|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu**  Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci  **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**  Ministerstwo Zdrowia  **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu**  Pan Marek Kos, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**  Pan Dariusz Poznański,  Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia,  tel. 22 530 03 18; e-mail: [dzp@mz.gov.pl](mailto:dzp@mz.gov.pl) | | | | | | | | | | | | | | | **Data sporządzenia 19.01.2024**  **Źródło:** art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)  **Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:**  **MZ 1587** | | | | | | | | | | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z rozpoznaną otyłością opiera się na scentralizowanym, wielodyscyplinarnym leczeniu w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmuje także monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu terapeutycznego. Projekt rozporządzenia określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci, zwanego dalej „programem pilotażowym”. Program pilotażowy jest skierowany do świadczeniobiorców w wieku poniżej 18. roku życia.  Założeniem i celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności leczenia świadczeniobiorców w wieku do 18. roku życia, u których występuje wysokie ryzyko rozwoju otyłości, określane na podstawie centyla BMI ≥ 85 centyla lub z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 „Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii”, u których wskaźnik masy ciała wynosi ≥ 95 centyla, a także przeprowadzenie oceny efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców.  Wprowadzenie w ramach programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju wynika ze stale rosnącej liczby otyłych dzieci i młodzieży, co stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej, a także społeczeństwa. Nadwaga i otyłość to zjawiska o zasięgu globalnym. W wielu krajach otyłość przybrała rozmiary epidemii. Epidemiczny charakter otyłości, zwłaszcza w krajach uprzemysłowionych, stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Z uwagi na zdiagnozowaną przez klinicystów i innych ekspertów potrzebę zaoferowania pacjentowi z otyłością wielospecjalistycznego wsparcia, a tym samym uniknięcia zabiegów bariatrycznych, opracowano propozycję programu pilotażowego skierowanego do osób w wieku do 18. roku życia, który ma na celu stworzenie modelowej ścieżki postępowania z chorymi na otyłość. Rozwiązanie pozwoli na zaoferowanie pacjentowi wielospecjalistycznego wsparcia celem uniknięcia rozwoju otyłości olbrzymiej. Model ten będzie stanowił uzupełnienie rozwoju systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.  Program pilotażowy obejmuje kompleksowe świadczenia opieki zdrowotnej, realizowane na rzecz świadczeniobiorców, którzy nie ukończyli 18. roku życia, u których występuje wysokie ryzyko rozwoju otyłości, określane na podstawie centyla BMI ≥ 85 centyla lub chorujących na otyłość rozpoznaną na podstawie ≥ 95 centyla, obejmujące postępowanie medyczne związane z diagnostyką i leczeniem w ramach udzielanych specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz, w zależności od wskazań medycznych, różne formy rehabilitacji leczniczej, w okresie do 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.  Proces terapeutyczny w programie pilotażowym jest realizowany zgodnie z indywidualnymi potrzebami klinicznymi świadczeniobiorców i uwzględnia następujące moduły postępowania:   1. moduł I – Diagnostyka wstępna i ustalenie indywidualnego planu leczenia; 2. moduł II - Leczenie specjalistyczne i monitorowanie; 3. moduł III - Rehabilitacja lecznicza; 4. moduł IV - Przekazanie informacji dotyczącej realizacji programu pilotażowego i zaleceń dalszego postępowania do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obecnie nie ma jednolitego wzorca realizacji leczenia dzieci i młodzieży z chorobą otyłościową. Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami towarzystw naukowych, a także przeglądami dowodów naukowych, najwyższą skuteczność odnoszą intensywne programy interwencyjne nastawione na modyfikację zachowań dotyczących aktywności fizycznej, żywienia. Dodatkowym istotnym elementem interwencji jest wspieranie dziecka (rodziny) w podejmowaniu zmian poprzez interwencje psychologiczne (wsparcie) i wskazanie odpowiednich narzędzi pozwalających na wdrożenie i utrwalenie zmian w zrachowaniach zdrowotnych.  Zgodnie z raportem WHO z 2019 r. na podstawienia badania przeprowadzonego w 19 wybranych krajach Europy, nie ma jednolitego schematu dostarczania takich usług zdrowotnych w opisywanych krajach (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346468/WHO-EURO-2019-3656-43415-60957-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).  W większości krajów istnieją lokalne programy interwencyjne lub terapeutyczne finansowane przez władze krajowe lub lokalne. Wśród krajów o najbardziej złożonych i wypracowanych systemach organizacji opieki nad pacjentami z chorobą otyłościową należy wymienić Węgry, Słowację, Włochy, Królestwo Niderlandów czy Szwecję oraz Norwegię. W większości opisywanych w raporcie krajów system oparty jest na badaniach przesiewowych realizowanych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej lub placówkach oświatowych. Po spełnieniu kryteriów pacjent jest kierowany przez lekarza lub pielęgniarkę do kolejnych etapów procesu leczenia. W części krajów proces ten osadzony jest na poziomie poradni lekarza pierwszego kontaktu, który współpracując z innymi specjalistami (edukator zdrowotny, dietetyk, fizjoterapeuta) prowadzi proces leczenia. W części krajów u pacjentów z otyłością II lub III stopnia leczenia jest prowadzone przez wyspecjalizowane ośrodki, w których poza interwencją wielospecjalistyczną dostępne jest leczenie farmakologiczne, a także leczenie chirurgiczne. Czas trwania opieki oraz zakres wsparcia jest bardzo indywidualny w różnych krajach. Cechą wspólną jest możliwość dostępu przez pacjenta do zespołu specjalistów podejmujących długofalowe leczenia interwencyjne oraz farmakologiczne lub chirurgiczne.  EPODE (Ensemble Prevenons l'Obesite Des Enfants – co tłumaczy się jako Razem zapobiegajmy otyłości u dzieci) rozpoczęto w miejscowościach Fleurbaix i Laventie w północnej Francji w 1992 r. Przyjmuje holistyczne, całościowe podejście, którego celem jest zidentyfikowanie i zajęcie się wszystkimi przyczynami otyłości u dzieci i nakłonienie wszystkich do wspólnej pracy nad zwalczaniem przyczyn — rodziców, szkół, pracowników służby zdrowia, społeczności, przedsiębiorstw, władz centralnych i lokalnych. (Borys JM, Le Bodo Y, Jebb SA, Seidell JC, Summerbell C, Richard D, De Henauw S, Moreno LA, Romon M, Visscher TL, Raffin S, Swinburn B; EEN Study Group. EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, rogres and international development. Obes Rev. 2012 Apr;13(4):299-315. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00950.x. Epub 2011 Nov 23. PMID: 22106871; PMCID: PMC3492853.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa | | | Wielkość | | | | | | | Źródło danych | | | | | | | | | | Oddziaływanie | | | | | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) | | | Centrala NFZ | | | | | | | ustawa z dnia 27 sierpnia  2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | | | | | | | | NFZ jest podmiotem obowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania  i ewaluacji programu pilotażowego | | | | | |
| Podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej  w ramach programu pilotażowego | | | minimum 1 ośrodek na 200 tys. dzieci w województwie | | | | | | | Ministerstwo Zdrowia | | | | | | | | | | Realizacja programu pilotażowego i wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w projekcie rozporządzenia | | | | | |
| Pacjenci w wieku do 18. roku życia z otyłością rozpoznaną na podstawie siatek centylowych  ≥ 95 centyla | | | 21,7 % w populacji Polski wśród osób 0-14 lat (uwzględniając nadwagę oraz otyłość) | | | | | | | Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, 2021 | | | | | | | | | | Poprawa opieki zdrowotnej nad pacjentami do 18. roku. życia z otyłością w związku z objęciem ich opieką kompleksową w jednym ośrodku koordynującym | | | | | |
| Populacja pacjentów planowana do objęcia programem pilotażowym | | | maksymalnie 2000 pacjentów | | | | | | | Ministerstwo Zdrowia | | | | | | | | | | Poprawa opieki zdrowotnej nad pacjentami do 18. Roku życia z otyłością w związku z objęciem ich opieką kompleksową w jednym ośrodku koordynującym | | | | | |
| Minister Zdrowia | | | 1 | | | | | | | Dane powszechnie znane | | | | | | | | | | Nadzór i kontrola nad realizacją programu pilotażowego | | | | | |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji.  Projekt rozporządzenia w ramach opiniowania i konsultacji publicznych (z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag) otrzymali:   1. Prezes Agencji Badań Medycznych; 2. Business Centre Club; 3. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy; 4. Centrum e-Zdrowia; 5. Federacja Pacjentów Polskich; 6. Federacja Przedsiębiorców Polskich; 7. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; 8. Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum; 9. Główny Inspektor Farmaceutyczny; 10. Główny Inspektor Sanitarny; 11. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi; 12. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie; 13. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 14. Kolegium Lekarzy Rodzinnych; 15. Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce; 16. Konfederacja „Lewiatan”; 17. Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej; 18. Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc; 19. Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych; 20. Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii; 21. Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii; 22. Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii; 23. Konsultant Krajowy w dziedzinie gastroeneterologii; 24. Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatrii; 25. Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii; 26. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej; 27. Konsultant Krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 28. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii; 29. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej; 30. Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej; 31. Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego; 32. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych; 33. Krajowa Rada Fizjoterapeutów; 34. Naczelna Rada Aptekarska; 35. Naczelna Rada Lekarska; 36. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 37. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy; 38. Obywatele dla Zdrowia; 39. Ogólnopolski Związek Lekarzy; 40. Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych; 41. Pracodawcy Medycyny Prywatnej; 42. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych; 43. Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych; 44. Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością; 45. Polski Związek Zawodowy Dietetyków; 46. Polskie Stowarzyszenie Dietetyków; 47. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne; 48. Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne; 49. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii; 50. Polskie Towarzystwo Inżynierii Klinicznej; 51. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne; 52. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości; 53. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy; 54. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej; 55. Polskie Towarzystwo Nauk Żywieniowych; 56. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 57. Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 58. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej; 59. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; 60. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia; 61. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów; 62. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 63. Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej; 64. Rada Dialogu Społecznego; 65. Rada Organizacji Pacjentów; 66. Razem dla Zdrowia; 67. Rzecznik Praw Obywatelskich; 68. Rzecznik Praw Pacjenta; 69. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”; 70. Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska; 71. Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere; 72. Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych; 73. Towarzystwo Chirurgów Polskich; 74. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców; 75. Związek Rzemiosła Polskiego; 76. Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie; 77. Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie; 78. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu; 79. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; 80. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; 81. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; 82. Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; 83. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce; 84. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej; 85. Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. im św. Jana Pawła II w Polanicy-Zdroju; 86. Szpital Czerniakowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; 87. Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy; 88. Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie; 89. Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni; 90. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku; 91. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku; 92. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.; 93. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu; 94. Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie; 95. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu; 96. Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie.   Projekt został udostępniony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348).  Raport z konsultacji publicznych i opiniowania zostanie dołączony po ich zakończeniu do oceny skutków regulacji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | - | | - | | - | - | | - | | - | - | | | - | | - | | - | | - | - | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| JST | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| **Saldo ogółem** | | | | - | | - | | - | - | | - | | - | - | | | - | | - | | - | | - | - | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| JST | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |
| Źródła finansowania | | Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Program pilotażowy zostanie sfinansowany w ramach planu finansowego NFZ ze środków pozyskanych z tytułu opłaty od napojów z dodatkiem cukrów będących monosacharydami lub disacharydami oraz środków spożywczych zawierających te substancje oraz substancji słodzących, a także kofeiny lub tauryny bez konieczności ich zwiększania. Projekt rozporządzenia nie stanowi podstawy do ubiegania się przez NFZ o dodatkowe środki z budżetu państwa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | Szacowany koszt programu pilotażowego wynosi około 57 016 744,00 zł.  Na wysokość kosztów programu pilotażowego mają wpływ: czas trwania programu pilotażowego (24 miesiące) oraz populacja objęta programem pilotażowym maksymalnie 2 000 pacjentów.  Wycena kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci została opracowana na podstawie danych przekazanych przez NFZ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | | | | | | Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację dużych przedsiębiorstw. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na średnich i małych przedsiębiorców, a także na mikro-przedsiębiorców, ze względu na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie korzyści płynących z utrzymania prawidłowej masy ciała, prawidłowych zachowań zdrowotnych, a tym samym zmniejszenie absencji chorobowej powodu choroby dziecka, koszty pracy oraz wydajność personelu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na rodziny, obywateli i gospodarstwa domowe, ze względu na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie korzyści płynących z utrzymania prawidłowej masy ciała, prawidłowych zachowań zdrowotnych, a tym samym wydłużenie życia w zdrowiu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością | | | | | | Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemierzalne |  | | | | | | Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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:  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regulacja wpłynie na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, a zwłaszcza mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców oraz na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny. Program wpłynie na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości w zakresie problemów zdrowotnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | | | | | demografia  mienie państwowe  inne: | | | | | | | | | | | | | informatyzacja  zdrowie | | | | | | | |
| Omówienie wpływu | | Zakłada się poprawę opieki zdrowotnej nad pacjentami w wieku do 18. roku życia ze zdiagnozowaną otyłością w związku z objęciem ich kompleksową opieką w jednym z ośrodków koordynacyjnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zakład się, że rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W ramach ewaluacji efektów projektu rozporządzenia po zakończeniu programu pilotażowego:   1. NFZ dokonuje pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego w zakresie oceny efektów leczenia w ramach programu pilotażowego, na podstawie danych sprawozdawczo – rozliczeniowych przekazywanych przez realizatorów programu; 2. NFZ sporządza sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego, w tym ocenę wskaźników realizacji programu pilotażowego, dla każdego z ośrodków koordynujących odrębnie oraz zbiorczo dla wszystkich ośrodków koordynujących wraz z analizą porównawczą i opracowaniem statystycznym danych; 3. NFZ przekazuje sprawozdanie, o którym mowa w pkt 2, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia programu pilotażowego; 4. NFZ, na podstawie sprawozdania końcowego z realizacji programu pilotażowego, dokonuje oceny wyników programu pilotażowego, we współpracy z ośrodkami koordynującymi; 5. NFZ we współpracy z ośrodkami koordynującymi, sporządza raport końcowy zawierający analizę i ocenę realizacji programu pilotażowego i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdania końcowego z realizacji programu pilotażowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brak. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |