|  |  |
| --- | --- |
| **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 | **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**
 |
| [x]  nie dotyczy |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | [ ]  tak[ ]  nie[x]  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[x]  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[x]  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. |

#