|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa projektu**Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw**Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**Ministerstwo Zdrowia**Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pan Sławomir Gadomski - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**Pan Jakub Adamski – Dyrektor w Departamencie Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia e-mail: j.adamski@mz.gov.pl / tel. służb.: 880 340 006 | **Data sporządzenia**31 sierpnia 2020 r.**Źródło:** Inicjatywa własna **Nr w wykazie prac RM:** UD 116 |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?**
 |
| Rozwiązywanym problemem jest brak wystarczającego wsparcia prawnego dla planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Wprowadzone w 2014 r. przepisy nowelizujące ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 i 1493) zwaną dalej „ustawą o świadczeniach”, w zakresie map potrzeb zdrowotnych wprowadziły rozwiązania mające na celu umożliwienie prowadzenia długoterminowej polityki zdrowotnej opartej o potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców.Opublikowane dokumenty map potrzeb zdrowotnych w swojej pierwszej edycji nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań z uwagi na sposób prezentacji analiz świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dokument statyczny) oraz analizy te nie oddawały w pełni złożoności systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie w dyskusji nad treścią opublikowanych dokumentów podnoszono, że nie stanowią one jednoznacznej rekomendacji dla koniecznych do podejmowania działań na poziomie lokalnym.Konieczne jest zapewnienie możliwości rozwoju systemu w oparciu o zapewnienie finansowania dla świadczeń opieki zdrowotnej potrzebnych pacjentom oraz inwestycji istotnych z perspektywy poprawy systemu i wynikających z potrzeb zdrowotnych, a nie lokalnych aspiracji, nieugruntowanych w możliwościach systemu. |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt**
 |
| Projektodawca rekomenduje rozwiązanie legislacyjne, ponieważ obarczone dużym ryzykiem byłoby osiąganie celów projektu za pośrednictwem innych narzędzi niż zmiany w prawie. Rozwiązania legislacyjne wprowadzone w 2014 r. w zakresie map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nie spełniły pokładanych w nich oczekiwań – w szczególności oczekiwania co do zmiany aktualnego stanu rzeczy przedstawia Komisja Europejska w związku z koniecznością zapewnienia racjonalnego wydatkowania środków europejskich w ramach kolejnej perspektywy finansowej na lata 2021-2027.Oczekiwanym efektem regulacji jest wprowadzenie systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia – dzięki któremu interwencje – zarówno na poziomie krajowym, jak i wojewódzkim – są planowane z dostatecznym wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na realizację tych interwencji. Planowane działania są oparte o potrzeby zdrowotne występujące w danej społeczności. Wprowadzone są także narzędzia pozwalające na realizację określonych w ramach tego systemu celów oraz przyjętych działań.Większa efektywność wprowadzanych rozwiązań w zakresie planowania wynika z różnych aspektów przewidzianych w projekcie ustawy. Wprowadzane plany transformacji będą mieć odmienny charakter od dotychczasowych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety miały charakter ogólny i często na potrzeby konsensu bardzo szeroki, co istotnie ograniczało ich efektywność. Plany transformacji zostały przewidziane w projekcie ustawy jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które mają przewidywać konkretne działania (z przypisaniem m.in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny), mające służyć realizacji rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych, a przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron.Ponadto wprowadzono po raz pierwszy dokument wdrożeniowy dla mapy potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym - Krajowy Plan Transformacji (dotychczas nie miał swojego odpowiednika). Potrzeba jego wprowadzenia wynika z faktu, że podejmowanie działań w części obszarów kluczowych z perspektywy systemu jest możliwe wyłącznie na poziomie krajowym (dotyczy to w szczególności kadr medycznych czy usieciowienia świadczeń na poziomie ponadregionalnym). Projektowane przepisy wpłyną również na wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad realizacją rekomendacji wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych – w obecnym stanie prawnym brak jest mechanizmów jakiegokolwiek nadzoru, który umożliwiałby zapewnienie, że zidentyfikowane potrzeby zdrowotne będą brane pod uwagę w działalności poszczególnych instytucji. Wprowadzone projektem ustawy narzędzia służą jednoznacznemu przypisaniu odpowiedzialności i nadaniu Ministrowi Zdrowia narzędzi dla wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych. Minister Zdrowia będzie miał wpływ na tworzone dokumenty wdrożeniowe – przez akceptację planów transformacji (w tym wojewódzkich) na etapie ich tworzenia, w szczególności weryfikację zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych i adekwatności proponowanych działań do identyfikowanych problemów i potrzeb, a także nadzór nad planami zakupu świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Funduszem” i ocena ich zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych. Kolejnym przejawem nadzoru Ministra Zdrowia jest wprowadzenie systemu monitorowania i oceny przyjmowanych działań, w szczególności coroczna ocena wskaźników i raporty śródokresowe, a także możliwość reaktywnej aktualizacji planów transformacji.Poprawa efektywności procesu tworzenia dokumentów wdrożeniowych na poziomie wojewódzkim zostanie uzyskana dzięki zmniejszeniu liczby członków rad wojewódzkich i zapewnieniu wyłącznie doradczej roli konsultantów wojewódzkich, którzy z racji swojej funkcji wycinkowo patrzą na potrzeby pacjentów. Ponadto przyjęcie, że plan transformacji jest przyjmowany przez wojewodę, a nie jak w przypadku obecnych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodę w porozumieniu z radą (co w praktyce, dla uzyskania jakiegokolwiek porozumienia, prowadziło do przyjmowania kompromisu w postaci bardzo szerokich list priorytetów, których jednoczesna realizacja nie była możliwa) również przyczyni się do usprawnienia całego procesu planowania strategicznego.Projektowane przepisy wpłyną również na wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad realizacją rekomendacji wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych – w obecnym stanie prawnym brak jest mechanizmów jakiegokolwiek nadzoru, który umożliwiałby zapewnienie, że zidentyfikowane potrzeby zdrowotne będą brane pod uwagę w działalności poszczególnych instytucji. Wprowadzone projektem ustawy narzędzia służą jednoznacznemu przypisaniu odpowiedzialności i nadaniu Ministrowi Zdrowia narzędzi dla wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych. Minister Zdrowia będzie miał wpływ na tworzone dokumenty wdrożeniowe – przez akceptację planów transformacji (w tym wojewódzkich) na etapie ich tworzenia, w szczególności weryfikację zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych i adekwatności proponowanych działań do identyfikowanych problemów i potrzeb, a także nadzór nad planami zakupu świadczeń Funduszu i ocena ich zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych. Kolejnym przejawem nadzoru Ministra Zdrowia jest wprowadzenie systemu monitorowania i oceny przyjmowanych działań, w szczególności coroczna ocena wskaźników i raporty śródokresowe, a także możliwość reaktywnej aktualizacji planów transformacji. |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?**
 |
| Poszczególne kraje Unii Europejskiej wprowadzają różne systemy planowania strategicznego – obecnym trendem jest opieranie analiz o zobiektywizowane potrzeby zdrowotne – czy to z wykorzystaniem metodyki Global Burden of Diseases, która jest obecnie wykorzystywana w pracach Ministerstwa Zdrowia (ale również wykorzystywana w Szkocji i wprowadzana m.in. we Francji i krajach Europy Środkowo-Wschodniej), czy też z wykorzystaniem własnych – lokalnych rozwinięć analiz obciążenia chorobowością (np. Anglia, Holandia, Niemcy). Rozwiązania lokalne są wprowadzane przez kraje, które w pierwszym etapie rozpoczęły prace z wykorzystaniem wskaźników stworzonych w ramach Global Burden of Diseases, a obecnie rozwijają je dla lepszego odwzorowania warunków lokalnych.Wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych (lub analogicznych dokumentów strategicznych) w poszczególnych krajach jest różne i zależy od lokalnych uwarunkowań – w szczególności kraje takie jak Dania czy Austria mogą pozwolić sobie na dalej idącą centralizację decyzji, np. w zakresie leczenia szpitalnego, co wynika m.in. ze struktury właścicielskiej szpitali i możliwego oddziaływania na nie.Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy stanowią nawiązanie do ostatnich reform systemu angielskiego, gdzie NHS wprowadził w 2016 r. system lokalnych planów działań (tzw. Sustainability and Transformation Partnerships) w 44 regionach, które są opracowywane w drodze konsensusu przez szerokie gremia lokalne. Rozwiązanie to w swojej naturze bardziej odpowiada zdecentralizowanemu zarządzaniu podmiotami leczniczymi w kraju, które w istotny sposób ogranicza możliwości odgórnego planowania zmian w systemie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym. |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt**
 |
| Grupa | Wielkość | Źródło danych  | Oddziaływanie |
| Podmioty lecznicze | **18 600** podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenie stacjonarne, ambulatoryjne (wg funkcji ochrony zdrowia HC 1.1-1.3);**5715** podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rehabilitacji (wg funkcji ochrony zdrowia HC 2.1-2.4, 2.9);**2906** podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (wg funkcji ochrony zdrowia HC 3.1-3.4). | Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać świadczeń w więcej niż jednym trybie). | - wdrażanie założeń krajowego i wojewódzkich planów transformacji, |
| Ministerstwo Zdrowia | 1  | dane własne | - opracowanie map potrzeb zdrowotnych,- udział w posiedzeniach wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych, - opracowanie i wdrożenie krajowego planu transformacji na podstawie rekomendowanych kierunków działań wynikających z mapy potrzeb zdrowotnych,- nadzór nad opracowaniem i wdrożeniem wojewódzkich planów transformacji,- nadzór i monitoring nad krajowym planem transformacji,- uzyskanie możliwości weryfikacji zgodności planu zakupu świadczeń na obszarze kraju i województwa z mapą potrzeb zdrowotnych oraz planami transformacji w ramach nadzoru nad czynnościami Prezesa Funduszu. |
| Wojewodowie | 16 województw | dane własne | - powołanie wojewódzkiej rady do spraw potrzeb zdrowotnych i udział w posiedzeniach wojewódzkiej rady,- opracowanie wojewódzkiego planu transformacji na podstawie rekomendowanych kierunków działań wynikających z mapy potrzeb zdrowotnych,- wdrożenie wojewódzkiego planu transformacji,- nadzór i monitoring nad wojewódzkim planem transformacji. |
| Prezes Funduszu | 1 | dane własne | - zatwierdzanie planu zakupu świadczeń na obszarze województwa,- sporządzanie projektu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok. |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji**
 |
| W ramach 21-dniowych konsultacji publicznych projekt został przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:1. samorządów zawodów medycznych;
2. wojewodów i marszałków województw;
3. stowarzyszeń zawodów medycznych i związków zawodowych (m.in.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego);
4. organizacji pracodawców (min. Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia).

Projekt ustawy 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. z 2017 r. poz. 248). Projekt ustawy został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.).Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione, po ich zakończeniu, w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny. |
| 1. **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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| budżet państwa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wydatki ogółem** | 0,23 | 0,95 | 2,37 | 2,43 | 2,70 | 2,52 | 2,88 | 3,51 | 3,03 | 2,82 |  | 23,52 |
| budżet państwa | 0,23 | 0,95 | 2,37 | 2,43 | 2,70 | 2,52 | 2,88 | 3,51 | 3,03 | 2,82 |  | 23,52 |
| JST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Saldo ogółem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| budżet państwa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Źródła finansowania  | Przewidywane wydatki będą ponoszone z budżetu państwa, z części 46 – Zdrowie będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz z części 85 – Województwa będącej w dyspozycji poszczególnych wojewodów. Przewidywane wydatki zostaną pokryte ze środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach (nie spowodują powiększenia przewidywanej w ustawie wartości wydatków na zdrowie określonej dla poszczególnych lat jako procent produktu krajowego brutto).Zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach środki te obejmują: 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia; 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa. |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | Wydatki: Praktyka tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia pokazuje, że rozwiązaniem optymalnym jest wykonywanie tych zadań w sposób zespołowy. Zakłada się przy tym, że niezbędna liczba pracowników do wykonywania omawianych zadań w ww. urzędzie to co najmniej 15 osób. W tym 13 osób przewidziano do obsługi analitycznej mapy potrzeb zdrowotnych, natomiast pozostałe 2 osoby zostaną zatrudnione do opracowania i wdrażania krajowego planu transformacji, jak również do nadzoru nad pracami nad wojewódzkim planem transformacji. Odnośnie pracowników Ministerstwa Zdrowia działania przewidziane w ustawie będą wykonywane przez pracowników zatrudnionych w ramach projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, na dotychczasowych zasadach, bez konieczności zatrudniania nowych osób. Przewidywane skutki finansowe nie służą zatrudnieniu nowego zespołu, a wyłącznie utrzymaniu dotychczasowego po zakończeniu trwającego obecnie ww. projektu unijnego. Przypisane Ministrowi Zdrowia w projekcie ustawy zasoby kadrowe zostały określone w oparciu o dotychczasowe doświadczenia. Należy podkreślić, że pierwotny akt prawny wprowadzający mapy potrzeb zdrowotnych również w przypadku zadań Ministra Zdrowia nie przewidział jakichkolwiek zasobów kadrowych do ich realizacji i stąd konieczne było pozyskanie finansowania ze środków europejskich. W chwili obecnej nie ma możliwości przewidzenia, czy taka możliwość wystąpi ponownie w ramach przyszłej perspektywy finansowej Unii Europejskiej.Należy zatem mieć na uwadze, że skutecznie działający, kompetentny zespół musi funkcjonować na wielu płaszczyznach doświadczenia, wiedzy i umiejętności. Konieczne są zatem osoby o zróżnicowanym wykształceniu (statystycy, ekonomiści, matematycy, ekonometrycy, informatycy, prawo, zdrowie publiczne). Wynagrodzenie miesięczne w przeliczeniu na 1 etat przewiduje się w wysokości 8 931 zł brutto (równe przeciętnemu wynagrodzeniu całkowitemu na samodzielnym stanowisku w ministerstwach wyliczonym wraz z uwzględnieniem KPRM w służbie cywilnej w 2019 r. ustalone na podstawie załącznika nr 2 „Wynagrodzenia w służbie cywilnej w 2019 r.” do „Sprawozdania Szefa Służby Cywilnej za 2019 rok o stanie służby cywilnej i realizacji zadań tej służby w 2019 r.”).Jednakże należy zaznaczyć, że koszty związane z zatrudnieniem osób przewidzianych do obsługi tworzenia map potrzeb zdrowotnych i planów transformacji został obliczony od dnia 1 stycznia 2022 r. Formalnie do dnia 31 grudnia 2021 r. działania przewidziane w ustawie będą wykonywane przez pracowników zatrudnionych w ramach projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, na dotychczasowych zasadach, bez konieczności zatrudniania nowych osób. Dlatego też, pierwsze koszty związane z wynagrodzeniem pracowników Ministerstwa Zdrowia (Departament Analiz i Strategii) do obsługi nowych zadań określonych w projekcie ustawy zostały obliczone od dnia 1 stycznia 2022 r. Koszty funkcjonowania rady do spraw potrzeb zdrowotnych należy przyjąć na poziomie 400 zł za 1 dzień pracy w przeliczeniu na 1 członka. Rada będzie spotykała się mniej więcej co miesiąc w ciągu pierwszego 1,5 roku tworzenia planu transformacji, natomiast w latach następnych w cyklu 7 letnim kadencji ok. 3-6 razy do roku.W 2020 r. koszt kalkulowany od dnia 1 października, tj. 3 miesiące dla wszystkich urzędów wojewódzkich wynosić będzie 230 400 zł, Koszty wojewódzkich rad (po 12 członków) – w ciągu 1 roku i 3 miesięcy funkcjonowania rady, przy założeniu co miesięcznych spotkań wyniesie – 1 175 040 zł. Łączny koszt funkcjonowania rady, przy założeniu 6,5 lat obowiązywania pierwszych planów transformacji (od 1 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2027 r.) wyniesie 3 242 793 zł. W połowie 2026 r. zaczną się prace nad kolejną edycją planu transformacji (cykl spotkań comiesięcznych).Łączny koszt wszystkich szesnastu wojewódzkich rad w perspektywie 10-cio letniej wyniesie 4 913 591 zł.Całkowity harmonogram spotkań rad ds. potrzeb zdrowotnych oraz kosztów z nimi związanych znajduje się w załączeniu.Dodatkowo od 2020 r. uwzględniono skutki całoroczne, wzrost wynagrodzeń o prognozowany wskaźnik inflacji (2,5%). |
| 1. **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 |  |  |  |  |  |  |  |
| (dodaj/usuń) |  |  |  |  |  |  |  |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | Przewiduje się wpływ na szpitale, które są kwalifikowane na jako duży lub średni przedsiębiorca. Wpływ ten wynikać będzie z rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych i będzie polegać np. na konieczności zmiany liczby łóżek, przekwalifikowania się szpitala.  |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | Nie przewiduje się istotnego wpływu projektowanych zmian na funkcjonowanie małych i średnich przedsiębiorców lub mikroprzedsiębiorców, co wynika ze specyfiki podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, które będą objęte planowaniem strategicznym w ochronie zdrowia. Zasadniczo będą one realizowane w podmiotach leczniczych, które z punktu widzenia przyjętego podziału przedsiębiorców w oparciu o wielkość zatrudnienia, będą kwalifikowane najczęściej jako duży lub średni przedsiębiorca. |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe, w tym na osoby niepełnosprawne i osoby starsze | Nie przewiduje się istotnego wpływu. |
| Niemierzalne | (dodaj/usuń) |  |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń  | Nie przewiduje się, aby projektowana nowelizacja ustawy o świadczeniach miała bezpośredni wpływ na konkurencyjność gospodarki, przedsiębiorczości oraz na sytuację rodziny, w tym na sytuację osób starszych i z niepełnosprawnością.Skutek pośredni będzie wynikał ze zmiany organizacji systemu opieki zdrowotnej z uwagi na realizację planów transformacji. |
| 1. **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 |
| Komentarz: Projekt nie przewiduje obciążeń regulacyjnych dla podmiotów leczniczych czy innego rodzaju przedsiębiorców. Projekt zawiera przepisy nowelizujące przepisy określające obciążenia regulacyjne (w zakresie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia – IOWISZ). Jednakże proponowane zmiany nie wpływają na treść i zakres dotychczasowych obciążeń. Zmiany mają charakter techniczny i służą zapewnieniu spójności pomiędzy poszczególnymi częściami nowelizowanego aktu prawnego. Projektowana ustawa reguluje zadania organów administracji publicznej oraz Funduszu. Jednocześnie zadania po stronie tych instytucji pozostają analogiczne do dotychczas realizowanych z odrębnościami wynikającymi z nowej regulacji (takimi jak wprowadzenie planów transformacji w miejsce priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej). |
| 1. **Wpływ na rynek pracy**
 |
| Nie przewiduje się istotnego bezpośredniego wpływu projektowanej ustawy na rynek pracy. Jeżeli wpływ ten wystąpi, będzie on marginalny i sprowadzi się przede wszystkim do wzrostu możliwości znalezienia zatrudnienia w urzędach wojewódzkich i Ministerstwie Zdrowia. Będzie to następstwem projektowanych zmian w prawie, które przewidują zwiększone zapotrzebowanie na kompetentnych pracowników do tworzenia i opracowywania map potrzeb zdrowotnych oraz planów transformacji. Skutek pośredni będzie wynikał ze zmiany organizacji systemu opieki zdrowotnej z uwagi na realizację planów transformacji. |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary**
 |
| [ ]  środowisko naturalne[ ]  sytuacja i rozwój regionalny[ ]  inne:       | [ ]  demografia[ ]  mienie państwowe | [ ]  informatyzacja[x]  zdrowie |
| Omówienie wpływu | Projektowana ustawa będzie miała pośredni wpływ na zdrowie obywateli z uwagi na skupienie działań i finansowania świadczeń w ochronie zdrowia na obszarach, które stanowią niezaspokojone potrzeby zdrowotne – w szczególności tam, gdzie poziom opieki na poziomie krajowym oraz wojewódzkim odbiega od uzyskiwanego w innych krajach Unii Europejskiej lub występują faktyczne ograniczenia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego**
 |
| Proponuje się, aby nowe przepisy weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisu uchylającego upoważnienie ustawowe do wydania aktu wykonawczego w zakresie określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia priorytetów zdrowotnych, który wejdzie w życie z dniem 30 czerwca 2021 r. Należy zauważyć, że zgodnie z intencją ustawodawcy następuje zastąpienie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji.Ponadto będzie wymagana nowelizacja dwóch rozporządzeń Ministra Zdrowia:– rozporządzenie w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,– rozporządzenie w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?**
 |
| Projektowane zmiany stanowią efekt doświadczeń Ministerstwa Zdrowia w wykonywaniu zadań z zakresu procesu tworzenia oraz wdrożenia map potrzeb zdrowotnych.Ewaluacji efektów projektowanych zmian zostanie dokonana przez rozłożony w czasie monitoring, ocenę śródokresową oraz przez końcowe sprawozdanie z wdrożenia planów transformacji (w zakresie tego, czy są postrzegane jako potrzebne i skuteczne narzędzie podejmowania decyzji dotyczących lokacji podmiotów leczniczych, alokacji środków finansowych itp.), czy są wykonywane w duchu realizacji zasady budowania zaufania do organów władzy publicznej i zasady pewności prawa, etc. |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)**
 |
| Załącznik - Wpływ na sektor finansów publicznych w perspektywie dziesięcioletniej. |