



PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa, dnia 12 września 2017 r.

RM-10-111-17

Pan Marek KUCHARCZYŃSKI
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi

projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

U S T A W A

z dnia

o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej¹⁾

Art. 1. Ustawa określa szczególne rozwiązania zapewniające poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) gabinet profilaktyki zdrowotnej – gabinet, o którym mowa w art. 103 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949);
- 2) instytut badawczy – instytut badawczy, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1158 i 1452);
- 3) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1–3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), dla którego podmiotem tworzącym w rozumieniu tej ustawy jest minister właściwy do spraw zdrowia lub uczelnia medyczna lub w którym minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna dysponują bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu;
- 4) świadczeniodawca – świadczeniodawcę, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a 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⁾);
- 5) udostępniający – udostępniającego, o którym mowa w art. 89 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 3. Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej nastąpi przez zwiększenie w 2017 r. środków finansowych przeznaczonych na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, z uwzględnieniem:

- 1) świadczeniodawców będących udostępniającymi;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

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, 1139, 1200, 1292, 1321, 1386 i 1428.

- 2) świadczeniodawców, którzy realizują leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i osiągnęli na dzień 31 grudnia 2016 r. najwyższą wartość wykonania, w danym województwie, świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego leczenia oraz posiadają w strukturze organizacyjnej oddziały o profilach: onkologia kliniczna lub chemioterapia, chirurgia onkologiczna oraz radioterapia;
- 3) świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego w profilu lub rodzaju komórek organizacyjnych neonatologia – trzeci poziom referencyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem podmiotów leczniczych i instytutów badawczych;
- 4) wyposażenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej;
- 5) zakupu pojazdów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego (dentobusów).

Art. 4. W 2017 r. wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, o których mowa w art. 3, jest finansowane z budżetu państwa w wysokości nie wyższej niż 281,8 mln zł.

Art. 5. Minister właściwy do spraw zdrowia ze środków, o których mowa w art. 4, przyznaje świadczeniodawcom dotacje celowe na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, o których mowa w art. 3 pkt 1–3. Do tych dotacji stosuje się przepisy art. 114 ust. 2–4 i art. 116 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 6. 1. Wojewoda ze środków, o których mowa w art. 4, przekazuje jednostkom samorządu terytorialnego dotację na zadanie własne polegające na prowadzeniu szkoły z przeznaczeniem na wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej w sprzęt, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej.

2. Dotacja, o której mowa w ust. 1, może obejmować do 100% kosztów poniesionych na wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej, jednak do kwoty nie wyższej niż 6700 zł na jeden gabinet.

3. Jednostki samorządu terytorialnego w terminie 5 dni od dnia wejścia w życie ustawy przekazują wojewodzie wnioski dotyczące dotacji, o której mowa w ust. 1, które zawierają:

- 1) dane identyfikacyjne jednostki samorządu terytorialnego:
 - a) nazwę,
 - b) typ jednostki samorządu terytorialnego,
 - c) identyfikator jednostki samorządu terytorialnego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068 oraz z 2017 r. poz. 60),
 - d) adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość);
- 2) nazwę i adres szkoły;
- 3) wnioskowaną kwotę dofinansowania;
- 4) oświadczenie, że gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole będzie prowadzony przez podmiot wykonujący działalność leczniczą udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń gwarantowanych pielęgniarce lub higienistki szkolnej.

4. Do wniosku dołącza się uzasadnienie wnioskowanej kwoty dofinansowania zawierające wykaz oraz cenę planowanego do zakupu sprzętu.

5. W przypadku gdy jednostka samorządu terytorialnego prowadzi więcej niż jedną szkołę, dopuszcza się sporządzenie jednego wniosku dla wszystkich szkół.

6. Wojewoda w terminie do dnia 3 października 2017 r. przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wniosek o uruchomienie środków z budżetu państwa kierowany do ministra właściwego do spraw budżetu. Minister właściwy do spraw zdrowia po zatwierdzeniu wniosku przekazuje go, w terminie do dnia 10 października 2017 r., do ministra właściwego do spraw budżetu.

Art. 7. 1. Zakupu dentobusów, o których mowa w art. 3 pkt 5, ze środków, o których mowa w art. 4, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje wojewodzie dentobus.

3. Wojewoda udostępnia nieodpłatnie dentobus świadczeniodawcy wybranemu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego wykonywanego w tym dentobusie w postępowaniu określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 3, ponosi wszelkie koszty związane z utrzymaniem dentobusu i korzystaniem z niego, w tym koszty ubezpieczenia

odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu.

5. Po zakończeniu obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zwraca wojewodzie dentobus w stanie niepogorszonym, z tym że nie ponosi odpowiedzialności za jego zużycie będące następstwem prawidłowego korzystania.

Art. 8. 1. Maksymalny limit wydatków budżetu państwa będący skutkiem finansowym wejścia w życie przepisów przedmiotowej ustawy w 2017 r. wyniesie łącznie 281,8 mln zł, w tym dla części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia – 147,8 mln zł oraz dla części będącej w dyspozycji wojewodów – 134 mln zł.

2. W przypadku zagrożenia przekroczenia maksymalnego limitu wydatków, o którym mowa w ust. 1, zakupów:

- 1) sprzętu i aparatury, o których mowa w art. 3 pkt 1–3,
- 2) wyposażenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej,
- 3) dentobusów, o których mowa w art. 3 pkt 5

– dokonuje się do wysokości przyznanego limitu lub unieważnia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w ramach których są dokonywane zakupy tego sprzętu, aparatury i wyposażenia.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania łącznego limitu wydatków, o którym mowa w ust. 1, jest minister właściwy do spraw zdrowia, a organami odpowiedzialnymi za wdrożenie mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, są odpowiednio – w ramach części budżetowych będących w ich dyspozycji – minister właściwy do spraw zdrowia oraz właściwi wojewodowie.

Art. 9. W ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2173) w art. 6 w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

- „1) 2017 r. – 258 mln zł;
- 2) 2018 r. – 251 mln zł;”.

Art. 10. Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „projektem”, ma na celu zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

Propozycje zawarte w przedmiotowym projekcie mają na celu umożliwić ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przekazywanie dotacji na sprzęt i aparaturę medyczną nie tylko podmiotom leczniczym przez niego utworzonym lub nadzorowanym (jak instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1158 i 1452)), ale także innym, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej najbardziej obecnie istotnych dla zdrowia publicznego np. ośrodkom onkologicznym. Wynika to z tego, że podmioty lecznicze utworzone lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia mogą uzyskać środki finansowe na inwestycje na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260). Zaproponowane w projekcie regulacje wynikają z tego, że stan techniczny infrastruktury w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej oceniany jest jako niezadowalający. Zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału diagnostyczno-leczniczego do potrzeb społeczeństwa, nowych technologii medycznych oraz informatycznych, co stwarza konieczność stałego zapewniania środków inwestycyjnych. Niezbędnym elementem sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia jest odpowiedni stan aparatury medycznej. Dodatkowo szybki postęp techniczny i technologiczny we wszystkich dziedzinach cywilizacyjnych przekłada się także na dynamiczny rozwój nowych metod terapeutyczno-diagnostycznych oraz nowych technologii medycznych, co stwarza konieczność stałego inwestowania. W związku z tym, aby zapobiec m.in. wyeksploatowaniu sprzętu i aparatury medycznej bądź braku możliwości stosowania nowoczesnych technologii istnieje pilna konieczność

dofinansowania zgłoszonych potrzeb w tym zakresie w celu poprawy jakości i poziomu udzielanych świadczeń medycznych.

Istotna część środków finansowych przeznaczonych na zakup sprzętu i aparatury medycznej posłuży unowocześnieniu możliwości diagnostycznych i terapeutycznych wybranych dziedzin polskiej medycyny, a mianowicie pediatrii i chirurgii dziecięcej oraz onkologii, która jest niesłychanie istotna epidemiologicznie (zachorowalność na nowotwory w naszym kraju stale rośnie). Planowane zakupy stawiają na nową jakość, czyli sprzęt do diagnostyki i małoinwazyjnego leczenia, taki jak: laparoskopy, torakoskopy, histeroskopy, gastroskopy, kolonoskopy itd., a w przypadku dzieci także nowoczesny bezinwazyjny sprzęt diagnostyczny, jak np. nowoczesne rozbudowane ultrasonografy (które w przypadku dzieci są podstawową techniką diagnostyczną). W przypadku onkologii postawiono też na rozwój brachyterapii, która w jest dotąd dostępna w szczątkowej postaci.

Ponadto przewiduje się:

- 1) zakup wyposażenia dla powstających Centrów Leczenia Raka Piersi;
- 2) zakup wyposażenia lub doposażenia ośrodków laseroterapii u dzieci celem leczenia wrodzonych anomalii naczyniowych, które są najczęstszą wadą wrodzoną. Ze względu na niedostępność niektórych metod laseroterapii w kraju i długi okres na te procedury polskie dzieci nadal jeżdżą na leczenie zagranicę, szczególnie do Niemiec, w tym także za środki Narodowego Funduszu Zdrowia, a sumy za leczenie pojedynczego pacjenta sięgają dziesiątek tysięcy euro.

Proponuje się także zwiększenie środków finansowych na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną dla świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego z przeznaczeniem dla oddziałów neonatologii III poziomu referencyjnego. Obecnie w większości województw okresowo brakuje miejsc do prowadzenia intensywnej terapii noworodka, co wynika z szybkiego, trudnego do przewidzenia wzrostu zapotrzebowania na te świadczenia (coraz późniejszy wiek matek rodzących, duża liczba cięć cesarskich). Istnieje zatem konieczność utrzymania liczby łóżek intensywnej terapii neonatologicznej. W związku z tym konieczne jest poszerzenie infrastruktury intensywnej terapii noworodka. Potrzeby te wynikają z następujących faktów:

- 1) zwiększającej się z roku na rok liczby urodzeń noworodków z obciążeniami ze względu na możliwości leczenia matek z chorobami przewlekłymi, które dawniej nie miały szans na potomstwo;
- 2) dzięki postępom położnictwa i neonatologii ratowane są skrajnie niedojrzałe wcześniaki, wymagające długiego leczenia w oddziałach intensywnej terapii;
- 3) zmieniają się trendy demograficzne w kierunku większej liczby urodzeń.

Dodatkowo w większości oddziałów III stopnia referencyjnego sprzęt medyczny do intensywnej terapii noworodka jest w znacznym stopniu wyeksploatowany i wymaga wymiany lub uzupełnienia. Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów neonatologii III poziomu referencyjnego pozwoli na uzyskanie poprawy wyników opieki neonatologicznej i zagwarantowanie każdemu noworodkowi warunków urodzenia zapewniających optymalną diagnostykę, leczenie i perspektywę dobrego rozwoju.

Projekt przewiduje także realizację nowego zadania, jakim jest wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach, prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym jest organizowana w celu ochrony zdrowia i zapewnienia prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży w perspektywie funkcjonowania w życiu dorosłym. Dla realizacji celu konieczne jest zapewnienie wszystkim uczniom dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej, który jest miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną. W części szkół publicznych nie ma takiego gabinetu, co uniemożliwia pielęgniarce i higienistce realizację profilaktycznych świadczeń zdrowotnych w szkole.

Zgodnie z art. 103 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949), szkoła zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej, spełniającego szczegółowe wymagania dla pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wyposażonego w sprzęt określony w przepisach wydanych na podstawie art. 31d 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.), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej.

Jak wynika z powyższego, w każdej szkole powinien być gabinet profilaktyki zdrowotnej, a jego utworzenie i wyposażenie w przypadku szkół prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego należy do zadań własnych tej jednostki (zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, prowadzenie szkoły jest zadaniem własnym, odpowiednio gminy albo powiatu). Zgodnie z art. 128 ust. 2 ustawy 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, z późn. zm.) kwota dotacji na dofinansowanie zadań własnych bieżących i inwestycyjnych nie może stanowić więcej niż 80% kosztów realizacji zadania, chyba że odrębne ustawy stanowią inaczej. Takim przepisem odrębnym jest regulacja art. 6 projektu, która przewiduje 100-procentowe sfinansowanie wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej. Sfinansowanie tego wyposażenia na poziomie 100% jest konieczne z uwagi na konieczność zapewnienia uczniom dostępności do świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej, bez względu na możliwości finansowe i priorytety jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej szkołę. Jest to też warunkiem skuteczności innych działań Ministra Zdrowia skierowanych na poprawę jakości i dostępności opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną oraz uzyskania pozytywnych efektów zdrowotnych, co stanowi korzyść w skali całego społeczeństwa (także wymierną w postaci mniejszych nakładów na leczenie).

Funkcjonowanie gabinetu profilaktyki zdrowotnej w każdej szkole jest spójne z planowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach prac nad założeniami projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym wzmocnieniem roli pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej w zakresie koordynowania i monitorowania opieki profilaktycznej nad uczniami we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzem dentystą. Dla skuteczności działań podejmowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną niezbędne jest zapewnienie w szkole miejsca (gabinetu), spełniającego określone w przepisach wymagania i odpowiednio wyposażonego. Przekazanie jednostkom samorządu terytorialnego przez wojewodę dotacji na zadanie własne polegające na prowadzeniu szkoły, z przeznaczeniem na wyposażenie

gabinetu profilaktyki zdrowotnej, umożliwi efektywne sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Oprócz zakupu wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego projekt przewiduje również zakup pojazdów, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii (dentobusów).

Jak wynika z realizowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia programu polityki zdrowotnej „Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”, odsetek dzieci w wieku 3 lat wolnych od próchnicy wynosi 46,2% (2015 r.), natomiast wśród dzieci w wieku 6 lat – już tylko 14,4% (2012 r.). Jednocześnie wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy w tej grupie dzieci wynosi 0,23, co oznacza, że tylko 23% potrzeb leczenia zachowawczego jest zaspokojonych.

Badania socjomedyczne rodziców i opiekunów dzieci w wieku 3 i 6 lat wykazały, że 24,7% z nich nie zaprowadziło swojego dziecka do dentysty, a 1/3 rodziców wskazuje, że dziecko myje zęby tylko 1 raz dziennie lub rzadziej (1–3 razy w tygodniu lub sporadycznie). Skuteczność czyszczenia zębów rodzice sprawdzają u co drugiego dziecka w wieku 6 lat. Ponad 50% rodziców podaje dzieciom produkty wysoko próchnicotwórcze jeden lub kilka razy dziennie.

Uzyskane w 2016 r. wyniki badania epidemiologicznego dzieci w wieku 12 lat wskazują, że odsetek dzieci bez próchnicy zębów wynosi 14,6%, zaś ich potrzeby lecznicze w tym zakresie zaspokojone są tylko w 48%. Badania socjomedyczne prowadzone w ramach ww. programu polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia pokazują, że w okresie 16 lat nieznacznie zmienił się odsetek badanych, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystali z opieki stomatologicznej. Również w porównywalnym okresie o 2,6% zmniejszył się odsetek dzieci szczotkujących zęby przynajmniej 2 razy dziennie (z 64,6% do 62,0%), a jednocześnie zwiększył się odsetek dzieci spożywających słodkie przekąski i napoje co najmniej raz dziennie.

Z przeprowadzonych danych wynika konieczność zwiększenia działań skierowanych do tej grupy dzieci w zakresie promocji zdrowia oraz systematycznej, profesjonalnej profilaktyki stomatologicznej (lakierowanie, lakowanie), gdyż nasz kraj znajduje się w czołówce krajów o największej intensywności i częstotliwości występowania próchnicy.

Podjęcie działań zmierzających do zmiany tej sytuacji jest jednym z najważniejszych celów podejmowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W tym celu przygotowywane są założenia projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, w których poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii dla uczniów zajmuje bardzo istotne miejsce. Niezbędne w tym celu jest zapewnienie odpowiednich narzędzi i mechanizmów, do których należą między innymi dentobusy, które umożliwią zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy.

Wykorzystanie nowoczesnie wyposażonych dentobusów, które będą służyć pacjentom w wielu miejscowościach, pozwoli na optymalizację kosztów utworzenia i wyposażenia gabinetów stomatologicznych, a dzięki stałej współpracy lekarza dentysty z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną, uczniowie będą mieli zapewnioną opiekę stomatologiczną, bez ponoszenia przez rodziców dodatkowych kosztów, w tym także czasu na dojazd do lekarza dentysty.

Proponuje się, aby dentobusy zakupione przez ministra właściwego do spraw zdrowia, były następnie przekazywane wojewodom, którzy nieodpłatnie będą je udostępniać świadczeniodawcom, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego wykonywanego w dentobusie (odpowiednie zmiany zostaną w tym zakresie wprowadzone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 193) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.)). Koszty utrzymania dentobusu i korzystania z niego ponosiłby świadczeniodawca. Koszty te obejmowałyby m.in. koszty składki na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu. Inne ubezpieczenia (jak autocasco) są nieobowiązkowe, stąd też kwestię tę proponuje się pozostawić do uregulowania w umowie zawartej przez świadczeniodawcę z wojewodą, na podstawie której nastąpi udostępnienie dentobusu. Trudno bowiem, aby ustawa nakładała obowiązek

zawarcia umowy ubezpieczenia nieobowiązkowego. Projekt przewiduje również, że po zakończeniu obowiązywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeniodawca zwraca dentobus wojewodzie w stanie niepogorszonym, z uwzględnieniem zużycia będącego następstwem prawidłowego korzystania.

Koszty świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego będą ponoszone od 2018 r. w ramach środków finansowych zapewnionych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia w pozycji dotyczącej leczenia stomatologicznego lub kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wprowadzane w art. 9 projektu zmiany w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2173) mają na celu zwiększenie limitów maksymalnych wydatków na lata 2017 i 2018 ponoszonych z budżetu państwa na zakup szczepionek do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych, zgodnie z ustalonym na dany rok Programem Szczepień Ochronnych. Konieczność zwiększenia przedmiotowych limitów w 2017 r. związana jest m.in. z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1815), które wprowadziło obowiązek szczepienia przeciwko pneumokokom wszystkich dzieci urodzonych po 31 grudnia 2016 r. Zgodnie z przepisami dotyczącymi zamówień publicznych przeprowadzenie całej procedury przetargowej, poprzez rozstrzygnięcie, podpisanie umowy i dostarczenie szczepionek to czas ok. 4 miesiące, dlatego, aby umożliwić ciągłość szczepień przeciw pneumokokom z początkiem 2018 r., wskazane byłoby dokonanie zakupu jeszcze w roku 2017.

Maksymalny limit ww. wydatków na 2018 r. został dostosowany do wysokości środków finansowych zapewnionych na ten cel w projekcie ustawy budżetowej na 2018 r.

Zmiana przedmiotowych limitów nie powoduje bezpośrednich skutków dla budżetu państwa, gdyż ma ona za zadanie zwiększyć limit środków finansowych możliwych do przeznaczenia na zakup szczepionek do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych w latach 2017–2018. Przedmiotowa zmiana ma umożliwić ewentualny zakup

szczepionek przeciw pneumokokom jeszcze w 2017 r., a w zakresie 2018 r. dostosować limit do środków zaplanowanych na to zadanie w projekcie ustawy budżetowej na 2018 r.

Pilne wejście w życie ustawy z dniem następującym po dniu ogłoszenia wyniku z krótkiego czasu na realizację zadań w niej określonych i możliwości ich sfinansowania do końca 2017 r. Wskazane w projekcie terminy wnioskowania o środki z rezerwy celowej wynikają z realnej możliwości opracowania stosownych wniosków od przewidywanego dnia wejścia w życie ustawy. Ponadto zakupy sprzętu i aparatury medycznej muszą być dokonywane z zastosowaniem procedur wynikających z przepisów o zamówieniach publicznych. Za tak określoną *vacatio legis* przemawia ważny interes państwa, jakim jest zapewnienie ochrony zdrowia na odpowiednim poziomie, a nie stoją jej na przeszkodzie zasady demokratycznego państwa prawnego.

Projekt nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt będzie miał wpływ na średnich, małych i mikroprzedsiębiorców – wpływ ten będzie się przejawiał także zawarciem z niektórymi z nich umów z wojewodami na udostępnienie dentobusów.

Projekt 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 czym nie podlega procedurze notyfikacji.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Katarzyna Głowska - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Elżbieta Jazgarska, Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji (tel. 22 63 49 510), e-mail: e.jazgarska@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 2017-09-08</p> <p>Źródło: Inicjatywa własna MZ</p> <p>Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UD289</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Stan techniczny infrastruktury w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej oceniany jest jako niezadowolający. Zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału diagnostyczno-leczniczego do potrzeb społeczeństwa, nowych technologii medycznych oraz informatycznych, co stwarza konieczność stałego zapewniania środków inwestycyjnych. Niezbędnym elementem sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia jest odpowiedni stan aparatury medycznej. Dodatkowo szybki postęp techniczny i technologiczny we wszystkich dziedzinach cywilizacyjnych przekłada się także na dynamiczny rozwój nowych metod terapeutyczno-diagnostycznych oraz nowych technologii medycznych, co stwarza konieczność stałego inwestowania. W związku z tym, aby zapobiec m.in. wyeksploatowaniu sprzętu i aparatury medycznej, bądź braku możliwości stosowania nowoczesnych technologii istnieje pilna konieczność dofinansowania zgłoszonych potrzeb w tym zakresie w celu poprawy jakości i poziomu udzielanych świadczeń medycznych.

Realizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami oraz dostęp do świadczeń stomatologicznych dla dzieci, w szczególności z powodu braku zapewnienia właściwej infrastruktury w szkołach, jest niedostateczna, a jej znaczenie jest marginalizowane. Niewystarczające w większości przypadków jest również zainteresowanie tą tematyką i zaangażowanie w optymalizację opieki zdrowotnej nad uczniami jednostek samorządu terytorialnego, które pełnią rolę organów prowadzących dla szkół.

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

Celem projektu jest zapewnienie poprawy stanu technicznego infrastruktury w ochronie zdrowia przez zwiększenie w 2017 r. środków finansowych przeznaczonych na:

- 1) zakup sprzętu i aparatury dla podmiotów leczniczych (w tym w szczególności w zakresie onkologii, pediatrii, chirurgii, jak również dla oddziałów neonatologii III poziomu referencyjnego),
- 2) doposażenie gabinetów profilaktyki w szkołach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego,
- 3) zakup pojazdów, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego (dentobusów).

Oczekiwany efekt będzie:

- 1) podniesienie standardów leczenia poprzez zakup/wymianę sprzętu i aparatury medycznej,
- 2) zagwarantowanie każdemu noworodkowi warunków urodzenia zapewniających optymalną diagnostykę, leczenie i perspektywę dobrego rozwoju,
- 3) zagwarantowanie dzieciom leczenia stomatologicznego. Pojazdy, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego (dentobusy), umożliwią zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole, ani w najbliższej okolicy.
- 4) Zapewnienie wszystkim uczniom równego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej, który jest miejscem udzielania świadczeń przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną.

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

Nie dotyczy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Wojewodowie	16		Przekazywanie dotacji jednostkom samorządu terytorialnego przeznaczonej na wyposażenie gabinetów

			profilaktyki zdrowotnej w szkołach działających na ich terenie. Udostępnianie dentobusów świadczeniodawcom.
NFZ	1		Podmiot odpowiedzialny za zawieranie umów na udzielanie świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego w dentobusie.
Szkoły	20 tys.		Udostępnienie pomieszczenia w celu utworzenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej.
Jednostki samorządu terytorialnego	2412 gmin, 314 powiatów i 66 miast na prawach powiatu		Wypożyczenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach.
Podmioty lecznicze	ok. 100		Odtworzenie lub zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej.
Podmioty lecznicze (z którymi NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej)	7025, w tym 16 podmiotów udzielających świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego w dentobusie.	Dane z NFZ	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w dentobusie.
Społeczeństwo	Około 38 mln	Dane GUS	Odbiorca usług zdrowotnych.

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

Nie dotyczy. Projekt procedowany w trybie odrębnym.

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	281,8												281,8
budżet państwa	281,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	281,8
JST		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-281,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-281,8
budżet państwa	-281,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-281,8
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania	Budżet państwa część 46 – Zdrowie oraz część 85 – Województwa. Środki finansowe na zadania wskazane w projekcie ustawy pochodzić będą z budżetu państwa, w tym z rezerw celowych.												

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Skutki wejścia w życie projektowanej obecnie ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wyniosą w 2017 r. ogółem nie więcej niż 281.800.000 zł i dotyczą:</p> <p>I. część 46 – Zdrowie – kwota 147.800.000 zł:</p> <p>1. Kwota 63,8 mln zł – na zakup sprzętu w zakresie onkologii, pediatrii i chirurgii dla oddziałów klinicznych w szpitalach klinicznych i na bazie obcej oraz centrów onkologii.</p> <p>2. Kwota 60 mln zł – koszt zakupu sprzętu i aparatury dla oddziałów neonatologii III poziomu referencyjnego.</p> <p>Koszty zakupu sprzętu i aparatury medycznej zostały oszacowane w oparciu o potrzeby podmiotów w zakresie sprzętu i aparatury medycznej niezbędnego dla oddziałów realizujących świadczenia w powyższych zakresach.</p> <p>3. Kwota od 12 do 24 mln zł – koszt zakupu 16 dentobusów, po jednym dla każdego województwa w zależności od ceny dentobusu. Poniżej przedstawiono szacunkową kalkulację kosztu zakupu dentobusów:</p> <p>16 x 750.000 zł = 12.000.000 (w przypadku przyjęcia ceny dentobusu w wysokości 750.000 zł); wariantowo</p> <p>16 x 1.500.000 zł = 24.000.000 zł (w przypadku przyjęcia ceny dentobusu w wysokości 1.500.000 zł)</p> <p>Udostępnianie dentobusu przez wojewodę następować będzie nieodpłatnie, a wszelkie koszty utrzymania i eksploatacji ww. pojazdów będą pokrywane przez świadczeniodawców, którym zostaną one udostępnione.</p> <p>II. część 85 – Budżety wojewodów – kwota 134.000.000 zł:</p> <p>1. kwota 134 mln zł – koszt doposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej w 20 tys. szkół (wg dostępnych informacji szkół prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego jest ok 23 tys., w części z nich są już gabinety profilaktyki zdrowotnej). Koszt wyposażenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wynosi 6700 zł:</p> <p>20.000 szkół x 6.700 zł = 134.000.000 zł. Koszty funkcjonowania gabinetów profilaktyki zdrowotnej będą pokrywane przez szkołę (jest to obowiązek wynikający z ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949)).</p>
--	---

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							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Nie dotyczy						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Podniesienie standardów leczenia poprzez zakup/wymianę sprzętu i aparatury medycznej Zagwarantowanie każdemu noworodkowi warunków urodzenia zapewniających optymalną diagnostykę, leczenie i perspektywę dobrego rozwoju. Zagwarantowanie dzieciom leczenia stomatologicznego.						
	Jednostki samorządu terytorialnego	Zapewnienie wszystkim uczniom równego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej, który jest miejscem udzielania świadczeń przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną. Pojazdy, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego (dentobusy), umożliwią zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy.						
Niemierzalne								

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.

 nie dotyczy**9. Wpływ na rynek pracy**

Nie przewiduje się wpływu projektowanego rozporządzenia na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne: demografia
 mienie państwowe informatyzacja
X zdrowie

Omówienie wpływu

Zwiększona zostanie dostępność do świadczeń zdrowotnych wraz z poprawą komfortu zdrowia i życia.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Termin wejścia w życie projektowanej ustawy określono na dzień następujący po dniu ogłoszenia.

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

Nie dotyczy.

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

Nie dotyczy.