

Nazwa projektu: Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące: Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Pan Piotr Warczyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Pani Beata Rorant, Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, tel. (22) 63 49 277, dep-oz@mz.gov.pl	Data sporządzenia: 13.12.2016 r. Źródło: potrzeba pilnego ponownego zdefiniowania roli i miejsca podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia oraz poprawa jej organizacji i funkcjonowania Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UD160
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Problemy w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

- 1) system finansowania lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, skutkujący brakiem motywacji do skoordynowanej opieki nad pacjentem;
- 2) brak współpracy na poziomie świadczeniodawców realizujących świadczenia POZ;
- 3) brak przepływu informacji na temat leczenia pacjenta w pozostałych zakresach świadczeń;
- 4) brak kompleksowej i skoordynowanej POZ;
- 5) przyzwyczajenie pacjentów do leczenia specjalistycznego.

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

Celem projektowanej ustawy będzie zapewnienie wysokiej jakości POZ oraz stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości udzielanych świadczeń.

Przygotowanie i wprowadzenie ustawy o POZ pozwoli na zdefiniowanie roli i miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia oraz umożliwi stałą poprawę jej organizacji i funkcjonowania. Ustawa wzmocni tę część systemu i co ważne, stworzy warunki do zwiększenia efektywności POZ. W jeszcze większym stopniu przyczyni się do zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa naszego kraju. Korzyści dla obywateli obejmują między innymi poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa świadczeń. W szczególności bardzo istotna będzie poprawa koordynacji opieki w zakresie odrębnych kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, w tym również w przypadkach faktycznego oddzielenia strukturalnego.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ współpracują ze sobą, z zachowaniem samodzielności zawodowej. Ponadto współpracują z innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców, oraz specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetyk, psycholog), jak również przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół oraz innych jednostek (np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania). Podkreślenia wymaga fakt, iż zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pozostawiono bez zmian w stosunku do obowiązujących regulacji w tym zakresie, w tym również w sytuacji gdy nie działają w ramach jednego podmiotu leczniczego. W konsekwencji oświadczenia woli pacjentów o wyborze lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ zachowują ważność.

Planowane jest wyodrębnienie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środków przeznaczonych na zapewnienie opieki zintegrowanej (budżet powierzony) oraz środków przeznaczonych na zapewnienie opieki profilaktycznej i edukacji zdrowotnej, oraz opiekę nad pacjentem przewlekle chorym, realizowane przez zespół POZ (dodatek zadaniowy). Ponadto w umowie w części dotyczącej budżetu powierzonego zostanie określony procent udziału środków stanowiący przychód świadczeniodawców realizujących opiekę zintegrowaną.

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

Podstawowa opieka zdrowotna w ostatnich dekadach zaczęła odgrywać coraz istotniejszą rolę w systemach ochrony zdrowia w całej Europie. W wielu krajach istnieje dokładnie określona i publiczna strategia, czy też jest dostępny szczegółowy plan, określający drogę rozwoju POZ, które są punktami odniesienia do oceny postępu. Wciąż są jednak państwa, w których nie istnieje dokładny plan rozwoju POZ, obejmujący udzielanie szerszego zakresu

świadczeń i lepszą koordynację opieki zdrowotnej. Ujmując całościowo, silne zarządzanie POZ ma miejsce w Holandii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Portugalii, Włoszech, Danii, Norwegii, Słowenii, Rumunii, Estonii i Litwie. Do grupy państw z najsłabszym zarządzaniem POZ zaliczane są Szwajcaria, Cypr, Luksemburg, Węgry, Islandia, Malta, Słowacja, Irlandia oraz RP.

W stosunkowo niewielkiej liczbie państw, do których wlicza się Estonię, Węgry, Łotwę, Malte, Słowację i Szwajcarię, odpowiedzialność za POZ jest scentralizowana na poziomie krajowym. W pozostałych państwach podstawowe funkcje, takie jak ustalanie priorytetów, finansowanie, planowanie i zarządzanie zaopatrzeniem, udzielanie świadczeń lub monitorowanie jakości świadczeń, należą do zakresu odpowiedzialności władz regionalnych lub lokalnych, ewentualnie regionalnych funduszy ubezpieczenia zdrowotnego, szpitali lub trustów (funduszy powierniczych) POZ. Do państw, gdzie większość funkcji POZ jest zdecentralizowana zalicza się: Danię, Włochy, Norwegię, Hiszpania i Szwecję. Dalsza decentralizacja POZ została wskazana jako cel systemowy na Malcie, w Norwegii i Rumunii. Możliwą wadą decentralizacji jest występowanie geograficznych nierówności w obszarze polityki zdrowotnej, a w ich wyniku nierówności w dostępie i jakości POZ. W niektórych państwach, w których główne funkcje POZ są zdecentralizowane, jest określony na poziomie krajowym sposób postępowania zapewniający równomierne rozmieszczenie świadczeniodawców i świadczeń. Jednak, dokładnie określonej polityki o takim charakterze brakuje w Republice Czeskiej, Finlandii, Grecji, Islandii, Norwegii, RP i Turcji.

Podstawowa opieka zdrowotna z perspektywy całościowej opieki zdrowotnej ma znaczenie krytyczne. Jednak w wielu krajach, a zwłaszcza w tych, w których dominującą formą organizacyjną świadczenia opieki zdrowotnej jest indywidualna praktyka lekarska, współpraca pomiędzy świadczeniodawcami POZ i lekarzami specjalistami jest mocno ograniczona (Austria, Bułgaria, Cypr, Niemcy, Islandia, Irlandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowacja i Turcja). Może to wynikać z wzajemnej konkurencji w przypadku, gdy, jak ma to miejsce w Niemczech, lekarze specjaliści pracują również w POZ. W innych krajach najpopularniejszy model współpracy polega na prowadzeniu szkoleń przez lekarzy specjalistów dla lekarzy POZ. Najszerze formy współpracy funkcjonują w Szwecji – obejmują także opiekę specjalistyczną, wspólne konsultacje i szkolenia. W większości państw lekarze POZ korzystają czasem z porad telefonicznych lekarzy specjalistów.

Modele finansowania podstawowej opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach znacznie się od siebie różnią. Poniekąd wynika to z różnic w zakresie świadczeń finansowanych w ramach POZ. Nie ma jednej, spójnej metodologii kalkulacji kosztów POZ, co utrudnia porównanie tego wskaźnika między krajami. Na przykład, w niektórych krajach ograniczono się do opłat za praktyki lekarzy POZ, a w innych uwzględnia się również świadczenia specjalistyczne niewymagające skierowania. Dodatkowo wliczane mogą być również koszty opieki pielęgniarstwa środowiskowego, promocji zdrowia psychicznego, opieki stomatologicznej i pogotowia ratunkowego.

W krajach UE 15 przeciętnie na 100 tys. mieszkańców przypada 87 lekarzy POZ (choć zakres jest dość szeroki, np. we Francji jest to 160 lekarzy POZ). Ta wartość utrzymuje się od lat na względnie stałym poziomie. W krajach, które weszły do UE w 2004 r. i później ten wskaźnik jest dużo niższy (45). Liczba pielęgniarek przypadających na 100 tys. mieszkańców w RP jest bliższa średniej dla krajów, które weszły do Unii Europejskiej w 2004 r. lub późniejszym, ale wciąż dużo niższa niż w krajach UE15.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	33 433 lekarzy, w tym 26 168 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zdefiniowanie roli i miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia, poprawa jej organizacji i funkcjonowania, a także wzmocnienie tej części systemu i stworzenie warunków do zwiększenia efektywności podstawowej opieki zdrowotnej.
Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	19 711 pielęgniarek, w tym 18 544 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	

Położne podstawowej opieki zdrowotnej	6 050 położnych, w tym 5 810 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	
Świadczeniobiorcy	38,4 mln osób	GUS (stan na 31 maja 2016 r.)	Poprawa satysfakcji z uzyskiwanej opieki, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń.
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Konieczność dostosowania systemów informatycznych, zmiana modelu finansowania POZ.

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

Nie były prowadzone pre-konsultacje.

W ramach 30-dniowych konsultacji publicznych i opiniowania projekt ustawy został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty:

- 1) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny: alergologii, anestezjologii i intensywnej terapii, angiologii, audiologii i foniatrii, balneologii i medycyny fizykanej, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologii i wenerologii, diabetologii, diagnostyki laboratoryjnej, endokrynologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, fizjoterapii, gastroenterologii, gastroenterologii dziecięcej, geriatrii, ginekologii onkologicznej, hematologii, hipertensjologii, immunologii klinicznej, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, neurologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, pediatrii, pediatrii metabolicznej, perinatologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, reumatologii, stomatologii dziecięcej, urologii, urologii dziecięcej, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa diabetologicznego oraz pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
- 2) samorządy zawodów medycznych: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Aptekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) związki zawodowe i organizacje pracodawców: Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, Gdański Związek Pracodawców, Konfederację Lewiatan, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolską Konfederację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Polską Unię Szpitali Klinicznych, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Biuro Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 4) stowarzyszenia w ochronie zdrowia, w tym z tymi działające na rzecz pacjentów, tj. Federację Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Primum Non Nocere;
- 5) towarzystwa naukowe, tj. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Położnych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium

- 6) uczelnie medyczne i instytuty, tj.: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Gdański Uniwersytet Medyczny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. Prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Narodowy Instytut Leków;
- 7) Radę Działalności Pożytku Publicznego, Radę Dialogu Społecznego i Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

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

Projekt ustawy został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006).

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

[illegible]

Źródła finansowania	NFZ, budżet państwa.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Źródłami finansowania POZ będą: 1) Narodowy Fundusz Zdrowia – z planu finansowego NFZ na 2017 r. wynika, że na POZ zaplanowano 9 924 407 tys. zł, co stanowi 13,5% planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Zakłada się sukcesywny, coroczny, wzrost wydatków na POZ tak aby w perspektywie 10 lat osiągnęły 20% wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej (wzrost o 50%); 2) budżet państwa – zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych na lata 2015 – 2018 (Dz. U. poz. 1770) dotacja

	z budżetu państwa na zadania, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach wynosi 320 232 tys. zł. Z uwagi na fakt, iż brak jest możliwości precyzyjnego oszacowania kwoty, która dedykowana jest osobom nieubezpieczonym w POZ, nie ma możliwości przedstawienia szczegółowej kalkulacji kosztów w tym zakresie. Planowane jest wyodrębnienie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środków przeznaczonych na zapewnienie opieki zintegrowanej (budżet powierzony) oraz środków przeznaczonych na zapewnienie opieki profilaktycznej i edukacji zdrowotnej, oraz opiekę nad pacjentem przewlekle chorym, realizowane przez zespół POZ (dodatek zadaniowy). Ponadto w umowie w części dotyczącej budżetu powierzonego zostanie określony procent udziału środków stanowiący przychód świadczeniodawców realizujących opiekę zintegrowaną.
--	--

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	Przewiduje się, że projektowana regulacja będzie miała wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstw wynikający z przewidywanych bonusów motywacyjnych. Zwiększy się liczba podmiotów realizujących świadczenia zarówno w ramach zespołów medycyny rodzinnej lub samodzielnych struktur, co wpłynie na zwiększoną konkurencyjność podmiotów leczniczych.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności pacjentów POZ.						
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								

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 elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz:	

9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☒ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowana regulacja będzie miała wpływ na sytuację i rozwój regionalny, poprzez zwiększenie liczby podmiotów udzielających świadczeń z zakresu POZ, w ramach zespołów medycyny rodzinnej lub samodzielnych struktur, a tym samym potencjału i liczby miejsc pracy z uwagi na zmianę organizacji opieki i zwiększenie roli POZ. Poza tym projektowana regulacja wpłynie na poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki, oraz przyczyni się do poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń. Zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pozostawiono bez zmian w stosunku do obowiązujących regulacji w tym zakresie (przyjmuje się, że oświadczenia woli pacjentów o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie ustawy, zachowają swoją ważność). Ponadto z uwagi na projektowane oparcie podstawowej opieki zdrowotnej na medycynie rodzinnej po dniu 31 grudnia 2025 r., projektowana regulacja będzie miała wpływ na lekarzy POZ, którzy w ww. dniu nie będą posiadali 3-letniego stażu w POZ. Po tym okresie zostaną oni zobowiązani do rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie medycynie rodzinnej.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Planowane jest wejście w życie ustawy z dniem 1 lipca 2017 r., z wyjątkiem: 1) uchylenia w ustawie o świadczeniach przepisu zobowiązującego do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej lekarzy POZ nieposiadających specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub nieodbywających szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia; 2) przepisów dotyczących opieki zintegrowanej i budżetu powierzonego, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r., przy czym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Ewaluacja efektów projektu będzie następować w sposób ciągły.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		