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 18.11.2024 r.</p> <p>Źródło Inicjatywa własna Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) – realizacja kamienia milowego D1G</p> <p>Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD71</p>
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Celem wprowadzanych zmian jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu lecznictwa szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności oraz przez koncentrację świadczeń i profilowanie szpitali, jak również ich usieciwienie w zakresie realizowanych profili świadczeń. Konieczne jest również wzmocnienie systemu szpitalnego przez konsolidację zasobów oraz racjonalizację kosztów po stronie podmiotów leczniczych w sytuacji, gdy występuje nakładanie się lub nieefektywne rozproszenie potencjału kadrowego i infrastrukturalnego w stosunku do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych na danym terenie oraz wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad programami restrukturyzacyjnymi.

Przeprowadzona w 2017 r. reforma systemu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach nie przyniosła oczekiwanych rezultatów w zakresie poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, koncentracji tych świadczeń, racjonalizacji kosztów po stronie podmiotów leczniczych oraz racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”. Wyodrębnianie w ramach wprowadzonego systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, 6 poziomów zabezpieczenia szpitalnego oparte było na skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach, nie niosąc istotnej wartości dodanej.

Obserwowane jest nieefektywne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowo-infrastrukturalnych, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część podmiotów szpitalnych podwyższonej gotowości w ramach umów w trybie pełnej hospitalizacji, które generuje nadmiarowe koszty działalności podmiotów szpitalnych. Analiza świadczeń sprawozdanych w ramach profilu chirurgia ogólna na oddziałach całodobowych wykazała, że ponad 60% hospitalizacji możliwych było do rozliczenia jako świadczenia w ramach chirurgii jednego dnia (to znaczy bez konieczności zapewnienia całodobowego dostępu do bloku operacyjnego, w ramach ustalonego harmonogramu). Obserwowane jest również dublowanie oferowanych świadczeń i utrzymywanie w części podmiotów szpitalnych wykwalifikowanego personelu medycznego w ramach podwyższonej gotowości

Zarówno liczba, jak i wartość świadczeń udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS”, przez świadczeniodawców z PSZ nie wzrosła w sposób pozwalający na przesunięcie procesu leczenia na bardziej efektywny kosztowo poziom opieki ambulatoryjnej (niedostateczna racjonalizacja piramidy świadczeń). Analiza danych sprawozdawczych z realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z okresu lat 2017–2023 wykazała w prawdzie wzrost liczby świadczeń ambulatoryjnych o 8%, jednak wynik ten nie jest w pełni zadowalający.

W aktualnym stanie prawnym podmiotami tworzącymi dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogą być jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast nie mogą nimi być związki jednostek samorządu terytorialnego, co utrudnia konsolidację tych podmiotów oraz uniemożliwia efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych. Regulacje dotyczące sporządzania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej programów naprawczych, w przypadku wystąpienia straty netto, są ogólne i niewystarczające. Z tego powodu programy te nie spełniają swojej roli, tj. nie pozwalają na skuteczną restrukturyzację podmiotu i podejmowanie adekwatnych do sytuacji działań naprawczych.

Brakuje instrumentów prawnych pozwalających NFZ na skuteczne egzekwowanie warunku przystąpienia do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub zwiększenia kwoty zobowiązania, określonego odpowiednio w 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Obecne przepisy nie pozwalają na wdrożenie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „DILO”, dlatego też konieczne są zmiany w zakresie wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej, które umożliwią wystawianie i obsługiwanie elektronicznej karty DILO.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt przewiduje szereg zmian mających na celu wzmocnienie systemu szpitalnego w Rzeczypospolitej Polskiej przez:

- 1) reformę struktury oraz zasad kwalifikacji do PSZ;

2) wdrożenie rozwiązań umożliwiających konsolidację podmiotów leczniczych oraz wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad tworzeniem i realizacją programów naprawczych.

1. W zakresie zmian w PSZ proponuje się:

- 1) rezygnację z kwalifikowania do poszczególnych poziomów zabezpieczenia, na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący – tj. każdy profil w zakresie leczenia szpitalnego w trybie pełnej hospitalizacji, objęty dotychczasową umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres co najmniej 2 lat; Kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ, na terenie danego województwa, będzie dokonywał właściwy wojewoda, po zasięgnięciu opinii zespołu złożonego z przedstawicieli: podmiotów tworzących oraz podmiotów leczniczych działających na terenie województwa, dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wojewody i właściwego konsultanta wojewódzkiego albo krajowego, kierując się m.in. potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, określaną w szczególności w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych oraz krajowy i wojewódzki plan transformacji, oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający wysoką jakość tych świadczeń i bezpieczeństwo świadczeniobiorców;
- 2) uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących objęcie umową o udzielanie świadczeń w ramach PSZ wybranych dodatkowych rodzajów świadczeń;
- 3) wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy, dokonanie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ zmiany polegającej na zastąpieniu określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanymi w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, za zgodą Prezesa NFZ;
- 4) umożliwienie wszystkim świadczeniodawcom realizującym w ramach PSZ określony profil świadczeń, który nie zostałby objęty kwalifikacją na nowych zasadach, kontynuację udzielania świadczeń w ramach takiego profilu w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, na okres obowiązywania kolejnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ;
- 5) umożliwienie świadczeniodawcom zamiany udzielania świadczeń w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego na udzielanie świadczeń w ramach izby przyjęć; taka zmiana będzie wymagała zgody Prezesa NFZ, który przy podejmowaniu decyzji będzie uwzględniał w szczególności Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 6) uelastycznienie i racjonalizację zasad udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach PSZ.

Proponowane zmiany powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych zabiegowych w ośrodkach dysponujących większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, a jednocześnie do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów, w tym przez zmniejszenie liczby szpitali utrzymujących stałą gotowość do udzielania świadczeń w trybie ostrym.

Zmiany proponowane w zakresie zasad kwalifikacji do PSZ nie będą miały wpływu na funkcjonowanie w tym systemie szpitali aktualnie w nim działających, których aktualny okres kwalifikacji do PSZ upływa z dniem 30 czerwca 2027 r.

2. Projekt przewiduje możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (a także podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych) przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące. Dzięki temu rozwiązaniu jednostki samorządu będą mogły łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przez co będą mogły powstać bardziej efektywne, większe podmioty lecznicze.

Ponadto, projekt wprowadza szczegółowe regulacje dotyczące tworzenia i zatwierdzania programów naprawczych tworzonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w których wystąpiła strata netto. Proponowane przepisy zakładają, że sporządzenie programu, poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Analizy obejmują bieżącą sytuację danego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ponadto program naprawczy będzie zawierał co najmniej:

- 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;
- 2) sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.);
- 3) ocenę podmiotu w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu jest niedostosowana do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych – także planowane działania dostosowawcze;
- 4) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej i konsolidacji funkcji medycznych, jeżeli jest przewidywana;
- 5) planowane przez podmiot działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) planowane przez podmiot działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania;
- 7) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej

podmiotu;

- 8) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt 4–7;
- 9) informację o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych;
- 10) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, datę sporządzenia programu oraz podpis kierownika tego podmiotu.

Analogiczne zasady dotyczące obowiązku sporządzenia programu naprawczego przewidziano również dla podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz gdy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu, w tym również ze spółką kapitałową, w której ten podmiot tworzący wykonuje prawa z udziałów lub akcji.

Ponadto, poza powyżej opisanymi zmianami, projekt przewiduje:

- 1) dodanie w art. 311b ust. 3 ustawy o świadczeniach, określającym elementy raportu taryfikacyjnego, analizy wpływu taryfy świadczeń na strukturę realizacji świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, co ma sprzyjać racjonalizacji piramidy świadczeń opieki zdrowotnej przez przesunięcie niektórych świadczeń na niższe poziomy opieki;
- 2) dodanie – w związku z wprowadzanymi zmianami dotyczącymi programów naprawczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – w art. 31n ustawy o świadczeniach (zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) pkt 4e: zadanie prowadzenia analiz dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty;
- 3) uzupełnienie katalogu świadczeń ambulatoryjnych udzielanych bez skierowania, zawartego w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach, o poradę optometrysty i psychologa; przewiduje się, że oczekiwany pozytywny wpływ wiąże się z przede wszystkim ze skróceniem ścieżki pacjenta w celu uzyskania świadczenia psychologa, gdyż pacjent bezpośrednio może zgłosić się w celu uzyskania porady, bez konieczności oczekiwania na dodatkową poradę związaną wyłącznie z wystawieniem skierowania. Spowoduje to jednocześnie odciążenie lekarzy wystawiających skierowanie oraz wyeliminuje przypadki, w których pacjent zgłaszał się do psychiatry, ze względu na brak wymogu posiadania skierowania, bez uzasadnienia medycznego (brak jest jednocześnie danych, na których można by oprzeć rzetelne symulacje dotyczące ewentualnego wpływu proponowanego rozwiązania na czas oczekiwania na poradę psychologa);
- 4) doprecyzowanie art. 136 oraz art. 139a ustawy o świadczeniach przez dodanie zastrzeżenia, że wymóg przedstawienia pozytywnej opinii w sprawie oceny celowości inwestycji, zwanej dalej „OCI”, nie ma zastosowania, jeżeli świadczeniodawca złożył oświadczenie, że w okresie ostatnich 5 lat nie uzyskał decyzji o pozwoleniu na użytkowanie ani nie przystąpił do użytkowania inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 tej ustawy, z której wykorzystaniem mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte postępowaniem albo są udzielane świadczenia, których dotyczy zwiększenie kwoty zobowiązania;
- 5) wprowadzenie w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) i ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465) przepisów umożliwiających wystawianie i obsługiwanie elektronicznej karty DILO.

Proponowane zmiany służą realizacji kamienia milowego D1G KPO, w szczególności w odniesieniu do następujących zapisów: „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację lub przeprofilowanie lub zmianę zakresu i struktury usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale (...) a także odpowiednią aktualizację sieci szpitali”; „podstawy do działań na rzecz racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej poprzez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki”; „wzmocnienie systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcanie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W państwach członkowskich Unii Europejskiej istnieją rozmaite modele kontraktowania opieki szpitalnej przez publicznych płatników. W Niemczech każdy z 16 krajów związkowych tworzy, na podstawie ustaw przyjmowanych przez Landtagi, tzw. plany szpitalne, zawierające wykaz szpitali mających gwarancję finansowania udzielanych przez nie świadczeń przez kasy chorych oraz korzystające ze środków publicznych przy finansowaniu wydatków inwestycyjnych.

We Francji wszystkie szpitale publiczne oraz prywatne *non-for-profit* a także część szpitali prywatnych *for-profit* posiadają umowy z kasami chorych.

W Słowacji obowiązują regulacje określające minimalną liczbę łóżek szpitalnych w poszczególnych specjalnościach, które muszą zostać zakontraktowane w danym regionie przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, a ponadto funkcjonuje wykaz szpitali państwowych, mających gwarancję kontraktów.

W Holandii co do zasady instytucje ubezpieczenia zdrowotnego mają swobodę wyboru szpitali, z którymi zawierają

kontrakty, przy czym w praktyce nie dotyczy to ok. 30% szpitali wysokospecjalistycznych, mających umowy ze wszystkimi płatnikami.

W Danii świadczenia szpitalne udzielane w trybie ostrym zostały skonsolidowane w 21 dużych szpitalach, przy jednoczesnym wyodrębnieniu 5 regionów odpowiedzialnych za leczenie szpitalne.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
NFZ	centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	ustawa o świadczeniach	oraz opiniowanie programów naprawczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
województwie	16	administracyjny podział kraju	opiniowanie programów naprawczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej; przeprowadzenie kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ zgodnie z nowymi kryteriami; powołanie zespołu (który nie będzie pobierał wynagrodzenia), który będzie wydawał opinie dotyczące kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ
świadczeniodawcy udzielający świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego	ok. 600 (liczba podmiotów potencjalnie mogących zakwalifikować się do PSZ na nowych zasadach)	NFZ	możliwość uzyskania stabilnych warunków finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym kwalifikacją do PSZ
jednostki samorządu terytorialnego	2791	Główny Urząd Statystyczny	możliwość tworzenia związków jednostek samorządu terytorialnego, które będą podmiotami tworzącymi samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej
związki jednostek samorządu terytorialnego, które zostaną utworzone w celu prowadzenia podmiotów leczniczych, w szczególności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej	aktualnie trudno oszacować liczbę związków jednostek samorządu terytorialnego prowadzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	nie dotyczy	możliwość tworzenia podmiotów leczniczych, w szczególności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (zwane dalej „SPZOZ”)	1119	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	obowiązek tworzenia programów naprawczych (w przypadku wystąpienia straty netto) i procedowanie ich wg nowych wynikających z projektu zasad; możliwość konsolidacji SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, co może poprawić ich sytuację finansową dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów, w tym kadry medycznej; ewentualne zmniejszenie liczby SPZOZ w przypadku ich konsolidacji przez związki jednostek samorządu terytorialnego
podmioty lecznicze prowadzone w formie spółki	ok. 170	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	obowiązek tworzenia programów naprawczych w przypadku straty netto

kapitałowej			
podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych	ok. 900	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	obowiązek składania oświadczenia o nieprzeprowadzeniu inwestycji wymagającej opinii OCI, w przypadku nieprzedłożenia tej opinii w związku ze złożeniem oferty w postępowaniu albo w przypadku wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania NFZ
świadczeniodawcy odpowiedzialni za wystawianie i obsługę karty DILO	ok. 15 tys.	NFZ	obowiązek wystawiania i obsługi kart DILO w postaci elektronicznej
świadczeniobiorcy	ok. 34 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	poprawa dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej dzięki zmianom w strukturze PSZ oraz działaniom na rzecz zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i usprawnieniu funkcjonowania opieki onkologicznej
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	1	ustawa o świadczeniach	rozszerzenie katalogu zadań prowadzenie analiz dotyczących kondycji ekonomicznej i jakości zarządzania podmiotów leczniczych
Centrum e-Zdrowia	1	nie dotyczy	obsługiwanie kart eDILO w systemie teleinformatycznym

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnośnie do projektu ustawy nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy został pierwotnie przekazany w dniu 9 sierpnia 2024 r. w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag.

Projekt ustawy został ponownie przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 6) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 7) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 9) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 10) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
- 11) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 12) Federacji Pacjentów Polskich;
- 13) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 14) Polskiemu Towarzystwu Prawa Medycznego;
- 15) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
- 16) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 18) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 19) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 20) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 21) Konfederacji „Lewiatan”;
- 22) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 23) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 24) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 25) Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali;
- 26) Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Szpitali Prywatnych;

- 27) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
 28) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Szpitali Powiatowych;
 29) Radzie Dialogu Społecznego;
 30) Związkowi Powiatów Polskich;
 31) Związkowi Województw RP;
 32) Wojewodom;
 33) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
 34) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
 35) Prezesowi Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248, z późn. zm.) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806), projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki poprzednich konsultacji publicznych i opiniowania zostały przedstawione w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki ponownych konsultacji publicznych i opiniowania zostaną przedstawione w raporcie z konsultacji i opiniowania.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania: Wejście w życie ustawy nie będzie podstawą do ubiegania się o dodatkowe środki ponad wydatki dotychczas planowane w budżetach jednostek objętych projektowanymi regulacjami.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń: Projektowane zmiany nie spowodują skutków finansowych dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ani budżetu NFZ. Dodatkowych skutków finansowych nie spowoduje również rozszerzenie zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydatki z tym związane zostaną sfinansowane w ramach poziomu środków ustalonych corocznie zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)	
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na sytuację finansową świadczeniodawców należących do sektora dużych przedsiębiorstw.							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na mikroprzedsiębiorców i małych przedsiębiorców, a jednocześnie będzie miała pozytywny wpływ na sytuację świadczeniodawców należących do sektora średnich							

		przedsiębiorców.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, dzięki poprawie funkcjonowania PSZ oraz działaniom na rzecz zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i usprawnieniu funkcjonowania opieki onkologicznej.
	osoby niepełnosprawne i osoby starsze	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dla osób niepełnosprawnych i osób starszych, dzięki poprawie funkcjonowania PSZ oraz działaniom na rzecz zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych i usprawnieniu funkcjonowania opieki onkologicznej.
Niemierzalne		

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Brak.
--	-------

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwrotnej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz: Zmiany zawarte w przedmiotowym projekcie ustawy polegające na rezygnacji z definiowania i wyodrębniania poziomów PSZ oraz uproszczeniu i złagodzeniu zasad regulujących udzielanie przez świadczeniodawców w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń spowodują zmniejszenie liczby procedur. Natomiast zwiększenie liczby procedur nastąpi w odniesieniu do sporządzania i zatwierdzania programów naprawczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

9. Wpływ na rynek pracy

Projekt ustawy nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
--	--	--

Omówienie wpływu	Projektowana regulacja może wywrzeć pozytywny wpływ na zdrowie przez poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dzięki optymalizacji funkcjonowania PSZ oraz konsolidacji i poprawie kondycji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również dzięki zwiększeniu udziału świadczeń ambulatoryjnych i usprawnieniu funkcjonowania opieki onkologicznej.
------------------	--

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja projektu nastąpi po upływie dwóch lat funkcjonowania PSZ zgodnie z nowymi zasadami. Przy ewaluacji zostaną zastosowane w szczególności następujące mierniki:

- 1) zmiana udziału kosztów osobowych w leczeniu szpitalnym w kosztach szpitali ogółem;
- 2) zmiana udziału świadczeń szpitalnych w świadczeniach ogółem;
- 3) zmiana poziomu rentowności szpitali.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Liczba świadczeniodawców w PSZ, którzy sprawozdali wskazany odsetek hospitalizacji zerodniowych lub jednego dnia w zakresach chirurgii ogólnej.