|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**  Janusz Cieszyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**  Krzysztof Krzyżanowski – Dyrektor Departamentu Nadzoru, Kontroli  i Skarg, tel. 22 530 02 80, k.krzyzanowski@mz.gov.pl | | | | | | | | | | | | | | | | **Data sporządzenia 11.12.2018 r.**  **Źródło:**  Inicjatywa własna  **Nr w Wykazie prac Rady Ministrów:**  **UD444** | | | | | | | | | | | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemem jest niewystarczająca skuteczność kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (Fundusz), w zakresie prawidłowości realizacji umów przez świadczeniodawców. Biorąc pod uwagę obecną liczbę umów (35 tys.) oraz liczbę prowadzonych rocznie kontroli (niespełna 2 tys.) należy uznać, że liczba aktualnie prowadzonych kontroli umożliwia skontrolowanie realizacji każdej umowy średnio co 18 lat, a każdego świadczeniodawcy średnio co 16 lat. Oznacza to, że skuteczność kontroli winna zostać zwiększona, biorąc pod uwagę choćby kilkuletni okres obowiązywania kontraktów.  Poważnym problemem z punktu widzenia sprawności i skuteczności kontroli jest także stabilność zatrudnienia pracowników kontroli oraz fluktuacja kadry kontrolerskiej (w szczególności polegająca na zmianie miejsca zatrudnienia przez osoby z wykształceniem medycznym). Dodatkowym problemem jest długotrwałość i skomplikowanie procedur kontrolnych, co z jednej strony negatywnie wpływa na efektywność kontroli, z drugiej zaś skutkować może jej uciążliwością dla podmiotu kontrolowanego. Ponadto rozproszenie służb kontrolnych i ich umiejscowienie w oddziałach wojewódzkich Funduszu, może skutkować różnymi wzorcami ich organizacji i sposobu działania, a nawet odmienną interpretacją wyników, a w konsekwencji zróżnicowaniem skutków kontroli.  W zakresie kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia problemem jest długotrwałość postępowań kontrolnych związana z koniecznością sporządzania protokołu kontroli, a następnie obowiązek sporządzenia wystąpienia pokontrolnego.  Ponadto brak jest jednolitego trybu kontrolnego dla wszystkich podmiotów kontrolowanych - regulacje ustawy o świadczeniach i ustawy o refundacji w odmienny sposób regulują tryb kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (tzw. ordynacji lekarskich) i kontroli aptek.  W obecnym stanie prawnym Fundusz nie dysponuje dostępem do informacji o komercyjnych badaniach klinicznych. W konsekwencji Fundusz nie ma możliwości kontrolowania zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych uczestnikom badań, a tym samym możliwego podwójnego finansowania tych świadczeń. Dla uporządkowania sytuacji koniecznym jest rozszerzenie obowiązków informacyjno-sprawozdawczych badacza lub podmiotu leczniczego prowadzącego badania kliniczne.  W zakresie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawa przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646, z późn. zm.), biorąc pod uwagę fakt, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ordynacji leków, a także apteki w zakresie refundacji nigdy nie podlegały, na gruncie kolejnych ustaw dotyczących działalności gospodarczej i przedsiębiorców, kontroli działalności gospodarczej, tym bardziej że ok. 30% podmiotów kontrolowanych nie jest przedsiębiorcami, niezbędne jest dostosowanie przepisów Prawa przedsiębiorców.  Analiza dotycząca rocznego funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) wykazała potrzebę lepszego dostosowania przepisów regulujących udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do potencjału szpitali działających na poszczególnych poziomach PSZ.  W systemie opieki zdrowotnej można zidentyfikować zjawisko częściowego dublowania się jednostek organizacyjnych szpitali pod względem zapewnienia gotowości do przyjmowania pacjentów w stanach nagłych, co oznacza utrzymywanie nadmiernej obsady dyżurowej. W związku z istniejącymi już obecnie niedoborami kadrowymi w szpitalach, utrudniającymi w szczególności zapewnienie właściwej obsady dyżurowej, oraz prawdopodobieństwem dalszego pogłębiania się tego zjawiska w przyszłości, istnieje pilna potrzeba umożliwienia bardziej elastycznego i efektywnego wykorzystania kadr medycznych, niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w stanach nagłych.  Brak jest regulacji systemowych w zakresie prowadzenia segregacji medycznej i ruchu chorych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planuje się koncentrację potencjału służb kontrolnych, obecnie rozproszonych między poszczególne oddziały wojewódzkie i centralę Funduszu. Proponowane rozwiązanie zakłada utworzenie korpusu kontrolerskiego na poziomie centrali Funduszu, wyposażonego w kompetencje i narzędzia do prowadzenia sprawnej i skutecznej kontroli.  Takie umocowanie służb kontrolnych sprzyjać będzie ponadto lepszemu planowaniu kontroli, ukierunkowanych na wykrycie i potwierdzenie niewłaściwej realizacji umów, na podstawie których Funduszu wypłaca środki publiczne, jak również nieefektywności w tym zakresie wskazanych m.in. przez poprzedzające działania analityczne.  Ponadto dla zwiększenia sprawności działań kontrolerskich oraz zmniejszenia uciążliwości kontroli dla świadczeniodawców zakłada się uproszczenie procedur kontrolnych i zwiększenie udziału działań przed kontrolnych, polegających na zdalnym (korespondencyjnym) wyjaśnianiu przez świadczeniodawców zdarzeń stanowiących podstawę ich weryfikacji przez Fundusz. W zakresie kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia zakłada się ograniczenie dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego. Wprowadzenie jednego dokumentu z kontroli, tj. wystąpienia pokontrolnego, zawierającego ustalenia stanu faktycznego oraz ocenę skontrolowanej działalności oraz ewentualne zalecenia pokontrolne - umożliwi jednoczasowe zapoznanie się jednostki kontrolowanej zarówno z ustaleniami, jak i z oceną skontrolowanej działalności. Wprowadza się jako zasadę komunikację pomiędzy Prezesem Funduszu, kontrolerami a podmiotem kontrolowanym za pomocą środków komunikacji elektronicznej, co powinno uprościć, przyspieszyć oraz obniżyć koszty przeprowadzanej kontroli.  Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów, włączając do katalogu osób obowiązanych do składania oświadczenia, o której mowa w ww. ustawie, kontrolerów.  Zmiana ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców ma charakter dostosowujący do zakresu kontroli, który będzie wynikał z nowego Działu IIIA ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.  W konsekwencji powyższych regulacji, konieczne jest wprowadzenie adekwatnych zmian w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.  W zakresie zmiany ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, na badacza lub właściwy podmiot leczniczy badań klinicznych badań klinicznych nałożony zostanie obowiązek przekazywania informacji do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu o uczestnikach badania klinicznego.  Proponuje się zmianę polegającą na dostosowaniu możliwości udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do profili szpitali. W związku z tym projektowane regulacje znoszą obligatoryjność realizacji omawianego rodzaju świadczeń w odniesieniu do szpitali wąskospecjalistycznych, nie posiadających profilu choroby wewnętrzne. Takim szpitalom pozostawia się możliwość realizacji tych świadczeń w przypadku złożenia odpowiedniego wniosku do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Podobną regulację wprowadza się w odniesieniu do szpitali ogólnopolskich, jeżeli udzielają świadczeń w ramach szpitalnej izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego. Ponadto proponuje się ograniczenie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez szpitale pediatryczne do świadczeń udzielanych dzieciom.  Zmiana ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z poz. , z późn. zm.) umożliwi racjonalizację wykorzystania zasobów organizacyjnych i kadrowych w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, przez możliwość ich skoncentrowania wyłącznie u tych świadczeniodawców, którzy w stopniu wystarczającym zapewniają dostępność dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego na danym terenie. W tym celu proponuje się wprowadzenie możliwości ustalania przez właściwego wojewodę – na wniosek świadczeniodawców i w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu – harmonogramu realizacji świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości, w odniesieniu do jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (z wyłączeniem centrów urazowych). W przypadku ustalenia harmonogramu dla danego obszaru zespoły ratownictwa medycznego nie powinny transportować pacjentów do jednostek organizacyjnych szpitali, które w danym dniu nie będą działały w warunkach zwiększonej gotowości. Kolejne zmiany wprowadzone do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczą utworzenia systemu przetwarzającego dane o liczbie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, kategorii przypisanej im w wyniku segregacji medycznej i czasie oczekiwania w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR). Administratorem danych przetwarzanych w TOPSOR będzie Fundusz, przy czym do dnia 1 stycznia 2027 r. zadanie to będzie realizowane przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Rozwiązanie techniczne systemu pozwoli na zarządzanie trybami obsługi osób oczekujących w SOR oraz przypisanie ich do odpowiedniej kategorii według stopnia pilności udzielenia świadczeń medycznych. Dotyczy to również osób przetransportowanych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego. Wykorzystanie funkcjonalności TOPSOR umożliwi bieżące informowanie pacjentów o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej przez lekarza SOR. Takie rozwiązanie skutkuje zwiększeniem komfortu osób oczekujących na udzielenie pomocy. Znacznie ograniczone zostanie również nieefektywne wykorzystanie czasu pracy osób zatrudnionych w rejestracji i punktach informacji, który do tej pory przeznaczany był na uzyskiwanie oraz udostępnianie danych dotyczących czasu oczekiwania. Zastosowane rozwiązania mają za zadanie skrócić okres pobytu w poczekalni SOR. W projekcie ustawy przewiduje się również rozszerzenie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym szczegółowych warunków segregacji medycznej. Szacowany koszt utworzenia systemu i wdrożenia we wszystkich SOR wynosi ok. 50 mln zł. Planowane jest sfinansowanie kosztu ze środków europejskich w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i  Środowisko 2014-2020 oraz budżetu państwa część 46-Zdrowie (ewentualne wydatki niekwalifikowalne). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ze względu na różnice w organizacji publicznych systemów ochrony zdrowia w większości krajów trudno jest wskazać jednolity sposób rozwiązywania ww. problemów w innych krajach. Wspólnym dla wielu krajów (m.in. Wielkiej Brytanii, Francji) jest wyodrębnienie służb kontrolnych w strukturach płatników publicznych, oraz zdecydowanie większa liczba kontrolerów niż w naszym kraju. Jednocześnie w kraju o zbliżonym modelu finansowania opieki zdrowotnej – Chorwacji należy dostrzec znacznie wyższą aktywność kontrolerską, którą są objęci corocznie praktycznie wszyscy świadczeniodawcy. Podobna sytuacja ma miejsce w Słowenii. We wszystkich krajach również większą rolę niż dotychczas w Rzeczypospolitej Polskiej odgrywa wykorzystanie przez służby kontrolne środków komunikacji elektronicznej, co jest przede wszystkim konsekwencją większej elektronizacji usług w sektorze medycznym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa | | | Wielkość | | | | | | | | Źródło danych | | | | | | | | | | Oddziaływanie | | | | | | |
| Świadczeniodawcy posiadający umowę z Funduszem | | | 31 tysięcy podmiotów (dane z 2018 r.) | | | | | | | | system informatyczny Funduszu | | | | | | | | | | Podmioty podlegające kontroli Funduszu. | | | | | | |
| Apteki | | | 16 tysięcy podmiotów | | | | | | | | Rejestr Aptek | | | | | | | | | | Podmioty podlegające kontroli Funduszu. | | | | | | |
| Fundusz | | | centrala i 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu | | | | | | | | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | | | | | | | | 1. Podmiot kontrolujący.  2. Administrator danych przetwarzanych w TOPSOR od dnia 1 stycznia 2027 r. | | | | | | |
| Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | | | 1 | | | | | | | | Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym | | | | | | | | | | Administrator TOPSOR do dnia 31 grudnia 2026 r. | | | | | | |
| Świadczeniobiorcy | | | ok. 35, 492 mln | | | | | | | | Centralny Wykaz Ubezpieczonych | | | | | | | | | | Potencjalni pacjenci nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Poprawa dostępu oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. | | | | | | |
| Szpitale zakwalifikowane do poziomów I-III (monoprofilowe) oraz V i VI PSZ | | | ok. 120 szpitali | | | | | | | | Wykazy szpitali zakwalifikowanych do PSZ | | | | | | | | | | 1. Zwolnienie z obowiązku udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; umożliwienie udzielania ww. świadczeń (szpitale VI poziomu PSZ).  2. Zwolnienie z obowiązku udzielania ww. świadczeń dla dorosłych (szpitale V poziomu PSZ). | | | | | | |
| Szpitale posiadające jednostki organizacyjne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego | | | ok. 600 | | | | | | | | wojewódzkie plany działania systemu państwowego ratownictwa medycznego | | | | | | | | | | Umożliwienie uelastycznienia obsady kadrowej, w przypadku włączenia szpitala do systemu dyżurowego, w okresach wskazanych w harmonogramach dyżurów. | | | | | | |
| SOR | | | 229 | | | | | | | | wojewódzkie plany działania systemu państwowego ratownictwa medycznego | | | | | | | | | | Wprowadzenie jednolitych zasad segregacji medycznej,  w tym poprawa komfortu pracy personelu odpowiedzialnego za prawidłową ocenę stanu oraz zaopatrzenie chorych. | | | | | | |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie było prowadzonych pre-konsultacji odnośnie projektu ustawy.  Projekt został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych na okres 21 dni do podmiotów takich jak:   1. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego; 2. Naczelna Rada Lekarska; 3. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 4. Naczelna Rada Aptekarska; 5. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych; 6. Krajowa Rada Fizjoterapeutów; 7. Kolegium Lekarzy Rodzinnych; 8. Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce; 9. Forum Związków Zawodowych; 10. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”; 11. Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”; 12. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych; 13. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych; 14. Ogólnopolski Związek Lekarzy; 15. Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych; 16. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej; 17. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców; 18. Konfederacja „Lewiatan”; 19. Związek Rzemiosła Polskiego; 20. Business Centre Club; 21. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie; 22. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia; 23. Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; 24. Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej; 25. Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych; 26. Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; 27. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; 28. Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; 29. Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień; 30. Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego – Organizacja Pracodawców w Łańcucie; 31. Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; 32. Pracodawcy Pomorza; 33. Mazowiecki Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; 34. Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców; 35. Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur; 36. Stowarzyszanie „Dla Dobra Pacjenta”; 37. Rzecznik Praw Pacjenta; 38. Lider ruchu „Obywatele dla Zdrowia”; 39. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 40. Federacja Pacjentów Polskich; 41. Stowarzyszenie Primum Non Nocere; 42. Izba Lecznictwa Polskiego; 43. Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu; 44. Stowarzyszenie Szpitali Małopolskich; 45. Konsorcjum Szpitali Wrocławskich; 46. Stowarzyszenie Polska Unia Szpitali Klinicznych; 47. Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych.   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 § 52 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.) niniejszy projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”.  Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ceny stałe z 2018 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** | | | | **19,1** | **36,8** | | | **50** | **71,8** | | | **92,4** | | **92,4** | **92,4** | | | **92,4** | | **92,4** | | | **92,4** | **92,4** | | **824,5** | |
| budżet państwa | | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | 0,1 | | 0,1 | 0,1 | | | 0,1 | | 0,1 | | | 0,1 | 0,1 | | 0,7 | |
| Jednostki samorządu terytorialnego (JST) | | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | 0,1 | | 0,1 | 0,1 | | | 0,1 | | 0,1 | | | 0,1 | 0,1 | | 0,7 | |
| Fundusz | | | | 18,9 | 36,6 | | | 49,7 | 71,5 | | | 91,8 | | 91,8 | 91,8 | | | 91,8 | | 91,8 | | | 91,8 | 91,8 | | 819,3 | |
| Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS) | | | | 0,2 | 0,2 | | | 0,3 | 0,3 | | | 0,4 | | 0,4 | 0,4 | | | 0,4 | | 0,4 | | | 0,4 | 0,4 | | 3,8 | |
| **Wydatki ogółem** | | | | **5,7** | **2,4** | | | **2,5** | **2,3** | | | **2,3** | | **2,4** | **2,5** | | | **2,5** | | **2,9** | | | **2,8** | **2,7** | | **31** | |
| budżet państwa | | | | 0 | 1,5 | | | 1,5 | 1 | | | 0,8 | | 0,9 | 1 | | | 1 | | 1,4 | | | 1,3 | 1,2 | | 11,6 | |
| JST | | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | 0 | | 0 | |
| Fundusz | | | | **5,7** | **0,9** | | | **1** | **1,3** | | | **1,5** | | **1,5** | **1,5** | | | **1,5** | | **1,5** | | | **1,5** | **1,5** | | **19,4** | |
| FUS | | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | 0 | | 0 | |
| **Saldo ogółem** | | | | **13,4** | **34,4** | | | **47,5** | **69,5** | | | **90,1** | | **90** | **89,9** | | | **89,9** | | **89,5** | | | **89,6** | **89,7** | | **793,5** | |
| budżet państwa | | | | 0 | -1,5 | | | -1,5 | -1 | | | -0,7 | | -0,8 | -0,9 | | | -0,9 | | -1,3 | | | -1,2 | -1,1 | | -10,9 | |
| JST | | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | 0,1 | | 0,1 | 0,1 | | | 0,1 | | 0,1 | | | 0,1 | 0,1 | | 0,7 | |
| Fundusz | | | | 13,2 | 35,7 | | | 48,7 | 70,2 | | | 90,3 | | 90,3 | 90,3 | | | 90,3 | | 90,3 | | | 90,3 | 90,3 | | 799,9 | |
| FUS | | | | 0,2 | 0,2 | | | 0,3 | 0,3 | | | 0,4 | | 0,4 | 0,4 | | | 0,4 | | 0,4 | | | 0,4 | 0,4 | | 3,8 | |
| Źródła finansowania | | Plan finansowy Funduszu.  Projektowana regulacja nie spowoduje dodatkowych kosztów po stronie budżetu państwa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | **Dochody:**  W 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 1 929 kontroli w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 2049 umów. W wyniku prowadzonych postępowań oddziały wojewódzkie Funduszu wskazały w wystąpieniach pokontrolnych wartość nienależnie przekazanych środków finansowych w wysokości 40 213 tys. zł, oraz nałożyły kary umowne na kwotę 13 572 tys. zł, co daje łącznie wartość 53 787 tys. zł, to jest 26 tys. zł w przeliczeniu na jedną skontrolowaną umowę. Przyjmując taką skuteczność działań kontrolnych docelowe zwiększenie liczby zweryfikowanych umów (5.5 tys. rocznie) powinno – w zakresie świadczeń – przynieść rocznie łączny skutek w kwocie 91 640 tys. zł.  Założono, że liczba kontroli będzie rosła sukcesywnie, a docelowa sprawność i skuteczność zostaną osiągnięte w piątym roku od wprowadzenia zmiany.  **Wydatki:**  W ramach wydatków Funduszu przewidziano 5 mln zł na wytworzenie systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie analizy ryzyka nadużyć oraz wspierającego sprawną koordynację procesu kontrolnego, a także na przygotowanie Funduszu do przejścia na elektroniczną komunikację z podmiotami kontrolowanymi.  W ramach wydatków Funduszu uwzględniono również koszty finansowania działalności centrali Funduszu wynikające ze zwiększenia efektywności wydatkowania środków publicznych pozostających w dyspozycji Funduszu w wysokości nieprzekraczającej 1% wartości środków wynikających z zastosowania przez Prezesa Funduszu wobec podmiotów kontrolowanych sankcji wynikających z umowy lub przepisów prawa, z wyłączeniem kar umownych z tytułu nieprawidłowości, za które nie nałożono obowiązku zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych.  Szacunkowy koszt ponoszony ze środków budżetu państwa z części 46-Zdrowie na potrzeby utworzenia (wydatki niekwalifikowalne w projekcie finansowanym ze środków Unii Europejskiej), utrzymania i rozwoju TOPSOR w okresie 2018-2028 r. będzie wynosił 11 460 tys. zł. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 2018 r.) | duże przedsiębiorstwa | | | | | | 0,4 | | | 0,4 | | | 0,4 | | | | 0,4 | | 0 | | | 0 | | | 1,5 | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | 0,5 | | | 0,7 | | | 0,6 | | | | 0,5 | | -0,1 | | | -0,1 | | | 2,5 | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | 0,4 | | | 0,5 | | | 0,6 | | | | 0,7 | | 0,8 | | | 0,8 | | | 7,8 | | |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | | | | | | Zakłada się docelowe istotne zwiększenie liczby umów poddanych weryfikacji przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby kontroli i zwiększeniu roli czynności sprawdzających. Jednoczesne uproszczenie i elektronizacja trybu kontrolnego powinno zmniejszyć uciążliwość kontroli dla podmiotów kontrolowanych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | Zakłada się docelowe istotne zwiększenie liczby umów poddanych weryfikacji przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby kontroli i zwiększeniu roli czynności sprawdzających. Jednoczesne uproszczenie i elektronizacja trybu kontrolnego powinno zmniejszyć uciążliwość kontroli dla podmiotów kontrolowanych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | Zakłada się poprawę dostępności oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez umożliwienie realizacji tych świadczeń przez część szpitali ogólnopolskich, przy jednoczesnym umożliwieniu rezygnacji z ich udzielania przez szpitale monoprofilowe, niemające wystarczającego potencjału w tym zakresie, oraz dzięki umożliwieniu skoncentrowania potencjału szpitali pediatrycznych na udzielaniu ww. świadczeń dzieciom.  Wykorzystanie funkcjonalności TOPSOR umożliwi bieżące informowanie pacjentów o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej przez lekarza SOR. Rozwiązanie to skutkuje zwiększeniem komfortu osób oczekujących na udzielenie pomocy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemierzalne | Podmioty realizujące umowę z Funduszem na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. | | | | | | Zwiększenie liczby umów poddanych weryfikacji przyczyni się do poprawy konkurencyjności pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń opieki w wyniku urealnienia nadzoru i założeniu docelowego skontrolowania wszystkich podmiotów w czasie obowiązywania umów z Funduszem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 10 | | Koszty techniczne kontroli | 300 | 300 | 240 | 180 | 60 | 60 | | Koszty pracy związane z kontrolą | 450 | 450 | 360 | 270 | 90 | 90 | | Łączne koszty kontroli po stronie podmiotu kontrolowanego | 750 | 750 | 600 | 450 | 150 | 150 |   W celu oszacowania wpływu na funkcjonowanie przedsiębiorców przyjęto, że:  1) przedsiębiorcy stanowią ok. 70% podmiotów kontrolowanych;  2) pojedyncza kontrola wymaga zaangażowania ze strony podmiotu kontrolowanego w wymiarze ok. 2 roboczodni (z czego około 50% zajmuje przygotowanie dokumentów, 20% wykonanie obliczeń i zestawień, 10% udział w oględzinach, 20% składanie wyjaśnień) – dodatkowe koszty osobowe dotyczą jedynie dodatkowych kontroli;  3) koszty techniczne związane z kontrolą (m.in. wykonywaniem odwzorowań cyfrowych dokumentacji papierowej) wynoszą ok. 300 zł – koszty te dotyczą wszystkich prowadzonych kontroli;  4) łączne koszty prowadzenia kontroli ze względu na dopuszczenie znacznej elektronizacji procesu kontroli oraz postępującą digitalizację podmiotów kontrolowanych (m.in. e-recepta, e-skierowanie, elektroniczna dokumentacja medyczna) w ciągu 5 lat spadną o ok. 80%.  W części dotyczącej wpływu na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe ujęto nagrody dla kontrolerów oraz inne osoby zaangażowane w przygotowanie i przeprowadzenie czynności kontrolnych, które przyczyniły się do zwiększenia efektywności wydatkowania środków publicznych pozostających w dyspozycji Funduszu w kwotach netto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **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: | | | | | | | | | | | | zwiększenie liczby dokumentów  zwiększenie liczby procedur  wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  inne: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | | | | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | |
| Komentarz: Proponuje się uproszczenie procedury kontrolnej m.in. przez rezygnację ze stosowania dwóch dokumentów powstających w trakcie kontroli – protokołu i wystąpienia pokontrolnego oraz elektronizację procesu kontroli. Zmiana zakłada pozostawienie jedynie wystąpienia pokontrolnego (analogicznie, jak w przypadku procedury Najwyższej Izby Kontroli). Wprowadza się jako zasadę komunikację elektroniczną w trakcie wykonywania czynności kontrolnych. Pozwoli to skrócić czas kontroli oraz zmniejszyć liczbę dokumentów i zakres korespondencji oraz zminimalizować papierowy obieg dokumentacji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zmiana nie będzie miała istotnego wpływu na rynek pracy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  inne: | | | | | | demografia  mienie państwowe | | | | | | | | | | | | informatyzacja  zdrowie | | | | | | | | | |
| Omówienie wpływu | | Sprawniejsza i skuteczniejsza kontrola realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyczyni się do bardziej efektywnego wydatkowania środków publicznych, a w konsekwencji poprawy dostępności i do świadczeń oraz poprawy ich jakości.  Zakłada się poprawę dostępności oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przez umożliwienie realizacji tych świadczeń przez część szpitali ogólnopolskich, przy jednoczesnym umożliwieniu rezygnacji z ich udzielania przez szpitale monoprofilowe, niemające wystarczającego potencjału w tym zakresie, oraz dzięki umożliwieniu skoncentrowania potencjału szpitali pediatrycznych na udzielaniu ww. świadczeń dzieciom.  Ujednolicenie zasad prowadzenia segregacji medycznej zwiększy bezpieczeństwo pacjentów  i poprawi komfort pracy personelu odpowiedzialnego za prawidłową ocenę stanu oraz zaopatrzenie chorych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wejście w życie przepisów umożliwi podjęcie przez Fundusz niezwłocznych prac w zakresie:   1. dostosowania struktury organizacyjnej Funduszu do nowych regulacji w zakresie prowadzenia kontroli; 2. przeszeregowanie (wynagrodzenia, pracodawca) osób obecnie zatrudnionych w komórkach kontroli Funduszu; 3. weryfikację obecnych i przygotowane nowych procedur kontrolnych oraz wzorców kontroli (dokumenty); 4. przygotowanie i wdrożenie programów szkolenia i certyfikacji kadry kontrolerskiej; 5. dostosowanie systemów teleinformatycznych Funduszu do elektronizacji procesu kontroli.   Zakłada się, że zakończenie realizacji ww. zadań zakończy się w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie nowych regulacji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ewaluacja efektów będzie prowadzona sukcesywnie (corocznie) w oparci o następujący miernik: liczba kontroli w danym roku w przeliczeniu na 1 etat kontrolerski (docelowy poziom 10 kontroli/1 etat kontrolerski powinien zostać osiągnięty w 4 roku od wprowadzenia zmiany). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Tabela 1* Kierunkowe parametry wyliczenia skutków wprowadzenia regulacji w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | lata | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | liczba realizowanych umów | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | 35 000 | | planowana liczba kontroli | 2049 | 2008 | 1967 | 1926 | 1885 | 1844 | 1844 | 1844 | 1844 | 1844 | 1844 | | planowana liczba przeprowadzonych czynności sprawdzających | 721 | 1 427 | 1 966 | 2 838 | 3 655 | 3 696 | 3 696 | 3 696 | 3 696 | 3 696 | 3 696 | | planowana liczba zweryfikowanych umów | 2 770 | 3 435 | 3 933 | 4 764 | 5 540 | 5 540 | 5 540 | 5 540 | 5 540 | 5 540 | 5 540 | | wzrost liczby  umów poddanych weryfikacji (w stosunku do 2017) | 721 | 1 386 | 1 884 | 2 715 | 3 491 | 3 491 | 3 491 | 3 491 | 3 491 | 3 491 | 3 491 |   *Tabela 2* Wyliczenie skutków finansowych w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | lata | | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5-10 (rocznie) | | dodatkowe koszty wynagrodzeń wynikające ze zwiększenia efektywności wydatkowania środków publicznych pozostających w dyspozycji Funduszu (zł) | 727 135 | 901 700 | 1 032 427 | 1 250 567 | 1 454 270 | 1 454 270 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |