|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu**  Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej  **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**  Ministerstwo Zdrowia  **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu**  Maciej Miłkowski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**  Dominika Janiszewska-Kajka, Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, tel. +48 22 530 02 84 e-mail: [d.janiszewska@mz.gov.pl](mailto:d.janiszewska@mz.gov.pl) | | | | | | | | | | | | | | | | | **Data sporządzenia** 3.09.2023 r.  **Źródło:**  Art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)  **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia**  **MZ 1575** | | | | | | | | | | | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Z przeprowadzonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, analizy problemu decyzyjnego, przygotowanej na zlecenie Ministra Zdrowia, na potrzeby wypracowania *Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia*,wynika że obszaru rehabilitacji leczniczej dotyczą następujące problemy:   1. nadmiarowość wystawianych skierowań, które nie zawsze korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi; 2. brak kryteriów różnicujących potrzeby zdrowotne (rehabilitacyjne) pacjentów oraz brak określonych kryteriów włączenia pacjentów do rehabilitacji skutkują realizacją świadczeń nieadekwatnych do potrzeb; 3. brak określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta co przekłada się na to, że świadczeniodawcy preferują pacjentów o niższym poziomie dysfunkcji; 4. duża liczba osób oczekujących na świadczenia, w szczególności pacjentów, którzy nie otrzymują leczenia rehabilitacyjnego w optymalnym czasie, adekwatnym do ich aktualnych potrzeb, przez co ich stan funkcjonalny w trakcie oczekiwania na udzielenie świadczenia może się pogorszyć; 5. długi czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych w szczególności, w odniesieniu do pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia po urazach i po leczeniu ostrych incydentów chorobowych; 6. brak wymogu określenia planu rehabilitacji, w tym definiowania celu terapeutycznego, stanowiącego kryterium oceny skuteczności leczenia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W celu rozwiązania przedstawionych problemów proponuje się wprowadzenie zmian w zapisach rozporządzenia, które obejmują:   1. dodanie nowych definicji; 2. sprecyzowanie personelu medycznego uprawnionego do udzielania świadczeń; 3. doprecyzowanie kryteriów kwalifikacji do świadczeń; 4. rozszerzenie wykazu skal i klasyfikacji medycznych służących do oceny stanu klinicznego lub funkcjonowania świadczeniobiorców; 5. wprowadzenie mechanizmów efektywnościowych w organizacji systemu rehabilitacji głównie na rzecz pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach; 6. doprecyzowanie oraz ujednolicenie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych; 7. doprecyzowanie obszarów zabezpieczenia świadczeń realizowanych w poszczególnych warunkach; 8. zniesienie wymaganych odrębnych elementów dla skierowań do świadczeń fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia ambulatoryjna; 9. aktualizacja wykazu podmiotów uprawnionych do wystawienia skierowań w poszczególnych zakresach świadczeń; 10. ujednolicenie nomenklatury we wszystkich świadczeniach w celu wyeliminowania problemów interpretacyjnych; 11. dostosowanie przepisów do zmian wprowadzonych w innych regulacjach.   Najistotniejszą zmianę stanowi rozszerzenie wykazu skal i klasyfikacji medycznych służących do oceny stanu klinicznego lub funkcjonalnego świadczeniobiorcy. Z punktu widzenia terapeutycznego zaproponowane skale i klasyfikacje stanowią pomocne narzędzie w podejmowaniu decyzji terapeutycznych oraz określaniu zapotrzebowania na opiekę, co pozwala na dobranie odpowiedniej formy i poziomu rehabilitacji, a także na ocenę skuteczności zaplanowanych i przeprowadzonych działań, czy na ewentualną korektę planu postępowania terapeutycznego. Z systemowego punktu widzenia obowiązek oceny stanu świadczeniobiorcy pozwoli na określenie profili pacjentów korzystających z rehabilitacji i dodatkowo umożliwi obiektywne porównanie poszczególnych świadczeniodawców w zakresie jakości udzielanych świadczeń oraz referencyjności ośrodków.  Wszystkie opisane powyżej proponowane zmiany powinny przyczynić się do poprawy dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, szczególnie w odniesieniu do pacjentów, którzy ze względu na swój stan zdrowia (kliniczny i funkcjonalny) powinni w możliwe najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne, gwarantując skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych bądź wyłącznie procedur rehabilitacyjnych.  Wprowadzenie w projekcie rozporządzenia ujednolicenia nazw powinno również wyeliminować problemy interpretacyjne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rozwiązania przyjęte w innych krajach pozostają bez wpływu na projekt rozporządzenia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa | | | Wielkość | | | | | | | | Źródło danych | | | | | | | | | | | | Oddziaływanie | | | | | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) | | | 1 | | | | | | | | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | | | | | | | | | | Konieczność dostosowania systemu informatycznego na potrzeby gromadzenia informacji o stanie funkcjonalnym i klinicznym świadczeniobiorców.  Zawieranie nowych umów  o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. | | | | | |
| Świadczeniobiorcy | | | 2 709 667 | | | | | | | | Baza Analiza Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia (opracowania DAiS MZ na podstawie danych NFZ za 2020 rok) | | | | | | | | | | | | Poprawa dostępu do świadczeń zwłaszcza w przypadku świadczeniobiorców, którzy zakończyli ostrą fazę leczenia; skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie; lepsze rozpoznanie potrzeb rehabilitacyjnych świadczeniobiorców; możliwość porównywania świadczeniodawców | | | | | |
| Świadczeniodawcy | | | 3160 ośrodków\*, w tym:  - 823 dziennych,  - 446 stacjonarnych,  -523 domowych,  - 2584 ambulatoryjnych  *\*(suma ośrodków udzielających świadczeń w poszczególnych warunkach jest większa od łącznej liczby ośrodków, co wynika z faktu posiadania przez niektóre podmioty umów na różne zakresu udzielania świadczeń)* | | | | | | | | Baza Analiza Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia (opracowania DAiS MZ na podstawie danych NFZ za 2020 rok) | | | | | | | | | | | | Zwiększenie możliwości pozyskania do współpracy personelu lekarskiego poprzez rozszerzenie wykazu specjalności lekarskich | | | | | |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji.  W ramach konsultacji publicznych i opiniowania projekt zostanie przesłany do zaopiniowania z 14-dniowym terminem na zgłaszanie uwag przez następujące podmioty:   1. konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej; 2. konsultanta krajowego w dziedzinie fizjoterapii; 3. konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii; 4. konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii; 5. konsultanta krajowego w dziedzinie neurologopedii; 6. konsultanta krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 7. konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych; 8. konsultanta krajowego w dziedzinie otolaryngologii; 9. konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii; 10. Konsultant krajowy w dziedzinie surdologopedii; 11. konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa; 12. Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych; 13. Krajową Izbę Fizjoterapeutów; 14. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii; 15. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne; 16. Naczelną Izbę Lekarską; 17. Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych; 18. Naczelną Izbę Aptekarską; 19. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych; 20. Ogólnopolskie Związek Zawodowy Lekarzy; 21. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych; 22. Radę Działalności Pożytku Publicznego; 23. Radę Dialogu Społecznego; 24. Rzecznika Praw Pacjenta; 25. Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”; 26. Polskie Stowarzyszenie Protetyków Słuchu 27. Federację Pacjentów Polskich; 28. Federację Przedsiębiorców Polskich; 29. Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”; 30. Biuro Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”; 31. Forum Związków Zawodowych; 32. Konfederację Lewiatan; 33. Związek Pracodawców Business Centre Club; 34. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców; 35. Związek Rzemiosła Polskiego; 36. Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej; 37. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia; 38. Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; 39. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 40. Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”; 41. Instytut Matki i Dziecka; 42. Narodowy Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy; 43. Polską Akademia Nauki; 44. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 45. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; 46. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; 47. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 48. Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów; 49. Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 50. Prokuratorię Generalną Rzeczypospolitej Polskiej.   Projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia 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 w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348).  Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną przedstawione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania dołączonym do oceny skutków regulacji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ceny stałe z …… r.) | | | | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 | 6 | | | 7 | | | 8 | | 9 | | 10 | *Łącznie (0-10)* | |
| **Dochody ogółem** | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| budżet państwa | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| JST | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| **Wydatki ogółem** | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| budżet państwa | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| JST | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| **Saldo ogółem** | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| budżet państwa | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| JST | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | |
| Źródła finansowania | | Projektowana zmiana nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.  Wygospodarowanie środków w ramach planu finansowego NFZ nastąpi przez zmianę alokacji środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w planie finansowym NFZ na 2024 r. i kolejne lata.  Wskazać także należy, że podział środków finansowych pozostaje w kompetencjach NFZ.  Projektowane przepisy nie wpłyną na konieczność zwiększania kosztów administracyjnych związanych z przyjmowaniem i weryfikowaniem dokumentów potwierdzających spełnianie przez świadczeniodawców warunków realizacji świadczeń, określonych w planie finansowym na 2024 r. oraz lata kolejne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skutki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | 2 | | | | 3 | | | 5 | | | | 10 | | | *Łącznie (0-10)* |
| W ujęciu pieniężnym  (w mln zł,  ceny stałe z …… r.) | duże przedsiębiorstwa | | | | | | 0 | | 0 | | | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | 0 | | 0 | | | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | 0 | | 0 | | | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | | | | | | Projektowana zmiana wprowadza obowiązek oceny stanu świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu. Wiedza dotycząca wartości skal czy klasyfikacji na początku i na końcu terapii umożliwi w dalszej perspektywie obiektywne porównanie poszczególnych świadczeniodawców w zakresie jakości udzielanych świadczeń (poprzez ocenę skuteczności terapii i efektów zdrowotnych) oraz referencyjności świadczeniodawców (poprzez określenie profilu pacjentów – stan kliniczny pacjenta – przyjmowanych w danym podmiocie leczniczym). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | Projektowana zmiana pozytywnie wpłynie na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, gdyż wprowadza obowiązek zabezpieczania na obszarach gmin i powiatów w odpowiednie świadczenia w zakresie rehabilitacji, odpowiednio w świadczenia. Zmiana ta spowoduje możliwość zwiększenia działań mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw w realizacji świadczeń. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | Przedmiotowa regulacja będzie miała wpływ na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe, w zakresie dostępności do świadczeń gwarantowanych i ich jakości. Oczekiwanym zjawiskiem jest skrócenie czasu oczekiwania na udzielnie świadczenia zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów, którzy ze względu na swój stan zdrowia powinni w możliwe najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne, gwarantując skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych bądź wyłącznie procedur rehabilitacyjnych. Rozpoczęcie rehabilitacji w krótkim okresie jest szczególnie istotne dla pacjentów, u których zakończyło się leczenie ostrej fazy choroby – pozwala na szybki powrót do zdrowia co sprzyja również ograniczaniu negatywnych skutków ekonomicznych i społecznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoby starsze  i niepełnosprawne | | | | | | Przedmiotowa regulacja będzie zapewniać osobom niepełnosprawnym i osobom starszym, na zasadach identycznych jak dla innych obywateli dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemierzalne |  | | | | | | Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: brak. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | | | | | demografia  mienie państwowe  inne: | | | | | | | | | | | | | | | informatyzacja  zdrowie | | | | | | | | |
| Omówienie wpływu | | Poprawa stanu zdrowia i umożliwienie szybszego powrotu do pełnienia ról społecznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brak. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 