

| | |
|--|--|
| <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 10.02.2025 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 usieciowienie 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”.

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

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 zmiany mające na celu wzmocnienie systemu szpitalnego przez:

- 1) racjonalizację i uelastycznienie funkcjonowania 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) wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy, rezygnację z realizacji określonego profilu systemu zabezpieczenia, za zgodą Prezesa NFZ; jednocześnie świadczeniodawca miałby możliwość zawarcia w to miejsce, umowy na realizację tego profilu w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, ważnej do końca obowiązywania aktualnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ;
- 2) dodanie regulacji umożliwiającej świadczeniodawcom zamianę 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;

3) złączenie dot. wymogów 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.

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 porady lekarza medycyny sportowej, optometry i psychologa oraz umożliwienie wystawiania

skierowania do okulisty przez optometrystę. 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 DIG 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 lecnicstwo 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 zakwalifikowani do PSZ | 585 | wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ | możliwość modyfikowania zakresu umowy zawartej w ramach 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 kapitałowej | ok. 170 | rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą | obowiązek tworzenia programów naprawczych w przypadku straty netto |
| 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 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 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 elektroniczności. | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 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 od wejścia w życie ustawy. Przy ewaluacji zostaną zastosowane w szczególności następujące mierniki: | |
| <ol style="list-style-type: none"> 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.) | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba świadczeniodawców w PSZ, którzy sprawozdali wskazany odsetek hospitalizacji zerodniowych lub jednego dnia w zakresach chirurgii ogólnej 2. Raport z konsultacji publicznych i opiniowania | |