

U S T A W A

z dnia r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5 pkt 29a oznacza się jako pkt 29aa i dodaje się pkt 29a w brzmieniu:
„29a) program pilotażowy – zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczący nowych warunków organizacji i realizacji oraz sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzający wdrożenie rozwiązań systemowych;”;
- 2) w art. 11 w ust. 1 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:
„1a) prowadzenie działań oraz współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym również w ramach programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48, oraz programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870);”;
- 3) w art. 31n po pkt 3 dodaje się pkt 3a i 3b w brzmieniu:
„3a) przygotowywanie raportów, o których mowa w art. 48aa ust. 1;
3b) wydawanie rekomendacji, o których mowa w art. 48aa ust. 6;”;
- 4) w art. 31o w ust. 2 w pkt 5 dodaje się lit. g–i w brzmieniu:
„g) opinii Rady Przejrzystości, o których mowa w art. 48aa ust. 5,
h) raportów, o których mowa w art. 48aa ust. 1,
i) rekomendacji Prezesa Agencji, o których mowa w art. 48aa ust. 6.”;
- 5) w art. 31s w ust. 6 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
„3a) wydawanie opinii, o których mowa w art. 48aa ust. 5;”;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych oraz ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

- 6) w dziale II tytuł rozdziału 4 otrzymuje brzmienie:

„Programy zdrowotne, programy polityki zdrowotnej i programy pilotażowe”;
- 7) w art. 48 w ust. 3 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym.”;
- 8) art. 48a otrzymuje brzmienie:

„Art. 48a. 1. Minister albo jednostka samorządu terytorialnego sporządza projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz dostępnych danych epidemiologicznych.

2. Projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany według schematu programu, określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 13.

3. Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji w celu:

 - 1) sporządzenia opinii przez Prezesa Agencji w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej;
 - 2) gromadzenia i weryfikacji założeń programów polityki zdrowotnej oraz opracowania na ich podstawie raportów, o których mowa w art. 48aa ust. 1.

4. Przepisu ust. 3 nie stosuje się do:

 - 1) programu polityki zdrowotnej, będącego kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie, dla którego Prezes Agencji wydał pozytywną opinię;
 - 2) programu polityki zdrowotnej, którego realizację wznowiono, dla którego Prezes Agencji wydał pozytywną opinię;
 - 3) okresowych aktualizacji treści programu polityki zdrowotnej, jeżeli nie powodują one zmiany celów ogólnych i celów szczegółowych;
 - 4) programu polityki zdrowotnej obejmującego chorobę lub problem zdrowotny, dla którego zostały wydane rekomendacje Prezesa Agencji, o których mowa w art. 48aa ust. 6;
 - 5) zmian w programie polityki zdrowotnej, które wynikają z:
 - a) konieczności przesunięcia w czasie realizacji zaplanowanych działań, które były przedmiotem opiniowania przez Agencję,
 - b) zmiany zakresu zaplanowanych działań uwarunkowanej poziomem finansowania programu polityki zdrowotnej,

c) konieczności weryfikacji mierników i wskaźników monitorowania realizacji programu polityki zdrowotnej, w tym mierników i wskaźników odnoszących się do celów ogólnych i szczegółowych programu.

5. Jeżeli projekt programu polityki zdrowotnej nie został sporządzony według schematu, o którym mowa w ust. 2, Prezes Agencji pozostawia projekt bez rozpatrzenia zawiadamiając o tym podmiot, który go sporządził. W pozostałych przypadkach Prezes Agencji wzywa podmiot, który sporządził projekt do jego poprawienia.

6. Prezes Agencji sporządza opinię, o której mowa w ust. 3 pkt 1, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu programu polityki zdrowotnej albo poprawionego projektu programu. Opinię sporządza się na podstawie kryteriów, o których mowa w:

1) art. 31a ust. 1 – w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra;

2) art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 – w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego.

7. W celu sporządzenia opinii, o której mowa w ust. 3 pkt 1:

1) Agencja sporządza raport w sprawie oceny projektu programu polityki zdrowotnej na podstawie kryteriów wskazanych w ust. 6 zdanie drugie;

2) Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje raport, o którym mowa w pkt 1, Radzie Przejrzystości;

3) Rada Przejrzystości na podstawie raportu, o którym mowa w pkt 1, przedstawia opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej, którą przekazuje Prezesowi Agencji.

8. Przed sporządzeniem raportu, o którym mowa w ust. 7 pkt 1, Prezes Agencji może zasięgnąć opinii konsultantów w ochronie zdrowia lub innych ekspertów z dziedzin medycyny odpowiednich dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

9. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje opinię, o której mowa w ust. 3 pkt 1, właściwemu ministrowi albo jednostce samorządu terytorialnego.

10. Negatywna opinia, o której mowa w ust. 3 pkt 1, skutkuje brakiem możliwości wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej.

11. Po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej minister albo jednostka samorządu terytorialnego opracowuje raport końcowy z realizacji programu

sporządzony według schematu, określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 13.

12. Raport, o którym mowa w ust. 11, sporządza się w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej i przekazuje się do Agencji oraz publikuje się w Biuletynie Informacji Publicznej podmiotu, który go opracował.

13. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, schemat programu polityki zdrowotnej oraz schemat raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, biorąc pod uwagę zapewnienie jednolitości tworzenia programów polityki zdrowotnej i konieczność przedstawienia wyników ich realizacji.”;

9) po art. 48a dodaje się art. 48aa i art. 48ab w brzmieniu:

„Art. 48aa. 1. Agencja z własnej inicjatywy lub ministra właściwego do spraw zdrowia dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej i na podstawie tej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programu oraz warunków realizacji dla programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, jest przygotowywany na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1, oraz po zasięgnięciu opinii konsultantów w ochronie zdrowia lub innych ekspertów z dziedzin medycyny odpowiednich dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

3. Agencja ustala, na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1, kolejność wyboru chorób lub problemów zdrowotnych, których dotyczą programy polityki zdrowotnej, w celu wydania rekomendacji określonej w ust. 6.

4. Prezes Agencji niezwłocznie przedstawia raport, o którym mowa w ust. 1, Radzie Przejrzystości.

5. Rada Przejrzystości na podstawie raportu, o którym mowa w ust. 1, wydaje opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programu oraz warunków realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

6. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę opinię, o której mowa w ust. 5, wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programu oraz warunków realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, o której mowa w ust. 6. Prezes Agencji sporządza rekomendację w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania zlecenia. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się odpowiednio.

8. Od dnia opublikowania rekomendacji, o której mowa w ust. 6, jednostka samorządu terytorialnego lub właściwy minister uwzględniają zawarte w niej zalecenia w planowanych programach polityki zdrowotnej.

9. Rekomendacje, o których mowa w ust. 6, podlegają aktualizacji, nie rzadziej niż co pięć lat.

10. Jednostka samorządu terytorialnego przed przystąpieniem do realizacji programu polityki zdrowotnej zgodnego z rekomendacją, o której mowa w ust. 6, przesyła do Agencji oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z tą rekomendacją.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalną treść rekomendacji, o której mowa w ust. 6, biorąc pod uwagę charakter programów polityki zdrowotnej oraz potrzeby podmiotów je opracowujących.

12. Agencja tworzy repozytorium programów polityki zdrowotnej, które udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji oraz na swojej stronie internetowej. W repozytorium programów polityki zdrowotnej publikuje się:

- 1) raporty, o których mowa w ust. 1;
- 2) opinie, o których mowa w ust. 5;
- 3) rekomendacje, o których mowa w ust. 6.

Art. 48ab. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może zawiesić realizację programu polityki zdrowotnej, w szczególności w przypadku braku możliwości dalszego finansowania programu lub ograniczenia środków finansowych na realizację programu lub niecelowości prowadzenia programu polityki zdrowotnej w przyjętym do realizacji zakresie, jednak nie dłużej niż na okres 2 lat.

2. Realizację programu polityki zdrowotnej wznawia się po ustaniu przyczyny jej zawieszenia. Wznowienie realizacji programu polityki zdrowotnej, przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1, nie wymaga uzyskania opinii Agencji, o której mowa w art. 48a ust. 3 pkt 1.”

3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, realizację programu uważa się za zakończoną.”;

10) w art. 48b:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W przypadku programów polityki zdrowotnej realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia wyboru realizatora programu lub jego poszczególnych zadań dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem programów, w których wskazano, że realizacja programu albo zadania określonego w programie jest powierzana danemu podmiotowi, w tym jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanej.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Powierzenie realizacji programu polityki zdrowotnej lub zadań programu podmiotom innym niż wybranym w drodze konkursu ofert, następuje na podstawie upoważnienia, w którym minister właściwy do spraw zdrowia określa zakres powierzanych zadań oraz okres ich realizacji. Niezależnie od upoważnienia minister właściwy do spraw zdrowia może zawrzeć z upoważnionym podmiotem umowę określającą warunki realizacji powierzonych zadań.”,

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Do wyboru realizatorów programów, o których mowa w art. 48 ust. 1, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817).”;

11) w art. 48d w ust. 2 wyrazy „art. 48a ust. 3 pkt 2” zastępuje się wyrazami „art. 48a ust. 6 pkt 1”;

12) po art. 48d dodaje się art. 48e w brzmieniu:

„Art. 48e. 1. Program pilotażowy opracowuje minister właściwy do spraw zdrowia i ustala go w drodze rozporządzenia, a wdraża, finansuje, monitoruje, ewaluuje, nadzoruje i kontroluje Fundusz.

2. Program pilotażowy może być finansowany z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

3. W przypadku programu pilotażowego dotyczącego świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d minister właściwy do spraw zdrowia może wyrazić zgodę na

opracowanie programu przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1, po przedstawieniu przez Prezesa Funduszu założeń programu, uwzględniających informacje, o których mowa w art. 146 ust. 3.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, program pilotażowy obejmujący:

- 1) cel programu pilotażowego,
- 2) czas trwania programu pilotażowego,
- 3) zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej objętych programem pilotażowym,
- 4) warunki i organizację realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
- 5) sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń na podstawie skierowań i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia,
- 6) realizatora programu pilotażowego albo tryb wyboru realizatora programu pilotażowego,
- 7) wskaźniki realizacji programu pilotażowego,
- 8) sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego,
- 9) sposób oceny wyników programu pilotażowego,
- 10) podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego oraz, jeżeli dotyczy - sposób i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu państwa – mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Fundusz zawiera umowę z realizatorem programu pilotażowego wskazanym w przepisach wydanych na podstawie ust. 4 pkt 6 lub wybranym w trybie określonym w tych przepisach, w tym finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

6. Przepisów ust. 1–5 nie stosuje się do programów pilotażowych finansowanych ze środków europejskich w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.”;

13) w art. 97 w ust. 3 po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) opracowywanie, wdrażanie, finansowanie, monitorowanie, ewaluacja, nadzorowanie i kontrolowanie programów pilotażowych;”;

15) w art. 107 w ust. 5 pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych i programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji, oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych i programów pilotażowych;”;

16) w art. 188 w ust. 3 pkt 1–3 otrzymują brzmienie:

„1) osób ubezpieczonych w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4–8, oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a;

2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3, oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a;

3) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4–8, oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 168 oraz z 2016 r. poz. 1020 i 1250) dodaje się art. 12a w brzmieniu:

„Art. 12a. Naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest finansowanie programu polityki zdrowotnej, dla którego Prezes Agencji wydał negatywną opinię, o której mowa w art. 48a ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) albo niezyskanie opinii Prezesa Agencji, jeżeli była ona wymagana.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916) w art. 22:

1) w pkt 5, w dodawanym art. 48d, w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej;”;

2) uchyla się pkt 8.

Art. 4. Do oceny programów polityki zdrowotnej, które zostały przekazane do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 3, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Anna Miszczak
Anna Miszczak
radca prawny

25. 11. 16
Zut

2016 -11- 25



DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

Sylvia Lis
Sylvia Lis

2016 -11- 25

UZASADNIENIE

Przedmiotowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw ma na celu:

- 1) stworzenie ram prawnych umożliwiających ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przeprowadzanie programów pilotażowych, których celem jest sprawdzenie planowanych nowych systemowych rozwiązań w zakresie organizacji i sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) uproszczenie i doprecyzowanie procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej, a także zapewnienia standaryzacji podejmowanych działań;
- 3) umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dostępu do danych osobowych zawartych w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki Narodowego Funduszu Zdrowia i zmiany w trybie wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej;

Ad. 1 - stworzenie ram prawnych umożliwiających ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przeprowadzanie programów pilotażowych

Wprowadzenie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860), zwanej dalej „ustawą”, ram prawnych umożliwiających ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przeprowadzanie programów pilotażowych wynika z tego, iż dotychczas brak było regulacji ustawowych w tym zakresie i związku z tym testowanie nowych sposobów organizacji opieki zdrowotnej było utrudnione.

Programy pilotażowe będą dawały możliwość stosowania odstępstw od obowiązujących zasad i warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w celu sprawdzenia, czy planowane zmiany w organizacji i sposobie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przyczynią się do poprawy sytuacji pacjentów i będą efektywne z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia.

W tym celu w ustawie wprowadza się następujące zmiany:

- 1) zdefiniowano (w art. 5 pkt 29a) pojęcie programu pilotażowego jako zespołu działań z zakresu opieki zdrowotnej mający na celu testowe wdrażanie nowych rozwiązań w zakresie organizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;

- 2) wskazano ministra właściwego do spraw zdrowia jako podmiot zobowiązany do ich opracowania, a Narodowy Funduszu Zdrowia jako podmiot właściwy do wdrażania, finansowania i monitorowania programów pilotażowych, umożliwiając jednocześnie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia finansowanie wybranych programów pilotażowych;
- 3) dodano upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego cel, czas trwania, zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy, warunki jego finansowania, czy tryb wyboru realizatora programu pilotażowego.

Istotną kwestią dla programów pilotażowych jest monitorowanie ich efektywności i ocena założeń przyjętych przed zawarciem umów. W tym celu w rozporządzeniu ustanawiającym dany program pilotażowy, a także w ramach umów na realizację tego programu, konieczne będzie określenie zadań polegających na monitorowaniu programów pilotażowych i przedstawianiu wniosków dotyczących dokonania ewentualnych zmian w organizacji procesów leczniczych lub sposobie finansowania.

Dodać w tym miejscu trzeba, że w przypadku programów pilotażowych finansowanych ze środków europejskich w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870) przepisy nowelizacji nie będą miały zastosowania.

Ad. 2 - uproszczenie i doprecyzowanie procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej

Przepisy mające na celu uproszczenie i doprecyzowanie procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej zawarte są w art. 1 pkt 3–5, 7–9, i art. 3 projektu ustawy. Jak wynika z obecnie obowiązujących przepisów, obligatoryjne jest, aby projekt programu polityki zdrowotnej był sporządzany przez podmiot do tego umocowany tj. ministra lub jednostkę samorządu terytorialnego na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Zważyć także należy, iż obecnie każdy projekt programu polityki zdrowotnej wymaga przedłożenia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”, celem jego zaopiniowania. Wydłuża to znacznie okres tworzenia takiego programu i jego wdrożenia do realizacji. Jednocześnie w przypadku stwierdzenia przez Prezesa Agencji uchybień w nadesłanym projekcie konieczne jest jego dostosowanie do zaleceń zawartych w opinii Prezesa Agencji, co dodatkowo odsuwa w czasie rozpoczęcie działań programowych.

W związku z powyższym w projekcie ustawy wprowadza się zmiany w art. 48a oraz nowy art. 48aa, zgodnie z którymi projekt programu polityki zdrowotnej powinien zostać oparty nie tylko na danych wynikających z mapy potrzeb zdrowotnych, ale także na dostępnych danych epidemiologicznych i na rekomendacji Prezesa Agencji wydanej dla konkretnego problemu zdrowotnego, która została przygotowana w oparciu o dowody naukowe. Przepis uzupełniono o dostępne dane epidemiologiczne, ponieważ aktualnie już w każdym programie musi być odniesienie do danych epidemiologicznych, ponieważ są one używane jako powody uruchomienia programu. Do danych tych zaliczamy np. chorobowość, liczba przypadków śmiertelnych w danej chorobie. Natomiast dodanie rekomendacji ma skutkować tym, iż na jej podstawie podmiot sporządzający projekt programu polityki zdrowotnej będzie w stanie samodzielnie go przygotować w sposób właściwy. Nowelizacja przewiduje, że Agencja będzie wydawać opinię tylko dla projektów programów polityki zdrowotnej, dla których nie zostały opublikowane odpowiednie rekomendacje Prezesa Agencji w sprawie zalecanych technologii medycznych lub interwencji oraz warunków realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danego problemu zdrowotnego.

Rekomendacje będą opracowywane po uprzedniej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej na podstawie której będzie przygotowywany raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programu oraz warunków realizacji dla programów polityki zdrowotnej dotyczących danego problemu zdrowotnego. Weryfikacja będzie dotyczyć założeń, czyli całego opisu interwencji planowanej w programie, gdyż zawierają informacje ile osób należy włączyć do programu i jakie badania lub zabiegi będą wykonywane w ramach programu.

Następnie Rada Przejrzystości na podstawie raportu wydaje opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programu oraz warunków realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danego problemu zdrowotnego, na podstawie której Prezes Agencji, wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych lub interwencji oraz warunków realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danego problemu zdrowotnego.

Rekomendacje będą publikowane w *Repozytorium programów polityki zdrowotnej*, które zostanie udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji oraz na stronie internetowej tego podmiotu. Minimalna treść rekomendacji zostanie określona w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia. Minister ten zostanie także uprawniony do zlecenia

Agencji opracowania i wydania rekomendacji dotyczących danego problemu zdrowotnego. Rekomendacje będą podlegały aktualizacji nie rzadziej, niż co 5 lat. Zastosowanie postępowania umożliwiającego wydawanie rekomendacji Prezesa Agencji wraz z raportami zawierającymi szczegółowe zalecenia dotyczące tworzenia projektów programów polityki zdrowotnej umożliwi znaczące przyspieszenie procedury przygotowania takiego programu przez ministrów i jednostki samorządu terytorialnego oraz możliwość jego wdrożenia bez konieczności uzyskania opinii Prezesa Agencji.

W związku z koniecznością zapewnienia jednolitych standardów tworzenia jak i realizacji programu polityki zdrowotnej nowelizacja przewiduje wprowadzenie zasady stosowania jednolitych wzorów dokumentów, tj. schematu programu oraz raportu końcowego. Dokumenty te zostaną określone w drodze rozporządzenia wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Jednostka samorządu terytorialnego lub właściwy minister będą obowiązani do przekazania Agencji w okresie 3 miesięcy od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej raportu końcowego oraz do jego publikacji w prowadzonym przez siebie Biuletynie Informacji Publicznej. Powyższe pozwoli na gromadzenie tych informacji w jednym miejscu, co może pozwolić na późniejszą analizę działań z zakresu zdrowia publicznego na terenie kraju. Raport końcowy będzie zawierał podsumowanie programu, w którym będą zawarte m.in. takie informacje jak: ilość pacjentów, których objęto programem, długość trwania programu, koszty programu i skutki np. obniżenie ciśnienia krwi u 25% populacji włączonej do programu.

Natomiast u podstaw projektowanej zmiany w art. 48a ust. 2 ustawy leży, wynikająca z długoletniej praktyki, potrzeba ustawowego usankcjonowania braku wskazań do kierowania do zaopiniowania przez Agencję programów polityki zdrowotnej już realizowanych, ale zaktualizowanych, w sytuacji, gdy zmianie nie ulegają ich cele. Każdorazowe bowiem kierowanie zmienianych programów polityki zdrowotnej, już realizowanych, w sytuacji, kiedy zmiany dotyczą przykładowo tylko zadań lub poziomu finansowania byłoby nie tylko niezgodne z zasadami tzw. ekonomiki postępowania, ale także niepotrzebnie wydłużałoby proces związany z konkursem ofert i zawarciem umowy z realizatorem.

W dodawanym art. 48a w ust. 12 proponuje się, aby negatywna opinia Agencji w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej skutkowałą brakiem możliwości wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej. Uzasadnione to jest tym, że w obecnym stanie prawnym, w przypadku gdy opinia jest negatywna, podmiot umocowany do tworzenia

programu polityki zdrowotnej może go uruchomić. Należy mieć jednak na względzie, że Agencja oceniając program ocenia m.in. jego skuteczność i efektywność kosztową na podstawie dostępnych danych klinicznych i publikacji naukowych, czyli na podstawie danych mających znaczenie dla tzw. „udowodnionej skuteczności”. Jeżeli zatem w ocenie Agencji należy wydać negatywną opinię o programie to zasadne jest twierdzenie, że zaproponowane w nim działania mogą być nieskuteczne (nie przyniosą zamierzonego rezultatu zdrowotnego) lub nakłady na ten program nie przyniosą skutku a środki finansowe nie będą zasadnie wydatkowane. Nakładając na to zasady wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o finansach publicznych, że wydatkowanie środków publicznych ma być gospodarne, efektywne i celowe – może dojść do sytuacji, gdy niezgodnie z tymi zapisami będzie realizowany program, który nie przyniesie wartości dodanej, a środki na ten cel zostaną wydane. Jednostki samorządu terytorialnego uważają uzyskanie opinii, jako czynność „pro forma” oraz wykorzystują fakt braku sankcji za realizację takiego programu i mimo negatywnej opinii realizują programy. W związku z powyższym w art. 2 projektu proponuje się wprowadzenie do ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 168 z późn. zm.) przepisu sankcjonującego finansowanie przez jednostkę programu polityki zdrowotnej, dla którego Prezes Agencji wydał negatywną opinię albo nie została ona uzyskana, chociaż przepisy ustawy stanowią inaczej.

Ad. 3 - umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dostępu do danych osobowych zawartych w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki Narodowego Funduszu Zdrowia i zmiany w trybie wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej

Przez wprowadzenie zmiany w art. 11 i 188 ustawy doprecyzowuje się możliwość monitorowania realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Niezbędne jest umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dostępu do danych osobowych zawartych w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki Narodowego Funduszu Zdrowia, służącym do rozliczania udzielanych świadczeń, na potrzeby prowadzenia działań związanych z m.in. kontrolą jakości świadczeń oraz prowadzeniem działalności edukacyjnej i informacyjnej w zakresie realizacji programów profilaktycznych (dotyczy przede wszystkim Programu profilaktyki raka piersi i Programu profilaktyki raka szyjki macicy). Zakres zadań ministra właściwego do spraw zdrowia określony w ustawie wymaga rozszerzenia przez umożliwienie temu ministrowi przetwarzania danych osobowych

w celu realizacji działań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym również np. w celu planowania prac nad nowymi programami polityki zdrowotnej a także w ramach programów wieloletnich.

Przesłanką natomiast projektowanej zmiany w art. 48b ust. 1 ustawy jest, również wynikająca z długoletniej praktyki, potrzeba dopuszczenia innych (alternatywnych) trybów wyłonienia realizatora w sytuacji, kiedy charakter i specyfika programu (zadania) wymaga powierzenia realizacji go określonej podmiotowi, który będzie dawał największą rękojmię realizacji celów programu (zadania). W obecnie obowiązującym stanie prawnym zdarzają się sytuacje, kiedy z racji sztywnego wymogu zachowania trybu konkursu ofert w ogóle nie jest możliwa realizacja programu (zadania), ponieważ oferenci przykładowo nie spełniają warunków progowych zawartych w ogłoszeniu konkursowym. Wówczas to minister właściwy do spraw zdrowia może jedynie zakończyć postępowanie konkursowe bez wyboru realizatora. Bezskuteczna (nierzadko niejednokrotna) próba wyłonienia realizatora kończy się koniecznością rezygnacji z realizacji programu (zadania) w danym roku. W dodawanym do ustawy art. 48 ab wprowadza się możliwość zawieszenia na okres nie dłuższy niż dwóch lat realizacji programu polityki zdrowotnej, co miałyby zastosowanie np. w sytuacji konieczności dokonania przesunięć finansowych, ograniczonych środków na realizację programów polityki zdrowotnej lub braku możliwości realizacji danego programu w danym okresie z różnych powodów. Po upływie tego okresu realizację programu polityki zdrowotnej uważa się zakończoną.

Ponadto w art. 3 projektowanej ustawy wprowadzono zmianę art. 22 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916), w zakresie treści wprowadzonego w nim nowego art. 48d ustawy. Stosownie do tej zmiany Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł przekazywać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych, a nie, jak stanowi obecna treść tego przepisu, na dofinansowanie programów dotyczących udzielania świadczeń nienależących do świadczeń gwarantowanych. Ponadto uchylono przepis wprowadzający zmianę w art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy, zgodnie z którą w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia miały być uwzględniane koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w wysokości 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Przedmiotowa regulacja nie generuje kosztów finansowych zarówno po stronie budżetu państwa części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż ma na celu jedynie stworzenie przepisów prawnych, na podstawie których programy pilotażowe będą realizowane.

Zakłada się wejście w życie projektowanej ustawy w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 3, który ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2017 r., z uwagi na to, że z dniem 1 stycznia 2017 r. wchodzi w życie przepis art. 22 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916), który dodaje do ustawy art. 48 d, zmieniany w niniejszym projekcie.

Projektowana ustawa nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Z uwagi na fakt, że projektowana ustawa wprowadza nową formę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i poszerza kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia nie było możliwości podjęcia alternatywnych środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonych celów.

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt nie wymagał przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

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:

Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu:

Katarzyna Makowiecka e-mail: k.makowiecka@mz.gov.pl;

tel.: (22) 860 11 52

Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia

Data sporządzenia:

24.11.2016 r.

Źródło:

Potrzeba uregulowania kwestii przeprowadzania programów pilotażowych oraz konieczność przyjęcia zmian w przepisach dotyczących programów polityki zdrowotnej.

Nr w wykazie prac Rady Ministrów:

UD 151

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Brak podstawy prawnej do przeprowadzania programów pilotażowych oraz brak przepisów określających ramy takiego programu.
2. Konieczność przyjęcia zmian w przepisach dotyczących programów polityki zdrowotnej.
3. Potrzeba usprawnienia realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i umożliwienie monitorowania jego efektywności.

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

1. Wprowadzenie podstawy prawnej do wprowadzenia programu pilotażowego, zdefiniowanie w ustawie programu pilotażowego, wskazanie ministra właściwego do spraw zdrowia jako podmiotu zobowiązanego do jego opracowania, a Narodowego Funduszu Zdrowia jako podmiotu właściwego do wdrażania, finansowania i monitorowania programu pilotażowego. Ponadto określenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia ram funkcjonowania programu pilotażowego poprzez wskazanie m.in. jego celu, czasu trwania, zakresu i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy, warunków jego finansowania, czy trybu wyboru realizatora programu pilotażowego.
2. Uchylenie przepisu art. 22 pkt 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916) wprowadzającego zmianę w art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 i 1860) zgodnie z którą w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia od 2017 r. miały być uwzględniane koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w wysokości 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w wyniku czego Narodowy Fundusz Zdrowia będzie w tym zakresie realizował obecnie obowiązujące przepisy.
3. Wprowadzenie zmiany w art. 22 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, w zakresie treści wprowadzonego w nim nowego art. 48d ustawy. Stosownie do tej zmiany Narodowego Funduszu Zdrowia będzie mógł przekazywać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych, a nie, jak stanowi obecna treść tego przepisu, na dofinansowanie programów dotyczących udzielania świadczeń nienależących do świadczeń gwarantowanych.
4. Projektowana ustawa zakłada dokonanie uproszczenia procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej poprzez wprowadzenie możliwości tworzenia programu polityki zdrowotnej na podstawie ujednoliconych dokumentów opublikowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Zakłada się także, że zastosowanie się do takiej dokumentacji przez podmiot umocowany do tworzenia programu polityki zdrowotnej (np. jednostki samorządu terytorialnego) będzie skutkowało brakiem obowiązku uzyskania opinii AOTMiT w zakresie tego programu. Zapewni to przyspieszenie realizacji programu polityki zdrowotnej.
5. Umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dostępu do danych osobowych zawartych w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki Narodowego Funduszu Zdrowia, służącym do rozliczania udzielanych świadczeń, na potrzeby prowadzenia działań związanych z m. in. kontrolą jakości świadczeń oraz prowadzeniem działalności edukacyjnej i informacyjnej w zakresie realizacji programów profilaktycznych (dotyczy przede wszystkim Programu profilaktyki raka piersi i Programu profilaktyki raka szyjki macicy). Zakres zadań ministra właściwego do spraw zdrowia określony w ustawie wymaga rozszerzenia poprzez umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przetwarzania danych osobowych w celu realizacji działań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym również w ramach programów wieloletnich.

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Minister Zdrowia	1	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów	Minister Zdrowia został wskazany jako podmiot odpowiedzialny za opracowanie programów pilotażowych.
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot właściwy do wdrażania, finansowania i monitorowania programów pilotażowych oraz jako podmiot finansujący programy polityki zdrowotnej realizowane przez jednostkę samorządu terytorialnego, a także jako podmiot odpowiedzialny za przeprowadzanie postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Uproszczenie procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej będzie skutkowało tym, że AOTMiT ograniczy ilość wydawanych opinii dotyczących programów polityki zdrowotnej
Jednostki samorządu terytorialnego	2874	Dane GUS	Uproszczenie i ustanadaryzowanie procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej. Zapewni to przyspieszenie realizacji programu polityki zdrowotnej.

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

Odnosnie projektowanej ustawy nie były prowadzone pre-konsultacje.

Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych, z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag, z następującymi podmiotami:

- 1) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 2) Naczelną Radą Lekarską;
- 3) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 4) Naczelną Radą Aptekarską;
- 5) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 6) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 7) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 8) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 9) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 10) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 11) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 13) Forum Związków Zawodowych;
- 14) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 15) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;

- 16) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 17) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 18) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 20) Krajowym Związkiem Zawodowym Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych;
- 21) Konfederacją „Lewiatan”;
- 22) Business Center Club;
- 23) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 24) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 25) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 26) Federacją Pacjentów Polskich;
- 27) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere
- 28) Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych;
- 29) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 30) Radą Dialogu Społecznego.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione po ich zakończeniu w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.)

Projekt został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2016 r. poz. 1006).

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													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
NFZ*													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
NFZ													

Źródła finansowania	<p>Skutki dla budżetu państwa. Przedmiotowa regulacja nie generuje kosztów finansowych</p> <p>Skutki dla NFZ. Przedmiotowa regulacja nie generuje kosztów finansowych. Przedmiotowa regulacja nie wpływa na budżety jednostek samorządów terytorialnych realizujących programy polityki zdrowotnej. Nie zmienia ona zasad finansowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, a wyłącznie upraszcza procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej. Projektowane regulacje nie wpływają również na podmioty lecznicze realizujące programy polityki zdrowotnej w odniesieniu do ich finansowania.</p>
----------------------------	--

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

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							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

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

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

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

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: stworzenie podstaw prawnych do realizacji programów pilotażowych

zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz:

Brak.

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

NFZ będzie mógł przekazywać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego, tylko w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 3, który ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2017 r., z uwagi na to, że z dniem 1 stycznia 2017 r. wchodzi w życie przepis art. 22 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916), który dodaje do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 48d, zmieniany w niniejszym projekcie.

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

Nie dotyczy.

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

Nie dotyczy.

