

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Janusz Cieszyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Krzysztof Krzyżanowski – Dyrektor Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg, tel. 22 530 02 80, k.krzyzanowski@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 10.10.2018 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Inicjatywa własna</p> <p><b>Nr w Wykazie prac Rady Ministrów:</b> UD444</p>
---	---

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Problemem jest niewystarczająca liczba i skuteczność kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, w zakresie prawidłowości realizacji umów przez świadczeniodawców. Biorąc pod uwagę obecną liczbę umów (35 tys.) oraz liczbę prowadzonych rocznie kontroli (niespełna 2 tys.) należy uznać, że liczba aktualnie prowadzonych kontroli umożliwia skontrolowanie realizacji każdej umowy średnio co 18 lat, a każdego świadczeniodawcy średnio co 16 lat. Oznacza to, że skuteczność kontroli winna zostać zwiększona, biorąc pod uwagę choćby kilkuletni okres obowiązywania kontraktów.

Poważnym problemem z punktu widzenia sprawności i skuteczności kontroli jest także stabilność zatrudnienia pracowników kontroli oraz fluktuacja kadry kontrolerskiej (w szczególności polegająca na zmianie miejsca zatrudnienia przez osoby z wykształceniem medycznym). Dodatkowym problemem jest długotrwałość i skomplikowanie procedur kontrolnych, co z jednej strony negatywnie wpływa na efektywność kontroli, z drugiej zaś skutkować może jej uciążliwością dla podmiotu kontrolowanego. Ponadto rozproszenie służb kontrolnych i ich umiejscowienie w oddziałach wojewódzkich Funduszu, może skutkować różnymi wzorcami ich organizacji i sposobu działania, a nawet odmienną interpretacją wyników, a w konsekwencji zróżnicowaniem skutków kontroli.

W zakresie kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia problemem jest długotrwałość postępowań kontrolnych związana z koniecznością sporządzenia protokołu kontroli, przy którym jest zawarte prawo do złożenia zastrzeżeń do protokołu, a następnie obowiązek sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, w którym podmiot kontrolowany ponownie ma prawo do złożenia odwołania. Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), w zakresie dotyczącym zasad zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”. Polegają one po pierwsze na zwolnieniu z obowiązku udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej szpitale zakwalifikowane do I, II i III poziomu PSZ, które realizują tylko jeden profil systemu zabezpieczenia, przy jednoczesnym pozostawieniu tym szpitalom możliwości udzielania tych świadczeń na ich wniosek. Takie rozwiązanie uzasadnia fakt, iż szpitale jednoprofilowe działające w PSZ (w szczególności wąsko wyspecjalizowane szpitale reumatologiczne, ortopedyczne czy też zakaźne) niejednokrotnie nie mają wystarczającego potencjału do udzielania świadczeń wymagających kompetencji z zakresu medycyny ogólnej, jakimi są świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Kolejną zmianą jest wprowadzenie możliwości udzielania omawianych świadczeń w ramach PSZ, na wniosek, przez szpitale zakwalifikowane do poziomu VI (szpitale ogólnopolskie), jednak pod warunkiem posiadania szpitalnego oddziału ratunkowego, zwanego dalej „SOR”. Uzasadnieniem takiego rozwiązania jest to, iż w praktyce wielu pacjentów wymagających jedynie pomocy na poziomie ambulatoryjnym, dostępnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, udaje się do SOR. Możliwość wyodrębnienia przy SOR jednostki ambulatoryjnej udzielającej takich świadczeń może zatem prowadzić niejednokrotnie do odciążenia SOR i tym samym skrócenia czasu oczekiwania dla pacjentów rzeczywiście wymagających interwencji na poziomie tej jednostki. Dodatkowo proponuje się zawężenie zakresu świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach zakwalifikowanych do poziomu pediatrycznego PSZ do świadczeń udzielanych dzieciom, co jest w pełni uzasadnione szczególnymi kompetencjami i profilem działania tych szpitali.

Powyższe propozycje zmian wynikają z analizy dotyczącej prawie rocznego funkcjonowania PSZ i mają na celu zoptymalizowanie udzielania ww. świadczeń.

W konsekwencji powyższych regulacji, konieczne jest wprowadzenie adekwatnych zmian w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.).

Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.). Z uwagi na brak dostępu przez Fundusz do danych o komercyjnych badaniach klinicznych, a w konsekwencji brak możliwości kontrolowania kwestii zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych uczestnikom tych badań, a tym samym finansowania tych świadczeń, koniecznym jest rozstrzenie

obowiązków informacyjno-sprawozdawczych sponsora badań klinicznych.

Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza również zmiany w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.). W sytuacji występowania na określonym terenie zabezpieczenia kilku świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego w tożsamych zakresach (w ramach funkcjonowania tzw. jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego), może dochodzić do zjawiska dublowania się zabezpieczenia dostępu do określonych świadczeń i ich nadpodaży w stosunku do potrzeb zdrowotnych występujących na danym terenie zabezpieczenia, a przez to przyczynić się do lepszego zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów w jednym miejscu (ograniczone zostanie zjawisko rozproszenia kadry medycznej). Problem ten wiąże się z koniecznością zoptymalizowania wykorzystania kadr, tj. obsady lekarskiej i pielęgniarskiej dyżurującej w celu zagwarantowania w ww. jednostkach całodobowej zdolności do przyjmowania pacjentów w stanach nagłych, przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego.

Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 2186, z późn. zm.). Z uwagi na wyłączenie możliwości pełnienia funkcji kontrolera przez osobę, która pełniła służbę zawodową lub pracowała w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów, lub która była ich pracownikiem, koniecznym jest dostosowanie ww. ustawy.

Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646, z późn. zm.). Z uwagi na projektowany zakres kontroli, konieczne jest dostosowanie do niego przepisu art. 61 pkt 2 tej ustawy.

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

Przede wszystkim planuje się koncentrację potencjału służb kontrolnych, obecnie rozproszonych między poszczególne oddziały wojewódzkie i centralę Funduszu. Proponowane rozwiązanie zakłada utworzenie korpusu kontrolerskiego na poziomie centrali Funduszu, wyposażonego w kompetencje i narzędzia do prowadzenia sprawnej i skutecznej kontroli.

Takie umocowanie służb kontrolnych sprzyjać będzie ponadto lepszemu planowaniu kontroli, ukierunkowanych na wykrycie i potwierdzenie niewłaściwej realizacji umów, na podstawie których Funduszu wypłaca środki publiczne, jak również nieefektywności w tym zakresie wskazanych m.in. przez poprzedzające działania analityczne.

Ponadto dla zwiększenia liczby kontrolowanych podmiotów, poprawy sprawności działań kontrolerskich oraz zmniejszenia uciążliwości kontroli dla świadczeniodawców zakłada się uproszczenie procedur kontrolnych i zwiększenie udziału działań przed kontrolnych, polegających na zdalnym (korespondencyjnym) wyjaśnianiu przez świadczeniodawców zdarzeń stanowiących podstawę ich weryfikacji przez Fundusz. W zakresie kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia zakłada się ograniczenie dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego. Wprowadzenie jednego dokumentu z kontroli, tj. wystąpienia pokontrolnego, zawierającego ustalenia stanu faktycznego oraz ocenę skontrolowanej działalności oraz ewentualne zalecenia pokontrolne - umożliwi jednoczesne zapoznanie się jednostki kontrolowanej zarówno z ustaleniami, jak i z oceną skontrolowanej działalności. Wprowadza się jako zasadę komunikację pomiędzy Prezesem Funduszu, kontrolerami a podmiotem kontrolowanym za pomocą środków komunikacji elektronicznej, co powinno uprościć, przyspieszyć oraz obniżyć koszty przeprowadzanej kontroli.

W zakresie organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach PSZ proponuje się zwolnienie z obowiązku udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej szpitale zakwalifikowane do I, II i III poziomu PSZ, które realizują tylko jeden profil systemu zabezpieczenia, a jednocześnie umożliwienie realizacji tych świadczeń szpitalom poziomu VI (ogólnopolskim), pod warunkiem posiadania SOR. Na podstawie pisemnych wniosków składanych przez ww. świadczeniodawców, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu będzie decydował o zawarciu umowy na omawiany zakres świadczeń. Ponadto proponuje się zawężenie zakresu świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach pediatrycznych do świadczeń udzielanych dzieciom, zgodnie z ich profilem działalności.

W konsekwencji powyższych regulacji, konieczne jest wprowadzenie adekwatnych zmian w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

W zakresie zmiany ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, na sponsora badań klinicznych nałożony zostanie obowiązek przekazywania informacji do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu o uczestnikach badania klinicznego. Zmiana ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym umożliwi racjonalizację wykorzystania zasobów organizacyjnych i kadrowych w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, przez możliwość ich skoncentrowania wyłącznie u tych świadczeniodawców, którzy w stopniu wystarczającym zapewniają dostępność dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego na danym terenie. Szpitale działające w systemie dyżurowym będą mogły ograniczyć obsadę lekarską i pielęgniarską w okresach, w których zgodnie z harmonogramem nie będą pełniły dyżurów, a co za tym idzie, co do zasady, nie będą do nich trafiać pacjenci przywożeni przez zespoły ratownictwa medycznego. Powyższe powinno przyczynić się do lepszego, bardziej elastycznego i efektywnego wykorzystania kadr medycznych w sytuacji ich niedoboru na rynku usług zdrowotnych.

Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o

dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów, włączając do katalogu osób obowiązanych do składania oświadczenia, o której mowa w ww. ustawie, kontrolerów.

Zmiana ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ma charakter dostosowujący do zakresu kontroli, który będzie wynikał z nowego Działu IIIA w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Ze względu na różnice w organizacji publicznych systemów ochrony zdrowia w większości krajów trudno jest wskazać jednolity sposób rozwiązywania ww. problemów w innych krajach. Wspólnym dla wielu krajów (m.in. Wielka Brytania, Francja) jest wyodrębnienie służb kontrolnych w strukturach płatników publicznych, oraz zdecydowanie większa liczba kontrolerów niż w Polsce. Jednocześnie w kraju o zbliżonym modelu finansowania opieki zdrowotnej – Chorwacji należy dostrzec znacznie wyższą aktywność kontrolerską, którą są objęci corocznie praktycznie wszyscy świadczeniodawcy. Podobna sytuacja ma miejsce w Słowenii. We wszystkich krajach również większą rolę niż dotychczas w Polsce odgrywa wykorzystanie przez służby kontrolne środków komunikacji elektronicznej, co jest przede wszystkim konsekwencją większej elektronicznej usług w sektorze medycznym.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (w tym: podmioty lecznicze, praktyki zawodów medycznych)	31 tysięcy podmiotów (2018)	System informatyczny Funduszu	Podmioty podlegające procesowi kontrolnemu Funduszu
Narodowy Fundusz Zdrowia	1 (Centrala i 16 oddziałów wojew.)	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Podmiot kontrolujący
Świadczeniobiorcy	ok. 35, 492 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Potencjalni pacjenci nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - poprawa dostępu oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
Szpitala zakwalifikowane do poziomów I-III (monoprofilowe) oraz V i VI PSZ	ok. 120 szpitali	Wykazy szpitali zakwalifikowanych do PSZ	Zwolnienie z obowiązku udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; umożliwienie udzielania ww. świadczeń (szpitale VI poziomu PSZ); zwolnienie z obowiązku udzielania ww. świadczeń dla dorosłych (szpitale V poziomu PSZ)
Szpitala posiadające jednostki organizacyjne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	ok. 600	wojewódzkie plany działania systemu państwowego ratownictwa medycznego	Umożliwienie uelastyczenia obsady kadrowej, w przypadku włączenia szpitala do systemu dyżurowego, w okresach wskazanych w harmonogramach dyżurów

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

Nie było prowadzonych pre-konsultacji odnośnie projektu ustawy.

Projekt został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych na okres 21 dni do podmiotów takich jak:

1. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
2. Naczelna Rada Lekarska;
3. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
4. Naczelna Rada Aptekarska;
5. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
6. Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
7. Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
8. Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;



<b>Wydatki ogółem</b>	<b>5,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5,0</b>
budżet państwa	0	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	0
NFZ	<b>5,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5,0</b>
FUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Saldo ogółem</b>	<b>13,9</b>	<b>36,5</b>	<b>49,6</b>	<b>71,4</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>91,7</b>	<b>813,3</b>
budżet państwa	0	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	0
NFZ	13,9	36,5	49,6	71,4	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	813,3
FUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania	Plan finansowy Funduszu. Projektowana regulacja nie spowoduje dodatkowych kosztów po stronie budżetu państwa.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p><b>Dochody</b> W 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 1 929 kontroli w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 2049 umów. W wyniku prowadzonych postępowań oddziały wojewódzkie Funduszu wskazały w wystąpieniach pokontrolnych wartość nienależnie przekazanych środków finansowych w wysokości 40 213 tys. zł, oraz nałożyły kary umowne na kwotę 13 572 tys. zł, co daje łącznie wartość 53 787 tys. zł, to jest 26 tys. zł w przeliczeniu na jedną skontrolowaną umowę. Przyjmując taką skuteczność działań kontrolnych docelowe zwiększenie liczby skontrolowanych umów (5.5 tys. rocznie) powinno - w zakresie świadczeń - przynieść rocznie łączny skutek w kwocie 91 640 tys. zł. Założono, że liczba kontroli będzie rosła sukcesywnie, a docelowa sprawność i skuteczność zostaną osiągnięte w piątym roku od wprowadzenia zmiany.</p> <p><b>Wydatki:</b> Przyjmując założenie, że uproszczenie trybu kontroli prowadzonych przez Fundusz oraz utworzenie w jego ramach „korpusu kontrolerskiego” przyczyni się do poprawy sprawności i skuteczności kontroli, za docelowy wskaźnik przyjęto 10 kontroli przypadających na 1 etat kontrolerski rocznie - co stanowi prawie dwukrotny wzrost tak mierzonej sprawności w stosunku do stanu obecnego. W ramach wydatków Funduszu przewidziano również 5 mln zł na wytworzenie systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie analizy ryzyka nadużyć oraz wspierającego sprawną koordynację procesu kontrolnego, a także na przygotowanie Funduszu do przejścia na elektroniczną komunikację z podmiotami kontrolowanymi.</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 2018 r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Zakłada się docelowe istotne zwiększenie liczby kontroli u świadczeniodawców. Jednoczesne uproszczenie i elektronizacja trybu kontrolnego powinno zmniejszyć uciążliwość kontroli dla podmiotów kontrolowanych.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Zakłada się docelowe istotne zwiększenie liczby kontroli u świadczeniodawców. Jednoczesne uproszczenie i elektronizacja trybu kontrolnego powinno zmniejszyć uciążliwość kontroli dla podmiotów kontrolowanych.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Zakłada się poprawę dostępności oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez umożliwienie realizacji tych świadczeń przez część szpitali ogólnopolskich, przy jednoczesnym umożliwieniu rezygnacji z ich udzielania przez szpitale monoprofilowe, niemające wystarczającego potencjału w tym zakresie, oraz dzięki umożliwieniu skoncentrowania potencjału szpitali pediatrycznych na udzielaniu ww. świadczeń dzieciom.						
Niemierzalne	Podmioty realizujące umowę z Funduszem	Zwiększenie liczby kontroli przyczyni się do poprawy konkurencyjności pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń opieki w wyniku urealnienia nadzoru						

	na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	i założeniu docelowego skontrolowania wszystkich podmiotów w czasie obowiązywania umów z Funduszem.
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: Proponuje się uproszczenie procedury kontrolnej m.in. przez rezygnację ze stosowania dwóch dokumentów powstających w trakcie kontroli – protokołu i wystąpienia pokontrolnego oraz elektronizację procesu kontroli. Zmiana zakłada pozostawienie jedynie wystąpienia pokontrolnego (analogicznie, jak w przypadku procedury NIK). Wprowadza się jako zasadę komunikację elektroniczną w trakcie wykonywania czynności kontrolnych. Pozwoli to skrócić czas kontroli oraz zmniejszyć liczbę dokumentów i zakres korespondencji oraz zminimalizować papierowy obieg dokumentacji.

### 9. Wpływ na rynek pracy

Zmiana nie będzie miała istotnego wpływu na rynek pracy.

### 10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne  
 sytuacja i rozwój regionalny  
 inne:

demografia  
 mienie państwowe

informatyzacja  
 zdrowie

Omówienie wpływu

Sprawniejsza i skuteczniejsza kontrola realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyczyni się do bardziej efektywnego wydatkowania środków publicznych, a w konsekwencji poprawy dostępności i do świadczeń oraz poprawy ich jakości. Zakłada się poprawę dostępności oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przez umożliwienie realizacji tych świadczeń przez część szpitali ogólnopolskich, przy jednoczesnym umożliwieniu rezygnacji z ich udzielania przez szpitale monoprofilowe, niemające wystarczającego potencjału w tym zakresie, oraz dzięki umożliwieniu skoncentrowania potencjału szpitali pediatrycznych na udzielaniu ww. świadczeń dzieciom.

### 11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wejście w życie przepisów umożliwi podjęcie przez Fundusz niezwłocznych prac w zakresie:

- dostosowania struktury organizacyjnej Funduszu do nowych regulacji w zakresie prowadzenia kontroli;
- przeseregowanie (wynagrodzenia, pracodawca) osób obecnie zatrudnionych w komórkach kontroli Funduszu;
- weryfikację obecnych i przygotowanie nowych procedur kontrolnych oraz wzorców kontroli (dokumenty);
- przygotowanie i wdrożenie programów szkolenia i certyfikacji kadry kontrolerskiej;
- dostosowanie systemów teleinformatycznych Funduszu do elektronizacji procesu kontroli.

Zakłada się, że zakończenie realizacji ww. zadań zakończy się w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie nowych regulacji.

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

Ewaluacja efektów będzie prowadzona sukcesywnie (corocznie) w oparciu o następujące mierniki:

- liczba kontroli w danym roku w przeliczeniu na 1 etat kontrolerski (docelowy poziom 10 kontroli/1 etat kontrolerski powinien zostać osiągnięty w 4 roku od wprowadzenia zmiany).

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

