

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia ~~19~~ 2017 r.

**w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia
odrębnego sposobu finansowania**

Na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, określonej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych z podmiotami zakwalifikowanymi do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”.

§ 2. Ustala się następujące świadczenia opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy:

- 1) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej;
- 2) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie medycyny nuklearnej;
- 3) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rezonansu magnetycznego;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089 i 1139.



- 4) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego;
- 5) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie badań echokardiograficznych płodu;
- 6) diagnostyka i leczenie onkologiczne w profilach systemu zabezpieczenia, zakresach lub rodzajach, w których w dniu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia świadczenia te były finansowane w sposób wskazany w art. 136 ust. 2 ustawy;
- 7) świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej);
- 8) świadczenia opieki kompleksowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy;
- 9) świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami;
- 10) świadczenia szpitalne udzielane w ramach profilu brachyterapia;
- 11) świadczenia szpitalne udzielane w ramach profilu radioterapia, w tym teleradioterapia lub profilu terapia izotopowa;
- 12) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie brachyterapii;
- 13) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie terapii izotopowej;
- 14) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie teleradioterapii;
- 15) świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca;
- 16) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 17) świadczenia w zakresie przeszczepów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000);
- 18) świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;
- 19) świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;
- 20) świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wskazanym w § 4 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628);
- 21) świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy;



- 22) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami;
- 23) świadczenia wykonywane w celu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 16 ustawy, w tym leki stosowane w chemioterapii określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579);
- 24) świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.



Dziewulki
OK
17.06.17

DYREKTOR
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego
Tomasz Pawłoga

2017 -06- 14

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie wydane, zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, określonej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych z podmiotami zakwalifikowanymi do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”.

Wyodrębnienie świadczeń wskazanych w § 2 projektowanego rozporządzenia oznacza, że świadczenia te będą finansowane poza ryczałtem systemu zabezpieczenia, co jest niezbędne dla właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń.

Natomiast szczegółowe kwestie dotyczące rozliczania ww. świadczeń (w tym w szczególności wskazanie poszczególnych procedur medycznych umożliwiających rozliczenie ww. świadczeń) zostaną określone w zarządzeniu Prezesa Funduszu wydawanym na podstawie art. 136c ust. 5 ustawy.

Na podstawie obecnego projektu rozporządzenia oraz w ramach środków planowanych przez NFZ na finansowanie świadczeń w PSZ w IV kw. 2017 r., udział wartości świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu, w stosunku do całości kwoty wynikającej ze wszystkich umów PSZ, będzie kształtował się na poziomie ok. 46 %. Udział ten może istotnie się różnić w przypadku poszczególnych świadczeniodawców, np. jeżeli profil działalności świadczeniodawcy obejmuje przede wszystkim świadczenia wyodrębnione, odsetek ten będzie znacznie wyższy, i odwrotnie. W ramach świadczeń wyodrębnionych największy udział mają pozycje dotyczące: programów lekowych (ok. 18 %), świadczenia związane z porodem i opieką nad noworodkami (ok. 13 %), świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne (ok. 11 %).

Jak wynika z powyższego oraz OSR do przedmiotowego rozporządzenia na liście znajdują się świadczenia kosztochłonne. Ponadto część wyodrębnionych świadczeń zapewnia kompleksową opiekę, ma osobny zakres w planie finansowym (chemioterapia, programy lekowe), czy też źródło finansowania poszczególnych zakresów świadczeń określają odrębne

regulacje. Wykaz wyodrębnionych świadczeń obejmuje również zakresy świadczeń, co do których istnieje duża oferta podmiotów realizujących dane świadczenia (zabiegi usunięcia żączy, endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego). W ramach świadczeń wskazanych w rozporządzeniu będą finansowane m.in. świadczenia PET, scyntygrafii oraz terapii protonowej.

Należy podkreślić, iż część wykazanych procedur to świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia ze względu na konieczność zapewnienia jego obowiązywania z jak największym wyprzedzeniem w stosunku do daty ogłoszenia pierwszych wykazów szpitali zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia. Takiemu rozwiązaniu nie sprzeciwia się charakter norm zawartych w tym projekcie, które nie ingerują w prawa i obowiązki obywateli ani podmiotów gospodarczych.

Kwestie regulowane w projektowanym rozporządzeniu nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na sektor mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu 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). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

<p>Nazwa projektu: Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia, Michał Dziewulski tel. 22 860 11 58 e-mail: m.dziewulski@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia: 09.06.2017 r.</p> <p>Źródło: Art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 536</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projektowane rozporządzenie realizuje upoważnienie zawarte w art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Projektowane rozporządzenie określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ).

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
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia będą rozliczać się w formie ryczałtu ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zachowaniu odrębnego sposobu finansowania kosztów niektórych wyodrębnionych świadczeń.
Szpitalne	1375	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	Szpitalne zakwalifikowane do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej będą finansowane w formie ryczałtów, z wyjątkiem niektórych wyodrębnionych świadczeń.
Świadczeniobiorcy	35 029 190	Narodowy Fundusz Zdrowia (dane z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych na dzień 30 września 2016 r.)	Świadczeniobiorcy uzyskają poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Odniosą także korzyści związane z wyraźną poprawą koordynacji świadczeń szpitalnych i świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której konsekwencją powinna być ogólna poprawa jakości opieki zdrowotnej.

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

Odnośnie projektowanego rozporządzenia nie były prowadzone tzw. pre-konsultacje. Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych na okres 21 dni. Termin na opiniowanie i konsultacje publiczne został skrócony. Przyczyną skrócenia terminu, przewidzianego w art. 19 ust. 2 ustawy z 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1881), na jaki projekt został przekazany do konsultacji publicznych, była potrzeba szybkiego zakończenia prac legislacyjnych nad niniejszym projektem z uwagi na to, że ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzająca PSZ weszła w życie 4 maja 2017 r. Zgodnie z postanowieniami tej ustawy PSZ zacznie funkcjonować z dniem 1 października 2017 r. i koniecznym jest wydanie aktów wykonawczych, aby wdrożyć PSZ do tego terminu. Nie spowodowało to naruszenia ważnego interesu publicznego, a wręcz umożliwi jego realizację przez prawidłowe wdrożenie tzw. sieci szpitali i pozwoli na uzyskanie poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Projekt regulacji był przedmiotem konsultacji publicznych i opiniowania z następującymi podmiotami:

- 1) Radą Dialogu Społecznego;
- 2) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Naczelną Radą Lekarską;
- 4) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 5) Naczelną Radą Aptekarską;
- 6) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 9) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 11) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 12) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 13) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 15) Forum Związków Zawodowych;
- 16) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 17) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 21) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 22) Związkiem Powiatów Polskich;
- 23) Konferencją Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 24) Konwentem Marszałków Województw;
- 25) Konfederacją „Lewiatan”;
- 26) Business Center Club;
- 27) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 28) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 29) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 30) Federacją Pacjentów Polskich;
- 31) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere;
- 32) Instytutem "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi;
- 33) Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie;
- 34) Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- 35) Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- 36) Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie;
- 37) Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie;
- 38) Instytutem "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 39) Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 40) Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 41) Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie;
- 42) Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego;
- 43) Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera;
- 44) Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki;
- 45) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny;
- 46) Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dra A. Szczygła;
- 47) Narodowym Instytutem Leków w Warszawie;
- 48) Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 49) Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” w Warszawie;
- 50) Konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej;
- 51) Krajowa Rada Transplantacyjna.

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. z 2017 r. poz. 248) oraz 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 i 1204).

Wyniki konsultacji publicznych oraz opiniowania zostały przedstawione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

Projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania	Projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ będzie się odbywać tak jak dotychczas w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, tj. pozycji przeznaczonych na finansowanie świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.
---------------------	--

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>W ramach środków planowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na finansowanie świadczeń w PSZ w IV kw. 2017 r., udział wartości świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu, w stosunku do całości kwoty wynikającej ze wszystkich umów PSZ, będzie kształtował się na poziomie ok. 46 %. Udział ten może istotnie się różnić w przypadku poszczególnych świadczeniodawców, np. jeżeli profil działalności świadczeniodawcy obejmuje przede wszystkim świadczenia wyodrębnione, odsetek ten będzie znacznie wyższy, i odwrotnie. Udział poszczególnych wyodrębnionych pozycji w ramach wszystkich wyodrębnionych świadczeń przedstawi się następująco:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: tomografii komputerowej, medycyny nuklearnej, rezonansu magnetycznego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego, badań echokardiograficznych płodu, ok. 2%; 2) diagnostyka i leczenie onkologiczne w profilach systemu zabezpieczenia, zakresach lub rodzajach, w których w dniu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia świadczenia te były finansowane w sposób wskazany w art. 136 ust. 2 ustawy, ok. 8%; 3) świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej) ok. 7%; 4) świadczenia opieki kompleksowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy ok. 1%; 5) świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami ok. 13%; 6) świadczenia szpitalne udzielane w ramach profili: brachyterapia, radioterapia, terapia izotopowa oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: brachyterapii, terapii izotopowej i teleradioterapii, ok. 4%; 7) świadczenia szpitalne w zakresie leczeniu ostrego zawału serca ok. 5%; 8) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ok. 2%; 9) świadczenia w zakresie przeszczepów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 poz. 1000) ok. 2%; 10) świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć ok. 10 %; 11) świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych ok. 10 %;
--	--

- 12) świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wskazanym w § 4 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) ok. 11%;
- 13) świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy ok. 2%;
- 14) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte tymi programami 18%;
- 15) świadczenia wykonywane w celu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 16 ustawy, w tym leki stosowane w chemioterapii określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579) ok. 7%;
- 16) świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy 2%.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Wpływ projektowanych przepisów na funkcjonowanie przedsiębiorców będzie się wiązał z zapewnieniem stabilnego i elastycznego mechanizmu finansowania działalności podmiotów leczniczych, które zostaną zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia.

Wpływ projektowanych przepisów na warunki życia ogółu obywateli i rodzin będzie się wiązał z poprawą dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawą koordynacji i kompleksowości ich udzielania, dzięki wprowadzeniu nowego mechanizmu finansowania tych świadczeń, w ramach systemu zabezpieczenia.

Wpływ projektowanych przepisów na świadczeniodawców będzie zależał od profilu działalności świadczeniodawcy.

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:

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

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

- tak
 nie
 nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Nie dotyczy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

- środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

- demografia
 mienie państwowe

- informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawa koordynacji i kompleksowości ich udzielania.

5. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przepisy projektowanego rozporządzenia powinny wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

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

Nie dotyczy.

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

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.