



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-101-17

Druk nr 1813

Warszawa, 30 sierpnia 2017 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o podstawowej opiece zdrowotnej
z projektami aktów wykonawczych.**

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

(-) Beata Szydło

U S T A W A

z dnia

o podstawowej opiece zdrowotnej¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa cele i organizację podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Art. 2. Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów 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⁾), zwanego dalej „świadczeniobiorcą”, z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60), oraz udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 3. Podstawowa opieka zdrowotna ma na celu:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 2) koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się następujące ustawy: ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawę z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

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.

- 3) ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- 4) rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 5) zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- 6) zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Art. 4. Koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń.

Art. 5. 1. Koordynację, o której mowa w art. 4, zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „lekarzem POZ”, we współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej „pielęgniarką POZ”, i położną podstawowej opieki zdrowotnej, zwaną dalej „położną POZ”.

2. Lekarz POZ w ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innego świadczeniodawcę, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, zwanego dalej „świadczeniodawcą”, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

3. Pielęgniarka POZ i położna POZ, o których mowa w ust. 1, w ramach współpracy z lekarzem POZ, rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne u świadczeniobiorcy oraz problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują kompleksową opiekę pielęgniarską, a także kontynuują postępowanie terapeutyczne zlecone przez innego świadczeniodawcę, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Art. 6. 1. Lekarz POZ to lekarz, który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo

4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
– z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

2. Lekarzem POZ jest także lekarz:

1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
2) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych
– z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1172), udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą wyłącznie do ukończenia 7. roku życia, z zastrzeżeniem art. 33.

Art. 7. 1. Pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która:

1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
5) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa
– z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybraną przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

2. Pielęgniarką POZ jest także pielęgniarka, która:

1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych,

opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo

- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

– udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 8. 1. Położna POZ to położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 5) posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa

– z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybraną przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

2. Położną POZ jest także położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

– udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 9. 1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1430), art. 153 ust. 7a

ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.³⁾) i art. 115 § 1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665, 666, 768 i 1452).

2. Świadczeniobiorca, w ramach wyboru, o którym mowa w ust. 1, wybiera lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ.

3. Świadczeniobiorca, w ramach wyboru, o którym mowa w ust. 1, może wybrać:

- 1) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u tego samego świadczeniodawcy albo
- 2) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u różnych świadczeniodawców, albo
- 3) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ będących świadczeniodawcami – tworzących zespół POZ, o którym mowa w art. 11.

4. Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych.

5. Świadczeniobiorca nie wnosi opłaty, o której mowa w ust. 4, w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy, a także w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 lub art. 33.

6. Opłata, o której mowa w ust. 4, stanowi przychód podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach.

7. Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie wiąże go w zakresie świadczeniodawcy udzielającego świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 ust. 17a ustawy o świadczeniach.

Art. 10. 1. Wybór, o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 2, świadczeniobiorca potwierdza oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”, będącym dokumentem w postaci:

- 1) papierowej albo
- 2) elektronicznej, wnoszonym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1948 i 1955 oraz z 2017 r. poz. 60, 244, 768, 1086 i 1321.

2. Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 2, może nastąpić za pomocą systemu, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, 1579 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 599 i 1524).

3. Deklaracja wyboru zawiera:

- 1) dane świadczeniobiorcy:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) nazwisko rodowe,
 - c) datę urodzenia,
 - d) płeć,
 - e) numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) adres miejsca zamieszkania,
 - g) numer telefonu,
 - h) adres e-mail,
 - i) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, adres jego miejsca zamieszkania i numer telefonu – w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona;
- 2) określenie, który raz w danym roku jest dokonywany wybór, oraz czy powodem dokonania wyboru jest wystąpienie okoliczności określonych w art. 9 ust. 5;
- 3) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonych, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach;
- 4) kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) dane dotyczące świadczeniodawcy, w tym jego nazwę (firmę) i adres siedziby;
- 6) imię i nazwisko lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ;
- 7) datę dokonania wyboru;
- 8) podpis świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 9) podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru w przypadku deklaracji, o której mowa w ust. 1 pkt 1.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:

- 1) udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru, o której mowa w ust. 1 pkt 1, i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;
- 2) przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdzić uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Wypełnione deklaracje wyboru, o których mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie albo w miejscu udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w module podstawowym, o którym mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

7. W przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u wybranego świadczeniodawcy lub wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 lub art. 33, deklaracje wyboru zachowują ważność w zakresie wyboru tego świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ lub wyboru nowego świadczeniodawcy.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, wzory deklaracji wyboru, uwzględniając możliwość wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ udzielających świadczeń u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami oraz konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych w deklaracji wyboru.

Rozdział 2

Organizacja podstawowej opieki zdrowotnej

Art. 11. 1. Zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizuje zespół podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „zespołem POZ”.

2. W skład zespołu POZ wchodzi: lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ.

3. Pracę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą.

Art. 12. 1. Lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą, w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację świadczeniobiorcy.

2. Pielęgniarka POZ planuje i realizuje opiekę pielęgniarską nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

3. Położna POZ realizuje pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

4. Lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ, wybrani przez świadczeniobiorcę, wydają skierowania na realizację zabiegów i procedur medycznych, w zakresie posiadanych kompetencji.

Art. 13. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do zapewnienia możliwości realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego, odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 4.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, dostęp do:

- 1) opieki ambulatoryjnej w miejscu udzielania świadczeń;
- 2) opieki w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia uniemożliwia opiekę ambulatoryjną.

3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 17a ustawy o świadczeniach, oraz o okolicznościach, w których deklaracja wyboru traci ważność, w szczególności przez umieszczenie, w sposób widoczny i ogólnodostępny, informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, uwzględniając konieczność zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorcy.

Art. 14. 1. W ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, świadczeniodawca zapewnia:

- 1) profilaktyczną opiekę zdrowotną dostosowaną do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką;
- 2) badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

2. Świadczeniodawca wyznacza osobę, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.

Art. 15. 1. Osoby udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej mogą realizować programy edukacyjne i badawczo-rozwojowe.

2. Prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz wdrażanie ich wyników, a także prowadzenie działalności szkoleniowej i edukacyjnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej może być prowadzone przez instytut badawczy działający na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1158 i 1452) lub uczelnię, w której jest prowadzone kształcenie na kierunku studiów w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej.

Art. 16. 1. Współpraca w ramach podstawowej opieki zdrowotnej polega na stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy oraz podejmowaniu wspólnych działań przez członków zespołu POZ, w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w tym okresu ich stosowania i sposobu dawkowania, oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w innych niż podstawowa opieka zdrowotna zakresach świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

Art. 17. 1. W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą zespół POZ współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

2. Współpraca, o której mowa w ust. 1, polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji, o których mowa w art. 16 ust. 2, oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy.

Art. 18. 1. W ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, zespół POZ i poszczególni jego członkowie współpracują z:

- 1) osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach;
- 2) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;
- 3) dyrektorami szkół oraz innych placówek, o których mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

2. Współpraca, o której mowa w ust. 1:

- 1) pkt 1 – polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji, o których mowa w art. 16 ust. 2, oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy;
- 2) pkt 2 i 3 – polega na podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, w tym promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych.

3. Członkowie zespołu POZ po otrzymaniu pisemnej informacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1, zapoznają się z nią i dołączają do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Informacja ustna wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej.

Art. 19. Współpraca, o której mowa w art. 16–18, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych.

Art. 20. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do przetwarzania, przechowywania i udostępniania danych osobowych zawartych w deklaracji wyboru oraz w informacjach, o których mowa w art. 16–18, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524) oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Art. 21. Szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie, określa regulamin organizacyjny

świadczeniodawcy, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260).

Rozdział 3

Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej

Art. 22. Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej następuje na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, ze środków ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rozdział 4

Jakość świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Art. 23. 1. Świadczeniodawcy są obowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów niniejszej ustawy.

2. Monitorowanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje:

- 1) dostępność świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) kompleksowość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) ciągłość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) zarządzanie i organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) uzyskanie efektu zdrowotnego.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, kryteria monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorców oraz obszary monitorowania, o których mowa w ust. 2.

Art. 24. Świadczeniodawca może brać udział w programach poprawy jakości z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, określonych przez instytut, o którym mowa w art. 15 ust. 2, których celem jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców oraz uzyskanie efektu zdrowotnego.

Rozdział 5

Przepisy zmieniające

Art. 25. W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1430) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 56b ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osoby, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...),
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
- 3) lekarza dentysty,
- 4) szpitala

– w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, albo będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.”;

2) w art. 69b ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, albo osoby pełniącej służbę lub zatrudnionej w podmiocie leczniczym w formie jednostki budżetowej i jednostki wojskowej dla której podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej,

- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
- 3) lekarza dentysty,
- 4) szpitala

– w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.”.

Art. 26. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.⁴⁾) w art. 153 ust. 7a otrzymuje brzmienie:

„7a. Funkcjonariusz w służbie kandydackiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ma prawo wyboru:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...),
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
- 3) lekarza dentysty,
- 4) szpitala

– spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mających siedzibę w terytorialnym zasięgu działania jednostki organizacyjnej Straży Granicznej.”.

Art. 27. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665, 666, 768 i 1452) w art. 115 § 1a otrzymuje brzmienie:

„§ 1a. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych;
- 2) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określone w ustawie z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...);

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1948 i 1955 oraz z 2017 r. poz. 60, 244, 768, 1086 i 1321.

- 3) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentysty oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 28. W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2062, z późn. zm.⁵⁾) w art. 162 w § 2 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

- „4) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...), stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania funkcji ławnika;”.

Art. 29. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5:

- a) po pkt 13 dodaje się pkt 13a w brzmieniu:

„13a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...);”;

- b) pkt 25 otrzymuje brzmienie:

„25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;”;

- c) pkt 27 i 28 otrzymują brzmienie:

„27) podstawowa opieka zdrowotna – podstawową opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;

28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;”;

- 2) uchyla się art. 28;

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 2103 i 2261 oraz z 2017 r. poz. 38, 60, 803, 1139 i 1452.

⁶⁾ 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.

3) w art. 32a:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 32.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.”,

c) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, lub programów zdrowotnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.”;

4) w art. 32b:

a) w ust. 3 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej.”,

- b) w ust. 4 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
- „3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń oraz imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej;”;
- 5) w art. 43a ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. Świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 2, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.”;
- 6) uchyla się art. 55 i art. 56;
- 7) po art. 132a dodaje się art. 132b w brzmieniu:
- „Art. 132b. 1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 951 ust. 2 pkt 1–3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1.
2. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.”;
- 8) w art. 137 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
- „2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym finansowanie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 159 ust. 2b;”;

9) w art. 159 po ust. 2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu:

„2b. Umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie:

- 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);
- 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);
- 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).”;

10) uchyla się art. 244.

Art. 30. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173) w art. 7 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Badania lekarskie u osób, o których mowa w art. 6 ust. 1, przeprowadzają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...), lub lekarze wykonujący zadania służby medycyny pracy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184 oraz z 2017 r. poz. 60).”.

Art. 31. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...),”;

- 2) po art. 15 dodaje się art. 15a w brzmieniu:

„Art. 15a. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.”;

- 3) w art. 22 w ust. 4a pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w pkt 1”.

Art. 32. W ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697 i 1292) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 42 w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone:

- a) zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...), oraz
- b) opinią o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka wystawioną przez psychologa, który posiada co najmniej wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku psychologia oraz 2-letnie doświadczenie w poradnictwie rodzinnym;”;

- 2) w art. 46 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do poinformowania starosty o każdej zmianie danych, o których mowa w ust. 2, oraz do przedstawiania co 2 lata zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, wystawionej przez psychologa.”.

Rozdział 6

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 33. Do dnia 31 grudnia 2024 r. lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą do ukończenia 18. roku życia.

Art. 34. 1. Do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeniobiorca, dokonując wyboru, może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ nietworzących zespołu POZ, o którym mowa w art. 11 ust. 1.

2. Oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, tracą ważność z dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 35. 1. Oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność.

2. Oświadczenia woli, o których mowa w ust. 1, złożone do świadczeniodawców, nietworzących zespołu POZ, o którym mowa w art. 11 ust. 1, oraz art. 34 ust. 1, tracą ważność z dniem 31 grudnia 2024 r.

Art. 36. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 55 ust. 6 oraz art. 56 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 29 oraz art. 22 ust. 4a ustawy zmienianej w art. 31 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 10 ust. 8, art. 13 ust. 4 niniejszej ustawy oraz art. 22 ust. 4a ustawy zmienianej w art. 31 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 37. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność.

Art. 38. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 29 pkt 6 w zakresie uchylecia ust. 2b w art. 55, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 14 ust. 2 i art. 29 pkt 8 i 9, które wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r.

UZASADNIENIE

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, ponieważ stanowi punkt wejścia pacjentów do systemu opieki zdrowotnej. POZ musi zapewnić wczesną diagnozę problemów zdrowotnych i profilaktykę, dokonywać kompleksowej i integralnej oceny potrzeb pacjenta w cyklu życia oraz pełnić funkcję strażnika systemu, zapewniając odpowiednie kierowanie pacjentów na inne poziomy opieki zdrowotnej. Od jej sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego systemu opieki medycznej.

Europejskie badania porównawcze wskazują, że Polska wypada gorzej niż inne państwa pod względem ładu organizacyjnego POZ, czego przykładem są m.in. problemy z finansowaniem, stałym rozwojem zasobów ludzkich oraz planami wdrożeń. Zgodnie z modelem opracowanym przez Kringos i in.¹⁾, efektywnie działający lekarz POZ powinien zapewnić dostęp do świadczeń, kompleksowe świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, ciągłość opieki podstawowej, koordynację opieki podstawowej, wysokiej jakości wyniki opieki podstawowej, efektywność wyników opieki podstawowej, równość w zdrowiu. Zwiększenie efektywności ww. obszarów wymaga gruntownej zmiany uwarunkowań systemowych dotyczących roli POZ w systemie ochrony zdrowia.

Aktualnie zagadnienia POZ są uregulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze. Dla dalszego rozwoju POZ uzasadnione jest przygotowanie i wdrożenie odpowiedniej ustawy, która zwiększy rolę POZ i zapewni skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększy rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej i pozwoli na realizację kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną, jak również zwiększy rolę personelu medycznego w POZ. Z dostępnych danych wynika, że do 2060 r. liczba seniorów w Rzeczypospolitej Polskiej ulegnie podwojeniu. Znacznie zwiększy się również liczba pacjentów chorych przewlekle. Zachodzi zatem uzasadniona potrzeba usprawnienia POZ i zapewnienia opieki koordynowanej – nie tylko dla seniorów, ale także dla całej populacji. Planowany model opieki koordynowanej należy postrzegać jako strategię

¹⁾ Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Fam Pract. 2010;11:81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81.

zmierzającą do stworzenia systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym kładzie się większy nacisk na działania zapobiegawcze.

Celem projektowanej ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej jest zapewnienie kompleksowości i wysokiej jakości POZ oraz stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości udzielanych świadczeń poprzez rozwój zawodowy i współpracę zespołu.

Projektowana ustawa definiuje rolę i miejsce POZ w systemie ochrony zdrowia, a w konsekwencji umożliwi poprawę jej organizacji i funkcjonowania, jak również stworzy warunki do zwiększenia jej efektywności. W szczególności istotna jest poprawa koordynacji opieki i pracy zespołowej w zakresie odrębnych kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy organizacji zarządzania opieką nad pacjentem.

POZ jest miejscem pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz udzielania świadczeniobiorcy świadczeń, do których nie jest wymagane skierowanie, w ramach której zapewniony jest dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych, udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

POZ została oparta na medycynie rodzinnej. Przyjmuje się, że docelowo lekarzem POZ będzie lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii. Przy czym zakłada się, że lekarz pediatra sprawować będzie opiekę nad świadczeniobiorcą do ukończenia 7. roku życia. Do dnia 31 grudnia 2024 r. lekarz ten może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą do ukończenia 18. roku życia. Zmiana zasad sprawowania opieki przez lekarzy pediatrów po dniu 31 grudnia 2024 r. nie wpłynie na dostępność do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie planowane jest, w ramach odrębnej regulacji, utworzenie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej konsultacyjnej poradni pediatrycznej (projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego

rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przekazany do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania w dniu 1 czerwca 2017 r., MZ 522).

Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry lekarskiej posiadającej specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej przyjęto, iż lekarzem POZ jest również lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2024 r. Jednocześnie uwzględniono prawa nabyte, zgodnie z art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1172). W konsekwencji przyjęcia projektowanych zmian, w tym umożliwienia udzielania świadczeń wszystkim lekarzom udzielającym świadczeń w POZ do dnia 31 grudnia 2024 r., dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pozostanie co najmniej na tym samym poziomie.

Analogiczne rozwiązania przyjęto dla pielęgniarki POZ, określając jako docelowe kwalifikacje: posiadanie tytułu specjalisty lub odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub ukończenie lub odbywanie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub posiadanie tytułu zawodowego magistra. Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry pielęgniarskiej posiadającej specjalizację w ww. dziedzinach pielęgniarstwa przyjęto, iż pielęgniarką POZ jest również pielęgniarka udzielająca do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych lub opieki długoterminowej w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych lub opieki długoterminowej w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;

- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego lub opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego lub opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Dla położnej POZ określono docelowe kwalifikacje: posiadanie tytułu specjalisty lub odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub ukończenie lub odbywanie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub posiadanie tytułu zawodowego magistra.

Jednocześnie z uwagi na niedobór kadry posiadającej specjalizację w ww. dziedzinach pielęgniarstwa przyjęto, iż położną POZ jest również położna udzielająca do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Zakłada się, że działania z zakresu rozwoju zawodowego powinny obejmować realizację programów badawczych, edukacyjnych i wdrożeniowych o kluczowym znaczeniu dla POZ. W tym celu jest planowana, w drodze odrębnego aktu prawnego, m.in. reorganizacja Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, który pierwotnie odpowiadał za kształcenie kadry lekarskiej dla POZ. Polegać będzie ona na poszerzeniu zakresu zadań o zagadnienia dotyczące medycyny rodzinnej, co pozwoli na inicjowanie i prowadzenie prac badawczo-rozwojowych, działalności leczniczej oraz kształcenia personelu medycznego w zakresie medycyny rodzinnej.

Projekt ustawy definiuje koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia. Przyjęto, iż koordynatorem pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia jest lekarz POZ, którego podstawowym zadaniem, jako przewodnika pacjenta po systemie, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ, jest zapewnienie pacjentowi ciągłości i kompleksowości opieki, który w ramach koordynacji inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze

podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców. Pielęgniarka POZ i położna POZ w ramach współpracy z lekarzem POZ rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne u świadczeniobiorcy oraz problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują kompleksową opiekę pielęgniarską, a także kontynuują postępowanie terapeutyczne zlecone przez innego świadczeniodawcę.

Zmodyfikowano zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiając świadczeniobiorcy wybór lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców, albo lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ będących świadczeniodawcami, tworzących zespół POZ. Do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeniobiorca, dokonując wyboru, może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ, na dotychczasowych zasadach, tzn. nietworzących zespołu POZ. Oświadczenia woli pacjentów o wyborze świadczeniodawcy, lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, złożone przed dniem wejścia w życie ustawy, zachowują ważność. Zachowają również ważność, po dniu 31 grudnia 2024 r., deklaracje wyboru do lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, nietworzących zespołu POZ. Warunkiem zachowania ważności oświadczeń woli po 31 grudnia 2024 r. będzie nawiązanie współpracy przez wybranych przez świadczeniobiorcę lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i położną POZ. Ponadto utrzymano ważność deklaracji wyboru w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza POZ lub świadczeniodawcy, w przypadku wyboru przez świadczeniobiorcę lekarza pediatry, w sytuacji osiągnięcia przez niego 7. roku życia, a w okresie do dnia 31 grudnia 2024 r. – osiągnięcia przez niego 18. roku życia. Lekarz pediatra będzie mógł bowiem udzielać świadczeń zdrowotnych do ukończenia przez świadczeniobiorcę 7. roku życia, a w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2024 r. – do ukończenia 18. roku życia. Po tym okresie istnieje konieczność wyboru nowego lekarza POZ, mającego uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej osobie w określonym wieku. Jednocześnie wprowadzono obowiązek informacyjny dotyczący poinformowania o okolicznościach, w których deklaracje wyboru tracą ważność w określonym zakresie. Od dnia 1 stycznia 2025 r. oświadczenia woli będą składane do lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, tworzących zespół POZ, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej. Ponadto w odniesieniu do deklaracji wyboru utrzymano prawo bezpłatnego wyboru

świadczeniodawcy, jednocześnie przyjmując możliwość jego dwukrotnej zmiany w ciągu roku kalendarzowego (obecnie 3 zmiany w roku kalendarzowym). W sytuacji, kiedy zespół POZ będzie zapewniał opiekę koordynowaną nad świadczeniobiorcą w całym systemie ochrony zdrowia, konieczne jest ograniczenie liczby możliwych w danym roku kalendarzowym zmian świadczeniodawcy, co umożliwi sprawowanie opieki nad pacjentem, zgodnie z projektowanym modelem. Przyjęte rozwiązanie stanowi konsekwencję wprowadzenia modelu opieki koordynowanej w POZ, ale nie pozbawia jednocześnie świadczeniobiorcy możliwości zmiany lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Ponadto rozszerzono katalog sytuacji, w których świadczeniobiorca nie ponosi opłaty za zmianę lekarza POZ, w przypadku gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra, osiągnął 7. rok życia lub, do dnia 31 grudnia 2024 r., osiągnął 18. rok życia. Realizując rekomendację Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 1, 17, 34 i 54), dotyczącą konieczności zintegrowania opieki nad pacjentem, przyjęto, że każdy pacjent będzie objęty opieką zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (zespół POZ), w skład którego wchodzi lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Pracę zespołu POZ będzie koordynował lekarz POZ, który będzie rozstrzygał o sposobie postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą. Zespół POZ, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej, będzie pracował w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków. Jednocześnie zostanie utrzymana możliwość prowadzenia działalności w ramach POZ różnych podmiotów leczniczych (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, organizacje pozarządowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz praktyk zawodowych (indywidualne i grupowe; lekarskie, pielęgniarskie lub położnych), przy czym umowy o udzielanie świadczeń z publicznym płatnikiem będą zawierane, jak dotychczas, ze świadczeniodawcami. Zespół POZ, co do zasady, nie będzie nowym świadczeniodawcą. Również świadczeniodawca będzie przechowywał deklaracje wyboru.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ będą ze sobą współpracować w ramach zespołu POZ. Pracę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację świadczeniobiorcy. Pielęgniarka

POZ planuje i realizuje opiekę pielęgniarską nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Położna POZ realizuje pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania pacjentów o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy, jak również o sytuacjach, w których deklaracja wyboru traci ważność.

Jednocześnie w ramach koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą świadczeniodawca zostanie obowiązany do zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej dostosowanej do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz zidentyfikowanych problemów zdrowotnych świadczeniobiorcy i populacji objętej opieką, jak również badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki. Ponadto wprowadzono wymóg wyznaczenia osoby, do której zadań należeć będzie organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie w sposób widoczny i ogólnodostępny informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Decyzja o tym, kto będzie odpowiadał za koordynację procesu leczenia, należy wyłącznie do świadczeniodawcy. Rolę taką może pełnić np. personel pielęgniarski lub inny wykwalifikowany personel medyczny lub niemedyczny, tzw. *care coordinator*, odpowiedzialny w danym zakładzie leczniczym za działania organizacyjno-techniczne, w szczególności umawianie wizyt, potwierdzanie realizacji kolejnych etapów procesu diagnostyczno-leczniczego oraz zapewnianie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Zasadniczym celem opieki koordynowanej polegającej na współpracy lekarza POZ z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jest zapewnienie, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów, udzielania świadczeń w sposób planowy i kompleksowy.

Istotą tego rozwiązania jest zapewnienie przez świadczeniodawcę szerszego katalogu badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, w tym inicjowanie wizyt pacjenta w AOS, jak również umożliwienie konsultacji lekarz – lekarz. Opieka

koordynowana powinna odbywać się na podstawie indywidualnego planu leczenia zgodnie z zaleceniami postępowania medycznego (tzw. ścieżki postępowania) w wybranych chorobach przewlekłych. Wprowadzenie tego modelu organizacyjnego zostanie poprzedzone programem pilotażowym wdrażanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Bankiem Światowym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Program pilotażowy zostanie przeprowadzony na podstawie przepisów dodawanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), wprowadzających samodzielną podstawę do ustalania programów pilotażowych. Projekt ustawy wprowadzający zmiany w tym zakresie obecnie znajduje się na zaawansowanym etapie prac legislacyjnych – został przyjęty przez Radę Ministrów. W związku z powyższym brak jest zagrożenia dla realizacji programu w zaplanowanym terminie. Po przeprowadzeniu pilotażu szczegółowe warunki opieki koordynowanej zostaną uregulowane w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przy czym należy podkreślić, iż katalog badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych w ramach opieki koordynowanej będzie wprowadzany sukcesywnie, aby docelowo zapewnić koordynację pacjenta w systemie. W ramach koordynacji leczenia pacjenta przez POZ konieczne będzie uzyskiwanie informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych w innych zakresach świadczeń (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne). W konsekwencji powyższego konieczna będzie wymiana informacji o pacjencie, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524), oraz współdziałanie w procesie leczenia.

W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej zespół POZ współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną. Ponadto w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zespół POZ współpracuje również z osobami udzielającymi pacjentowi świadczeń specjalistycznych (m.in. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki długoterminowej), z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta

i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak również przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół oraz innych jednostek (np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania) w zakresie zachowania zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie populacji, w tym edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych. Ponadto zobowiązano lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego leczących świadczeniobiorców w poradniach specjalistycznych do pisemnego informowania kierującego świadczeniobiorcę lekarza POZ o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Współpraca, zarówno w ramach POZ, jak i z pozostałymi częściami systemu ochrony zdrowia, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych.

Źródłem finansowania POZ jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Podstawę finansowania POZ stanowi roczna stawka kapitacyjna. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że w większości państw europejskich stawka kapitacyjna uzupełniana jest metodą opłaty za usługę lub płatnością za wyniki leczenia. Taki system finansowania obowiązuje w Anglii, Czechach, Danii, Estonii, Holandii, na Litwie, w Rumunii, Słowacji, Słowenii, Szwecji i we Włoszech. Wśród wszystkich badanych państw jedynie Polska i Hiszpania stosują wyłącznie stawkę kapitacyjną. W Australii, Francji, Niemczech i USA przychody uzależnione są od udzielonych świadczeń²⁾. W kontekście powyższego planuje się wyodrębnienie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, w tym koordynatora (budżet powierzony). Ponadto planowane jest również wyodrębnienie dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny). Przy czym regulacje

²⁾ Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe: policy brief. London: The London School of Economics and Political Science; 2009 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en>, accessed 25 November 2016).

w przedmiotowym zakresie zostaną określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powyższe stanowi konsekwencję faktu, iż ustawa ta stanowi kompleksową regulację dotyczącą zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich zakresach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto zaproponowane w projekcie ustawy sposoby finansowania POZ zostaną szczegółowo zdefiniowane w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 i art. 31d ww. ustawy. Wskazane akty wykonawcze zawierające zmiany wynikające z nowego modelu organizacyjnego zostaną wydane po przeprowadzeniu programu pilotażowego wdrażanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Bankiem Światowym. Obowiązujący system finansowania POZ nie zachęca do przyjmowania proaktywnej postawy i koordynowania zarówno profilaktyki, jak i leczenia pacjentów. Zakładany sposób finansowania ma być systemem motywacyjnym, który powinien zagwarantować optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Zarówno płatnik, jak i świadczeniodawcy mają monitorować wyniki leczenia, jakość opieki i efektywność kosztową, w oparciu o wypracowane wskaźniki.

W Polsce brakuje obecnie ogólnosystemowego, utrwalonego podejścia do wspierania poprawy jakości POZ, w tym procesów ewaluacji i narzędzi do monitorowania, oceny, zwiększania i utrwalania efektywności udzielanych świadczeń. Zakłada się, że działania na rzecz poprawy jakości i skuteczności opieki będą realizowane systematycznie przez wspieranie podnoszenia jakości opieki sprawowanej w POZ. Zapewnianie jakości będzie zaplanowanym dynamicznym procesem opartym na przeglądzie aktualnie sprawowanej opieki oraz podejmowaniem działań mających na celu ciągłą poprawę standardu opieki nad pacjentem³⁾. Jednocześnie zostanie wdrożony zestaw działań monitorująco-oceniających, co wpisuje się w koncepcję projakościowego podejścia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Nowe regulacje pośrednio będą promować rozwijanie wewnętrznych systemów poprawy jakości. Świadczeniodawcy będą zobowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzania i organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzono fakultatywne upoważnienia do wydania rozporządzenia, określającego kryteria monitorowania

³⁾ Tomasik T, Windak A, Król Z, Jakobs M. „Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej”, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 1996 r.

jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W celu wsparcia inicjatyw oddolnych służących poprawie jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ planowane jest ogłoszenie w 2017 r. konkursu pn. „Jakość w podstawowej opiece zdrowotnej”, którego działania będą finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego.

W związku z objęciem projektowaną ustawą części zagadnień, które obecnie regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaistniała konieczność wprowadzenia w niej zmian, w tym w szczególności definicji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ oraz organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. W konsekwencji usunięcia art. 55 przeniesiono obowiązujące przepisy dotyczące nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zmienione ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), do działu Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Ponadto w art. 159 ww. ustawy, w konsekwencji projektowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, dookreślono zakres umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadzając możliwość wyodrębnienia dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie:

- 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);
- 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);
- 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).

Ponadto konsekwentnie rozszerzono zakres regulacji ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określony w art. 137 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, przez dookreślenie, iż w przypadku umów o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jego elementem jest również finansowanie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki zdrowotnej.

Ponadto, w związku ze zmianą definicji lekarza POZ, konieczne jest wprowadzenie zmian w przepisach następujących ustaw:

- 1) ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony (Dz. U. z 2017 r. poz. 1430);
- 2) ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.);
- 3) ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2062, z późn. zm.);
- 4) ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, z późn. zm.);
- 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.);
- 6) ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697 i 1292).

W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665, z późn. zm.), oprócz zmiany definicji lekarza POZ, na wniosek Ministra Sprawiedliwości, w art. 115 § 1a wprowadzono ograniczenie prawa wyboru osoby pozbawionej wolności dotyczące personelu medycznego w zakresie lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych. Proponowana zmiana ma na celu uporządkowanie i ujednolicenie przepisów, w kontekście przepisów dotyczących podmiotów leczniczych o szczególnej regulacji oraz odnoszących się do opieki medycznej osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych ujętych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, które stanowią *lex specialis* względem przepisów powszechnie obowiązujących regulujących tę problematykę. Rozwiązanie takie jest wskazane ze względu na specyfikę jednostek penitencjarnych oraz ze względu na konieczność ograniczania postaw roszczeniowych osób pozbawionych wolności.

Ponadto w ustawie o działalności leczniczej:

- 1) zagwarantowano osobom wykonującym zawód medyczny udzielającym świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym prawo do korzystania z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych;
- 2) na wniosek Ministra Obrony Narodowej, doprecyzowano delegację do określenia przez Ministra Obrony Narodowej, w drodze rozporządzenia, standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Zakłada się wejście w życie ustawy z dniem 1 grudnia 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) uchylenia w ustawie o świadczeniach przepisu zobowiązującego do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej lekarzy POZ nieposiadających specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub nieodbywających szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) przepisów dotyczących koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, budżetu powierzonego, opłaty zadaniowej i dodatku motywacyjnego, które wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r., przy czym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Przyjęte rozwiązania mogą mieć wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców w zakresie zobowiązania do wprowadzania programów poprawy jakości, co przyczyni się do poprawy zarządzania i organizacji pracy, a w konsekwencji jakości opieki nad pacjentem.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i nie podlega notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Nazwa projektu: Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące: Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Zbigniew J. Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Beata Rorant, Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, tel. (22) 63 49 277, dep-oz@mz.gov.pl	Data sporządzenia: 16.08.2017 r. Źródło: potrzeba pilnego ponownego zdefiniowania roli i miejsca podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia oraz poprawa jej organizacji i funkcjonowania Nr w wykazie prac Rady Ministrów: UD160
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Problemy w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

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

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

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

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

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ współpracują ze sobą, z zachowaniem samodzielności zawodowej. Ponadto współpracują z innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców, oraz specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetyk, psycholog), jak również przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia, dyrektorami szkół oraz innych jednostek (np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania). Zmodyfikowano zasady dotyczące prawa wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiając świadczeniobiorcy wybór lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ u tego samego świadczeniodawcy albo lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ będących świadczeniodawcami, tworzących zespół POZ. Do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeniobiorca, dokonując wyboru, może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ na dotychczasowych zasadach. Planowane jest wyodrębnienie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środków przeznaczonych na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (budżet powierzony). Ponadto planowane jest również wyodrębnienie środków przeznaczonych na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).

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

Podstawowa opieka zdrowotna w ostatnich dekadach zaczęła odgrywać coraz istotniejszą rolę w systemach ochrony zdrowia w całej Europie. W wielu krajach istnieje dokładnie określona i publiczna strategia czy też jest dostępny szczegółowy plan, określający drogę rozwoju POZ, które są punktami odniesienia do oceny postępu. Wciąż są jednak państwa, w których nie istnieje dokładny plan rozwoju POZ, obejmujący udzielanie szerszego zakresu świadczeń i lepszą koordynację opieki zdrowotnej. Ujmując całościowo, silne zarządzanie POZ ma miejsce w Holandii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Portugalii, we Włoszech, w Danii, Norwegii, Słowenii, Rumunii, Estonii i na Litwie. Do grupy państw z najsłabszym zarządzaniem POZ zaliczane są Szwajcaria, Cypr, Luksemburg, Węgry, Islandia, Malta,

Słowacja, Irlandia oraz RP.

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

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

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

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

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	33 433 lekarzy, w tym 26 168 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zdefiniowanie roli i miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia, poprawa jej organizacji i funkcjonowania, a także wzmocnienie tej części systemu i stworzenie warunków do zwiększenia efektywności podstawowej opieki zdrowotnej.
Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	19 711 pielęgniarek, w tym 18 544 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	
Położne podstawowej opieki zdrowotnej	6050 położnych, w tym 5810 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	
Świadczeniobiorcy	38,4 mln osób	GUS (stan na 31 maja 2016 r.)	Poprawa satysfakcji z uzyskiwanej opieki, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń.

Narodowy Fundusz Zdrowia	1	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Zmiana modelu finansowania POZ.
--------------------------	---	--	---------------------------------

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

Nie były prowadzone pre-konsultacje.

W ramach 30-dniowych konsultacji publicznych i opiniowania projekt ustawy był opiniowany przez następujące podmioty:

- 1) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny: alergologii, anestezjologii i intensywnej terapii, angiologii, audiologii i foniatrii, balneologii i medycyny fizykalnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologii i wenerologii, diabetologii, diagnostyki laboratoryjnej, endokrynologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, fizjoterapii, gastroenterologii, gastroenterologii dziecięcej, geriatrii, ginekologii onkologicznej, hematologii, hipertensjologii, immunologii klinicznej, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, neurologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, pediatrii, pediatrii metabolicznej, perinatologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, reumatologii, stomatologii dziecięcej, urologii, urologii dziecięcej, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa diabetologicznego oraz pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
- 2) samorządy zawodów medycznych: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Aptekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) związki zawodowe i organizacje pracodawców: Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Związek Pracodawców – Business Centre Club, Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, Gdański Związek Pracodawców, Konfederację Lewiatan, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolską Konfederację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Polską Unię Szpitali Klinicznych, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Biuro Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 4) stowarzyszenia w ochronie zdrowia, w tym z te działające na rzecz pacjentów, tj. Federację Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Primum Non Nocere;
- 5) towarzystwa naukowe, tj. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Położnych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 6) uczelnie medyczne i instytuty, tj.: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Gdański Uniwersytet Medyczny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy

im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Narodowy Instytut Leków;

7) Radę Działalności Pożytku Publicznego, Radę Dialogu Społecznego i Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt ustawy został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).

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

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	NFZ											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Źródłem finansowania świadczeń z zakresu POZ będzie Narodowy Fundusz Zdrowia – z planu finansowego NFZ na 2017 r. wynika, że na POZ zaplanowano 9 924 407 tys. zł, co stanowi 13,5% planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Zakłada się sukcesywny, coroczny wzrost wydatków na POZ, tak aby w perspektywie 10 lat osiągnęły 20% wydatków NFZ na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z prognozowanymi dochodami NFZ. Świadczenia z zakresu POZ będą finansowane w ramach pozycji B2.1 Planu finansowego NFZ na rok 2017 i lata następne. Nie przewiduje się zmian w alokacji środków na poszczególne rodzaje świadczeń w ramach planu finansowego NFZ, przed zakończeniem programu pilotażowego i wprowadzeniem opieki koordynowanej. Decyzja o zmianie alokacji środków finansowych w ramach POZ zostanie podjęta po zakończeniu programu pilotażowego i przeprowadzeniu szczegółowej analizy skutków finansowych związanych z wdrożeniem opieki koordynowanej oraz w związku z zakładanym wprowadzaniem nowego modelu finansowania, uwzględnienie poszczególnych jego składowych w przygotowywanych corocznie planach finansowych NFZ, co zostanie uwzględnione w OSR odrębnego aktu prawnego. Alokacja środków nastąpi w ramach posiadanych przez NFZ środków zabezpieczonych w tych planach. Natomiast, odnosząc się do kwestii kalkulacji kosztów planowanego programu pilotażowego, przygotowywanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, we współpracy z Bankiem Światowym, zgodnie z wstępną oceną kosztów wdrożenia i realizacji przedmiotowego projektu, opracowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o kalkulację przedstawioną przez Bank Światowy do Modelu POZ+, kwota całkowitych kosztów została oszacowana na 370 274 380,00 zł, przy założeniu realizacji modelu w okresie 4 lat, przy											

	corocznym zwiększającym się wskaźniku udziału populacji w bilansach dorosłego człowieka oraz udziału osób ze zidentyfikowanymi chorobami przewlekłymi. Biorąc pod uwagę prezentowaną na Komitecie Monitorującym PO WER w dniu 1 marca 2017 r. Fiskę projektu pozakonkursowego „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap II Faza pilotażowa – model POZ+”, gdzie czas pilotażu został ograniczony do 2 lat, ogólna kalkulacja dla modelu POZ+, z wyłączeniem stawki kapitałowej, wygląda następująco: 1) środki na zarządzanie chorobą – 20 mln zł/rok (łącznie 40 mln zł na 2 lata); 2) środki z UE – 71 mln zł. Koszt całkowity programu pilotażowego został oszacowany na około 111 mln zł w okresie od IV kw. 2017 r. do IV kw. 2019 r., dla co najmniej 45 jednostek POZ spełniających podstawowe warunki realizacji pilotażu. Od 1 października 2020 r. planowane jest wyodrębnienie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (budżet powierzony). Ponadto planowane jest również wyodrębnienie środków przeznaczonych na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).
--	---

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	Przewiduje się, że projektowana regulacja będzie miała wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstw wynikający z przewidywanych bonusów motywacyjnych (opłata zadaniowa, dodatek motywacyjny), których wysokość będzie uzależniona od uzyskiwanych efektów (szczegółowe regulacje w tym zakresie będą wynikać z zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia). Zwiększy się liczba podmiotów realizujących świadczenia zarówno w ramach zespołów medycyny rodzinnej, jak i samodzielnych struktur, co wpłynie na zwiększoną konkurencyjność podmiotów leczniczych. Ponadto projektowana regulacja będzie miała wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstw w zakresie zobowiązania do wprowadzania programów poprawy jakości, co przyczyni się do poprawy zarządzania i organizacji pracy, a w konsekwencji jakości opieki nad pacjentem.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności pacjentów POZ, przez wprowadzenie opieki koordynowanej skutkującej poprawą organizacji opieki, w tym dzięki pracy zespołowej lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, jak również współpracy z innymi częściami systemu ochrony zdrowia (m.in. AOS, leczenie szpitalne, opieka długoterminowa).						
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.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Komentarz: Projektowana regulacja nieznacznie zwiększy obciążenia regulacyjne świadczeniodawców w zakresie zobowiązania do wprowadzania programów poprawy jakości i ich dokumentowania. Przyczyni się to jednak do poprawy zarządzania i organizacji pracy, a w konsekwencji jakości opieki nad pacjentem. Natomiast w pozostałym zakresie, z uwagi na dopuszczenie możliwości wykorzystania w POZ systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej oraz publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, przewiduje się zmniejszenie liczby dokumentów oraz usprawnienie procesu udzielania świadczeń.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana regulacja może mieć nieznaczny wpływ na rynek pracy. Przy czym należy zauważyć, iż zmiany dotyczące kwalifikacji personelu medycznego, polegające na oparciu podstawowej opieki zdrowotnej o wyłącznie medycynę rodzinną i pielęgniarstwo rodzinne, wejdą w życie od 2025 r. Do tego czasu wszyscy udzielający świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki i położne, wejdą do systemu bez konieczności uzyskania dodatkowych kwalifikacji. Ponadto lekarzem POZ będzie również lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii. Dodatkowo lekarze specjaliści w dziedzinach pediatrii i chorób wewnętrznych znajdą dodatkowo zatrudnienie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w związku z planowanym utworzeniem poradni pediatrycznych i internistycznych. Ponadto wprowadzenie wymogu wyznaczenia osoby, do której zadań należeć będzie organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie w sposób widoczny i ogólnodostępny informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, może również mieć nieznaczny wpływ na rynek pracy, przy czym należy zauważyć, iż decyzja o tym, kto na terenie danego zakładu leczniczego będzie odpowiadał za koordynację procesu leczenia, należy wyłącznie do świadczeniodawcy. Rolę taką może pełnić np. personel pielęgniarstwa lub inny wykwalifikowany personel medyczny lub niemedyczny, tzw. <i>care coordinator</i>, odpowiedzialny w danym zakładzie leczniczym za działania organizacyjno-techniczne, w szczególności umawianie wizyt, potwierdzanie realizacji kolejnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zapewnianie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☒ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowana regulacja będzie miała wpływ na sytuację i rozwój regionalny, przez zwiększenie liczby podmiotów udzielających świadczeń z zakresu POZ, w ramach zespołów medycyny rodzinnej lub samodzielnych struktur, a tym samym potencjału i liczby miejsc pracy z uwagi na zmianę organizacji opieki i zwiększenie roli POZ. Poza tym projektowana regulacja wpłynie na poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz przyczyni się do poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń. Projektowana regulacja może mieć nieznaczny wpływ na uczelnie, w których jest prowadzone kształcenie na kierunku studiów w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej (możliwość prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych oraz wdrażania ich wyników, a także prowadzenia działalności szkoleniowej i edukacyjnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej), natomiast pozostaje bez wpływu w części dotyczącej dotacji w tym zakresie.	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Planowane jest wejście w życie ustawy z dniem 1 grudnia 2017 r., z wyjątkiem: 1) uchylenia w ustawie o świadczeniach przepisu zobowiązującego do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej lekarzy POZ nieposiadających specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub nieodbywających szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia; 2) przepisów dotyczących koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, budżetu powierzonego i dodatku motywacyjnego, które wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r., przy czym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Ewaluacja efektów projektu będzie następować w sposób ciągły, w tym w przypadku programu pilotażowego z wykorzystaniem m.in. takich mierników jak liczba pacjentów objętych opieką, liczba pacjentów, którym wykonano badania przewidziane programem, liczba pacjentów objętych działaniami edukacyjnymi, liczba konsultacji specjalistycznych w trybie lekarz – lekarz, liczba konsultacji specjalistycznych w trybie lekarz – pacjent, liczba e-konsultacji, odsetek pacjentów, którym udzielono świadczeń zgodnie z przyjętym w indywidualnym planie opieki harmonogramie, czas oczekiwania na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.

Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) *projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej* został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204) projekt ustawy został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

W ramach konsultacji publicznych projekt został przesłany do zaopiniowania przez podmioty wskazane w pkt 5 OSR.

W konsultacjach publicznych zgłoszono następujące uwagi:

- 1) propozycja rozszerzenia zakresu przedmiotowego ustawy (Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy) – uwaga nieuwzględniona;
- 2) propozycja zmiany definicji podstawowej opieki zdrowotnej (Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Aptekarska, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza) – uwaga częściowo uwzględniona. Definicja została przeredagowana przez wskazanie, iż POZ jest miejscem pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, wskazując jednocześnie wyłączenia (stany nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach);
- 3) propozycje modyfikacji celów POZ (Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie, Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Naczelna Izba Lekarska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy) – uwaga częściowo uwzględniona. Przepis został przeredagowany oraz rozszerzony o cel dotyczący zapewnienia edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej;

- 4) propozycje dookreślenia koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, Maria Woźniak NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – Położniczy Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana –AM s.c., Krajowy Związek Podmiotów Lecznicznych w Rzeszowie, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Aptekarska) – uwaga uwzględniona poprzez wprowadzenie definicji koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą oraz określenie zadań lekarza POZ oraz pielęgniarki i położnej POZ w ramach koordynacji;
- 5) propozycje rozszerzenia definicji lekarza POZ o lekarza pediatrę (Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej; Polska Unia Szpitali Klinicznych, SP ZOZ MEDKOL, Polskie Towarzystwo Położnych, Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego w Krakowie, Fundacja – Instytut Wspomagania Rozwoju Dziecka oraz Fundacja JiM, Fundacja Jaś i Małgosia) – propozycja częściowo uwzględniona. Definicję lekarza POZ rozszerzono o lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, wskazując jednocześnie, iż może on sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą wyłącznie do ukończenia 7r.ż.;
- 6) propozycje zmiany definicji pielęgniarki POZ (Krajowy Związek Podmiotów Lecznicznych w Rzeszowie, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, Maria Woźniak NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek

„zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana – AM s.c.) – propozycje częściowo uwzględnione. POZ została oparta na pielęgniarstwie rodzinnym;

- 7) propozycje zmiany definicji położnej POZ (Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, Maria Woźniak NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana – AM s.c.) – propozycje częściowo uwzględnione. POZ została oparta na pielęgniarstwie rodzinnym;
- 8) propozycje zmiany zasad wyboru świadczeniodawcy POZ (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, Maria Woźniak NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana – AM s.c., Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”, Krajowy Związek Podmiotów Leczniczych w Rzeszowie, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Naczelna Izba Lekarska, Biuro Federacji Porozumienie Zielonogórskie, Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego) – uwagi częściowo uwzględnione poprzez wskazanie modelu docelowego (oparcie wyboru świadczeniodawcy o zespół POZ);
- 9) propozycje zmiany zakresu informacji zawartych w deklaracji wyboru (Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców

Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Naczelna Izba Lekarska, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, Maria Woźniak NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana – AM s.c., Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza) – uwagi częściowo uwzględnione. Wprowadzono fakultatywność numeru telefonu oraz adresu e-mail, zrezygnowano z pola miejsce nauki oraz dodano informacje dotyczące przedstawiciela ustawowego;

- 10) propozycje zdefiniowania zespołu POZ oraz wskazania jego koordynatora (Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, Maria Woźniak NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – Położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana –AM s.c., Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Naczelna Izba Aptekarska) – uwagi uwzględnione;
- 11) propozycje dookreślenia zadań lekarza, pielęgniarki POZ i położnej POZ (Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórski, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Ogólnopolski Związek

Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – Położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo/ Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana –AM s.c., Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy) – uwagi uwzględnione;

- 12) propozycje umożliwienia uczelniom medycznym podejmowania programów badawczo-rozwojowych (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego) – uwagi uwzględnione;
- 13) propozycja dookreślenia współpracy w POZ (Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – Położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo/ Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i Położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska – Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny – Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., mGrupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana – AM s.c., Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego) – uwagi częściowo uwzględnione poprzez rozszerzenie współpracy o pielęgnowanie. Ponadto wskazano, iż lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ, na

liście których znajduje się świadczeniobiorca, są zobowiązani do wydania skierowania na realizację zabiegów i procedur medycznych, w zakresie posiadanych kompetencji;

- 14) propozycja określenia zadań pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania (Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych
– Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP) – uwagi nieuwzględnione. Szczegółowe kwestie związane z medycyną szkolną zostaną określone w ustawie o zdrowiu dzieci i młodzieży;
- 15) propozycja dookreślenia zasad sprawowania opieki zintegrowanej (SP ZOZ MEDKOL, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, Maria Woźniak NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – Położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., mGrupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana – AM s.c., Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Krajowy Związek Podmiotów Lecznicych w Rzeszowie, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Lider Projektu Obywatele dla Zdrowia, Naczelna Izba Lekarska, Konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu) – w związku ze zmianą projektu ustawy po konsultacjach, skutkującą odejściem od opieki zintegrowanej, oraz zastąpieniem jej nowymi zasadami dla opieki realizowanej w ramach koordynacji – przedmiotowe uwagi stały się bezprzedmiotowe;
- 16) propozycja dookreślenia podstawy finansowania POZ (Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców

Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Krajowy Związek Podmiotów Leczniczych w Rzeszowie) – uwaga uwzględniona;

- 17) propozycja dookreślenia proponowanych sposobów finansowania POZ (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego, Krajowy Związek Podmiotów Leczniczych w Rzeszowie, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina „ R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – Położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo/Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska - Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana –AM s.c., SP ZOZ MEDKOL, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, NSZZ SOLIDARNOŚĆ, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu) – uwagi nieuwzględnione. Kwestie związane z finansowaniem POZ zostaną określone po zakończeniu programu pilotażowego;
- 18) propozycja wprowadzenia obligatoryjnego upoważnienia dla Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, kryteriów monitorowania jakości świadczeń z zakresu POZ (Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Polskie Towarzystwo Położnych, NSZZ SOLIDARNOŚĆ, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego) – uwaga nieuwzględniona. Sprzeczna z intencją;
- 19) propozycja dookreślenia zasad prowadzenia programów poprawy jakości (Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych,

Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego) – uwagi częściowo uwzględnione. Określono czasokres uczestnictwa w programach poprawy jakości (raz na pięć lat) oraz wskazano, iż monitorowanie ich realizacji będzie pozostawało w kompetencjach instytutu;

- 20) propozycja uwzględnienia praw nabytych na podstawie art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1172) (Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w Gdańsku, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Pracodawcy Zdrowia, Lubuski Związek Lekarzy Pracodawców POZ Porozumienie Zielonogórskie, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, Małopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia PZ, Kujawsko – Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „PRO HOMINE”, Warmińsko-Mazurski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Podkarpackie Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego) – uwaga uwzględniona. Przepis przereagowano. Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych (I lub II stopnia lub tytuł specjalisty) lub I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej uzyskują prawo do udzielania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, jeśli udzielali tych świadczeń przed dniem 31 grudnia 2024 r.;
- 21) propozycja uwzględnienia w przepisach przejściowych pielęgniarki posiadającej kurs kwalifikacji lub specjalizację lub pielęgniarki w trakcie kursu kwalifikacyjnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, jak również wydłużenia okresu przejściowego do 2025 r. (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu) – uwaga uwzględniona;
- 22) propozycja wprowadzenia fakultatywności opieki koordynowanej, finansowanej w ramach budżetu powierzonego (Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia) – uwaga nieuwzględniona. Sprzeczna z intencją;
- 23) propozycja zachowania ważności aktów wykonawczych (Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce; Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Pielęgniarki G.P.P SEPTIMA, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Pile, NZOZ Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych Panaceum, Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „Rodzina” R. Gordon, A. Wojtkowiak, B. Marek i Partnerzy w Ostrowie Wielkopolskim, Niepubliczny Zakład Opieki Pielęgniarskiej „Życie”, Grupowa Praktyka Pielęgniarska NASZE ZDROWIE w Żerkowie, Centrum Opieki Pielęgniarskiej Spółka Partnerska, Pielęgniarsko – położny Ośrodek Medycyny środowiskowo-rodzinnej, Systema s.c., Femina s.c. Medyczny Ośrodek Położnych Środowiskowo-Rodzinnych w Poznaniu, Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne z PRAKTYKI, Pielęgniarki i Położne Remedium Maria Artuszevska – Nowicka i partnerzy spółka partnerska, Położniczy Ośrodek Medycyny - Rodzinnej NOWE ŻYCIE, Zespół Położnych Środowiskowo-Rodzinnych „Nowe Życie” s.c., Grupowa Praktyka Pielęgniarek i Położnych „POMOC”; Grupowa Praktyka Pielęgniarek „Uśmiech”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „VENA”, Grupowa Praktyka Pielęgniarek „zdrowie”, Panaceum Kuliś Groch Kokolus Pielęgniarska sp. Partnerska, Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych C.T. Słomiana – AM s.c., Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu) – propozycja nieuwzględniona. Konieczność wydania nowych aktów wykonawczych wynika z zasad techniki prawodawczej.



Minister
Spraw Zagranicznych

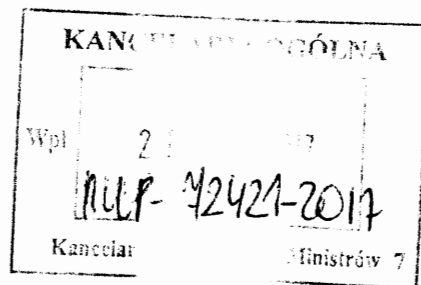
DPUE.920.769.2017 / 14 / MM

dot.: RM-10-101-17 z 16.08.2017 r.

KPRM



Warszawa, 18 sierpnia 2017 r.



Pani
Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia
o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej,
wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii
Europejskiej

Szanowna Pani Minister,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

zup. Ministra Spraw Zagranicznych
Joanna Wronecka
Podsekretarz Stanu
Joanna Wronecka

Do wiadomości:

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
Departament Rady Ministrów
Minister Zdrowia

wpłynęło: 22-08-2017

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 10 ust. 8 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór deklaracji wyboru:

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą”, oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy, oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. Deklaracje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej złożone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 r. w sprawie zakresu wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 779), które utraci moc na podstawie art. 36 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...).

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia ... (poz. ...)

Załącznik nr 1

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
1. Imię				2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia				5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
dzień — miesiąc — rok -- - - - -				M / K									
7. Adres miejsca zamieszkania													
Ulica				Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)													
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)													
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego NFZ					
12. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona)													
Imię		Nazwisko				Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania													
Ulica				Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
..... (data)								 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)					

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:

.....
(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma) i adres siedziby)

.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy ☐ po raz drugi³⁾ ☐ po raz kolejny³⁾

.....
(informacja czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia ...
o podstawowej opiece zdrowotnej)

.....
(data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

.....
(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy ☐ po raz drugi³⁾ ☐ po raz kolejny³⁾

.....
(powód wyboru)

.....
(data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 lub art. 33 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej).
- ³⁾ W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmianę miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub zmianę lekarza POZ, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra, osiągnął 7 rok życia, a do dnia 31 grudnia 2024 r., 18 rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- ⁴⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej).

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

IV. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
13. Imię	14. Nazwisko				15. Nazwisko rodowe								
16. Data urodzenia	17. Płeć	18. Numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość											
dzień — miesiąc — rok — - - - -	M / K												
19. Adres miejsca zamieszkania													
Ulica				Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
20. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)													
21. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)													
22. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego¹⁾										23. Kod oddziału wojewódzkiego NFZ			
24. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona)													
Imię		Nazwisko				Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania													
Ulica				Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
(data)							(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)						

V. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:

.....
(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma) i adres siedziby)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy ☐ po raz drugi³⁾ ☐ po raz kolejny³⁾

.....
(informacja czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia ...
o podstawowej opiece zdrowotnej)

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

VI. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

.....
(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy ☐ po raz drugi³⁾ ☐ po raz kolejny³⁾

.....
(powód wyboru)

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 lub art. 33 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej).
- ³⁾ W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmianą miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub zmianą lekarza POZ, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra, osiągnął 7 rok życia, a do dnia 31 grudnia 2024 r., 18 rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- ⁴⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej).

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

VII. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
25. Imię			26. Nazwisko				27. Nazwisko rodowe					
28. Data urodzenia			29. Płeć		30. Numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
dzień — miesiąc — rok — - - - -			M / K									
31. Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
32. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
33. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
34. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								35. Kod oddziału wojewódzkiego NFZ				
36. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona)												
Imię		Nazwisko					Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
Ulica			Numer domu / mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
..... (data)					 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)							

VIII. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:

.....
(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma) i adres siedziby)

.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy ☐ po raz drugi³⁾ ☐ po raz kolejny³⁾

.....
(informacja czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia ...
o podstawowej opiece zdrowotnej)

.....
(data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

IX. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

.....
(imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy ☐ po raz drugi³⁾ ☐ po raz kolejny³⁾

.....
(powód wyboru)

.....
(data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 lub art. 33 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej).
- ³⁾ W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmianą miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub zmianą lekarza POZ, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra, osiągnął 7 rok życia, a do dnia 31 grudnia 2024 r., 18 rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- ⁴⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej).

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 10 ust. 8 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...), zwanej dalej „ustawą”.

W związku z wejściem w życie ustawy zaistniał obowiązek wydania nowego rozporządzenia regulującego wzory deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, z uwagi na zmianę upoważnienia ustawowego.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia rozszerzono wzory deklaracji wyboru o dane dotyczące adres e-mail świadczeniobiorcy (pole nieobowiązkowe) oraz w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona dane dotyczące przedstawiciela ustawowego. Ponadto pole numer telefonu oznaczono jako nieobowiązkowe. W konsekwencji, wynikającej z art. 9 ust. 4 ustawy, możliwości dwukrotnej zmiany wyboru świadczeniodawcy w ciągu roku kalendarzowego oraz zwolnienia z opłaty za zmianę deklaracji wyboru w sytuacji, gdy świadczeniobiorcą, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra, osiągnął 7 rok życia, a do dnia 31 grudnia 2024 r., 18 rok życia, wynikającej z art. 9 ust. 5 ustawy, dokonano korekty wzorów deklaracji wyboru.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie nie jest sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Zbigniew J. Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Beata Rorant, Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, tel. (22) 63 49 277, dep-oz@mz.gov.pl	Data sporządzenia 10.08.2017 r. Źródło: Art. 10 ust. 8 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Konieczność wydania nowego rozporządzenia regulującego wzory deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wynika ze zmiany upoważnienia ustawowego.

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

Określono wzory deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

W stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 r. w sprawie zakresu wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 779), które utraci moc na podstawie art. 36 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...), wzory deklaracji wyboru rozszerzono o dane dotyczące adresu e-mail świadczeniobiorcy (pole nieobowiązkowe) oraz przedstawiciela ustawowego, w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona. Ponadto pole numer telefonu oznaczono jako nieobowiązkowe.

Ponadto w konsekwencji, wynikającej z art. 9 ust. 4 ustawy, możliwości dwukrotnej zmiany wyboru świadczeniodawcy w ciągu roku kalendarzowego oraz zwolnienia z opłaty za zmianę deklaracji w sytuacji, gdy świadczeniobiorcą, którego lekarzem POZ jest lekarz pediatra, osiągnął 7 rok życia, a do dnia 31 grudnia 2024 r., 18 rok życia, dokonano korekty wzorów deklaracji wyboru.

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

Nie dotyczy. Rozwiązania przyjęte w innych krajach pozostają bez wpływu na projektowaną regulację.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	33 433 lekarzy, w tym 26 168 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Neutralne. Deklaracje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej złożone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.
Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	19 711 pielęgniarek, w tym 18 544 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	
Położne podstawowej opieki zdrowotnej	6 050 położnych, w tym 5 810 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	
Świadczeniobiorcy	38,4 mln osób	GUS (stan na 31 maja 2016 r.)	

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

Nie były prowadzone prekonsultacje projektu rozporządzenia.

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

- 1) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny: alergologii, anestezjologii i intensywnej terapii, angiologii, audiologii i foniatrii, balneologii i medycyny fizykalnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologii i wenerologii, diabetologii, diagnostyki laboratoryjnej, endokrynologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, fizjoterapii, gastroenterologii, gastroenterologii dziecięcej, geriatrii, ginekologii onkologicznej, hematologii, hipertensjologii, immunologii klinicznej, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, neurologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, pediatrii, pediatrii metabolicznej, perinatologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, reumatologii, stomatologii dziecięcej, urologii, urologii dziecięcej, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa diabetologicznego oraz pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
- 2) samorządy zawodów medycznych: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Aptekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) związki zawodowe i organizacje pracodawców: Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, Gdański Związek Pracodawców, Konfederację Lewiatan, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolską Konfederację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Polską Unię Szpitali Klinicznych, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Biuro Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 4) stowarzyszenia w ochronie zdrowia, w tym z tymi działające na rzecz pacjentów, tj. Federację Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Primum Non Nocere;
- 5) towarzystwa naukowe, tj. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Położnych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 6) uczelnie medyczne i instytuty, tj.: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Gdański Uniwersytet Medyczny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. Prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH,

Narodowy Instytut Leków;
7) Radę Działalności Pożytku Publicznego, Radę Dialogu Społecznego i Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.
Projekt ustawy zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).
Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).
Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione, po ich zakończeniu, w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

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												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety samorządu terytorialnego oraz budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												

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			
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe			
Niemierzalne				
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Przedmiotowa regulacja nie wpływa na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe. Deklaracje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej złożone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.			
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu				
☒ nie dotyczy				
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy		
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy		
Komentarz:				
9. Wpływ na rynek pracy				
Brak wpływu.				
10. Wpływ na pozostałe obszary				
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie		
Omówienie wpływu	Brak wpływu.			
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego				
Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nastąpi po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.				
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?				
Z uwagi na specyfikę regulacji, nie przewiduje się ewaluacji jej efektów.				
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)				
Brak.				

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki
podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 13 ust. 4 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Ustala się zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, który określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567), które utraci moc na podstawie art. 36 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...).

**Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia ... (poz. ...)**

Załącznik nr 1

Zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „lekarzem POZ”, planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych). Lekarz POZ koordynuje udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie posiadanych kompetencji.

2. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:

- 1) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 2) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania;
- 3) innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców;
- 4) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

3. W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy lekarz POZ:

- 1) prowadzi edukację zdrowotną;
- 2) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 3) uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej;
- 4) rozpoznaje środowisko świadczeniobiorcy.

4. W zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz POZ:

- 1) identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie;
- 2) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych świadczeniobiorcy, zapewnia wykonywanie szczepień oraz informuje o szczepieniach zalecanych;

- 3) uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych;
- 4) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych.

5. W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób lekarz POZ:

- 1) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) informuje świadczeniobiorcę o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia;
- 3) przeprowadza badanie podmiotowe świadczeniobiorcy zgodnie z wiedzą medyczną;
- 4) przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej;
- 5) wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych i obrazowych;
- 6) kieruje świadczeniobiorcę na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
- 7) kieruje świadczeniobiorcę do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
- 8) dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców;
- 9) orzeka o stanie zdrowia świadczeniobiorcy w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną.

6. W zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz POZ:

- 1) planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 2) planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy;
- 3) zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne;
- 4) wykonuje lub zleca wykonanie zabiegów i procedur medycznych;
- 5) kieruje świadczeniobiorcę do wykonania zabiegów i procedur medycznych do innych świadczeniodawców;

- 6) kieruje do oddziałów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
- 7) kieruje do pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej;
- 8) kieruje do leczenia uzdrowiskowego;
- 9) orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki;
- 10) integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do jego świadczeniobiorcy przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

7. W zakresie działań mających na celu rehabilitację i usprawnianie świadczeniobiorcy lekarz POZ:

- 1) wykonuje stosownie do posiadanych kompetencji i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną zabiegi i procedury rehabilitacyjne;
- 2) zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez świadczeniodawców;
- 3) zleca wydanie świadczeniobiorcy wyrobów medycznych.

8. Przepisy ust. 1–7 nie naruszają praw i obowiązków lekarza POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

Załącznik nr 2

Zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Część I

1. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, zwana dalej „pielęgniarką POZ”, i położna podstawowej opieki zdrowotnej, zwana dalej „położną POZ”, planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską, opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, w zakresie:

- 1) promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
- 2) świadczeń pielęgnacyjnych;
- 3) świadczeń diagnostycznych;
- 4) świadczeń leczniczych;
- 5) świadczeń rehabilitacyjnych.

Część II

A. Zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

1. Pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską w zakresie posiadanych kompetencji nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielenia świadczenia, obejmując opieką:

- 1) zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, z wyłączeniem noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
- 2) osoby niepełnosprawne.

2. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z:

- 1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, zwanym dalej „lekarzem POZ”;
- 2) położną POZ ;
- 3) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną;
- 4) pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;
- 5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;
- 6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;
- 7) rodziną lub opiekunami świadczeniobiorcy.

3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują:

- 1) rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców;
- 2) rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców;
- 3) prowadzenie edukacji zdrowotnej;
- 4) prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia;
- 5) monitorowanie rozwoju dziecka;
- 6) realizację programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej i profilaktyki chorób;
- 7) prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego;
- 8) organizację grup wsparcia;
- 9) profilaktykę chorób wieku rozwojowego;
- 10) edukację w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz informacje o szczepieniach zalecanych.

4. Świadczenia pielęgnacyjne obejmują:

- 1) realizację opieki pielęgnacyjnej u świadczeniobiorców w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgnarskiej;
- 2) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych;
- 3) przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.

5. Świadczenia diagnostyczne obejmują:

- 1) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych;
- 2) wykonywanie badania fizykalnego;
- 3) wykonywanie podstawowych parametrów życiowych i ich ocenę oraz interpretację;
- 4) ocenę stanu ogólnego chorego, w tym poprzedzającą wizytę u lekarza POZ, oraz procesu jego zdrowienia;
- 5) ocenę jakości życia i wydolności psychofizycznej świadczeniobiorcy;
- 6) wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej;
- 7) wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium w oparciu o zestawy i aparaturę przeznaczoną do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy;

- 8) ocenę i monitorowanie bólu;
- 9) ocenę wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny;
- 10) pobieranie materiału do badań diagnostycznych;
- 11) wystawianie skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta – zgodnie z wymogami art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251).

6. Świadczenia lecznicze obejmują:

- 1) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 2) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza, w tym wykonywanie iniekcji domięśniowych, dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych;
- 3) zakładanie opatrunków na rany, odleżyny i oparzenia;
- 4) cewnikowanie pęcherza moczowego i usuwanie cewnika;
- 5) płukanie pęcherza moczowego;
- 6) wykonywanie wlewów lub wlewek doodbytniczych;
- 7) w porozumieniu z lekarzem wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i trudno gojących się ranach;
- 8) zdejmowanie szwów;
- 9) wykonywanie inhalacji;
- 10) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna;
- 11) ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych;
- 12) dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego;
- 13) doraźną modyfikację dawki leków przeciwbólowych, w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z wykazem leków, do podawania których jest uprawniona pielęgniarka;
- 14) zgodnie z wymogami art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej:
 - a) ordynowanie leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawianie na nie recept,

b) ordynowanie określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zleceń albo recept.

7. Świadczenia rehabilitacyjne obejmują:

- 1) rehabilitację przyłóżkową w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia;
- 2) usprawnianie ruchowe;
- 3) drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej;
- 4) ćwiczenia ogólnousprawniające;
- 5) ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku.

B. Zakres zadań położnej podstawowej opieki zdrowotnej

1. Położna POZ w zakresie posiadanych kompetencji realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną obejmującą:

- 1) edukację w zakresie planowania rodziny;
- 2) opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu;
- 3) opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia;
- 4) opiekę w chorobach ginekologicznych;
- 5) opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.

2. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej położna POZ współpracuje z:

- 1) lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych w zakresie jej zadań;
- 2) lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;
- 3) pielęgniarką POZ;
- 4) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania;
- 5) pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;
- 6) położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej;
- 7) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców;
- 8) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują:

- 1) edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety;
- 2) przygotowania do porodu z uwzględnieniem porodu rodzinnego;
- 3) poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie ciąży i połogu;

- 4) poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
- 5) poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią;
- 6) kształtowanie postaw rodzicielskich;
- 7) edukację i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie i metod regulacji płodności;
- 8) profilaktykę chorób ginekologicznych i patologii położniczych;
- 9) edukację kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego;
- 10) edukację w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową;
- 11) profilaktykę chorób wieku rozwojowego;
- 12) edukację w zakresie szczepień ochronnych.

4. Świadczenia pielęgnacyjne obejmują:

- 1) planowanie, realizację i ocenę opieki pielęgnacyjnej nad:
 - a) kobietą w okresie ciąży, porodu i porożu,
 - b) noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia,
 - c) kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi;
- 2) przygotowanie i wspieranie rodziny w opiece świadczonej na rzecz noworodka, niemowlęcia i kobiety;
- 3) przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji.

5. Świadczenia diagnostyczne obejmują:

- 1) przeprowadzanie wywiadu środowiskowego lub rodzinnego;
- 2) monitorowanie rozwoju ciąży fizjologicznej;
- 3) wykonywanie badania położniczego u kobiet;
- 4) ocenę relacji rodziny z noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia;
- 5) monitorowanie przebiegu porożu i rozwoju noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
- 6) obserwację i ocenę rozwoju psychoruchowego noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego;
- 7) wykonywanie pomiarów u kobiety i noworodka oraz ocenę tych pomiarów;

- 8) u noworodka ocenę poziomu bilirubiny w oparciu o topografię zażółcenia według schematu Kramera oraz pobieranie materiału do testów przesiewowych w kierunku wykrycia chorób metabolicznych;
- 9) wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium w oparciu o zestawy i aparaturę przeznaczoną do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy;
- 10) pobieranie materiału do badań diagnostycznych;
- 11) wystawianie skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta – zgodnie z wymogami art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

6. Świadczenia lecznicze obejmują:

- 1) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 2) udzielanie pomocy położniczej i neonatologicznej w stanach nagłych do czasu przybycia lekarza;
- 3) przyjmowanie porodu nagłego w warunkach domowych;
- 4) zabezpieczenie naciętego lub pękniętego krocza;
- 5) udzielanie pomocy w okresie laktacji;
- 6) wykonywanie zabiegów leczniczych, w tym:
 - a) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza, w tym wykonywanie iniekcji domięśniowych, dożylnych, podskórnych i śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych,
 - b) zdejmowanie szwów,
 - c) cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet, usuwanie cewnika, płukanie pęcherza moczowego,
 - d) wykonywanie wlewów lub wlewek doodbytniczych,
 - e) płukanie pochwy,
 - f) leczenie i opatrywanie oparzeń, ran oraz odleżyn we współpracy z pielęgniarką POZ,
 - g) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna;
- 7) ustalanie diety kobiety zgodnie z potrzebami;

- 8) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego, w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z wykazem leków, do podawania których uprawniona jest położna;
 - 9) zgodnie z wymogami art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej:
 - a) ordynowanie leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawianie na nie recept,
 - b) ordynowanie określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zleceń albo recept.
7. Świadczenia rehabilitacyjne obejmują:
- 1) ćwiczenia usprawniające w ciąży, porożu i schorzeniach ginekologicznych;
 - 2) wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety;
 - 3) prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej i przygotowującej do porożu oraz porożu.

Część III

Przepisy załącznika nie naruszają praw i obowiązków pielęgniarki POZ i położnej POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13 ust. 4 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...), zwanej dalej „ustawą”.

W związku z wejściem w życie ustawy zaistniał obowiązek wydania nowego rozporządzenia regulującego zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza POZ), pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarki POZ) i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (położnej POZ), z uwagi na zmianę treści upoważnienia ustawowego zawartego w art. 55 ust. 6 ustawy. Zgodnie z przepisem przejściowym art. 41 ustawy, przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 55 ust. 6 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.) zachowały moc nie dłużej niż przez okres 24 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do dnia 1 lipca 2019 r.

Zgodnie z opinią świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, w chwili obecnej nie zachodzi potrzeba wprowadzania zmian merytorycznych w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia, z uwagi na fakt, iż dotychczasowe rozporządzenie regulujące przedmiotowy zakres zostało podpisane w dniu 21 września 2016 r.

Usunięto przepis dotyczący pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z uwagi na fakt iż przedmiotowa regulacja nie dotyczy przedmiotowego obszaru regulacji. Ponadto regulacja dotycząca współpracy zespołu POZ, w tym poszczególnych jego członków z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania została zawarta w przepisach ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie nie jest sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Zbigniew J. Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Beata Rorant, Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, tel. (22) 63 49 277, dep-oz@mz.gov.pl	Data sporządzenia 18.04.2017 r. Źródło: Art. 13 ust. 4 ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Konieczność wydania nowego rozporządzenia regulującego zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wynika ze zmiany upoważnienia ustawowego.

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

Określono zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Zgodnie z opinią świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, w chwili obecnej nie zachodzi potrzeba wprowadzania zmian merytorycznych w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia, z uwagi na fakt, iż dotychczasowe rozporządzenie regulujące przedmiotowy zakres zostało wydane w dniu 21 września 2016 r.

Usunięto przepis dotyczący pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z uwagi na fakt iż przedmiotowa regulacja nie dotyczy przedmiotowego obszaru regulacji. Ponadto regulacja dotycząca współpracy zespołu POZ, w tym poszczególnych jego członków z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania została zawarta w przepisach ustawy z dnia ... o podstawowej opiece zdrowotnej.

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

Nie dotyczy. Rozwiązania przyjęte w innych krajach pozostają bez wpływu na projektowaną regulację.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	33 433 lekarzy, w tym 26 168 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Bez zmian.
Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	19 711 pielęgniarek, w tym 18 544 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	
Położne podstawowej opieki zdrowotnej	6 050 położnych, w tym 5 810 posiadających uprawnienia do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców	Narodowy Fundusz Zdrowia	

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

Nie były prowadzone prekonsultacje projektu rozporządzenia.

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

- 1) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny: alergologii, anestezjologii i intensywnej terapii, angiologii, audiologii i foniatrii, balneologii i medycyny fizykalnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologii i wenerologii, diabetologii, diagnostyki laboratoryjnej, endokrynologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, fizjoterapii, gastroenterologii, gastroenterologii dziecięcej, geriatrii, ginekologii onkologicznej, hematologii, hipertensjologii, immunologii klinicznej, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, neurologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, pediatrii, pediatrii metabolicznej, perinatologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, reumatologii, stomatologii dziecięcej, urologii, urologii dziecięcej, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa diabetologicznego oraz pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
- 2) samorządy zawodów medycznych: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Aptekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) związki zawodowe i organizacje pracodawców: Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, Gdański Związek Pracodawców, Konfederację Lewiatan, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolską Konfederację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Ogólnopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Polską Unię Szpitali Klinicznych, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Biuro Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 4) stowarzyszenia w ochronie zdrowia, w tym z tymi działające na rzecz pacjentów, tj. Federację Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Primum Non Nocere;
- 5) towarzystwa naukowe, tj. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Położnych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 6) uczelnie medyczne i instytuty, tj.: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Gdański Uniwersytet Medyczny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego, Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Żywności i Żywnienia im. Prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Narodowy Instytut Leków;

7) Radę Działalności Pożytku Publicznego, Radę Dialogu Społecznego i Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt ustawy zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbinglej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).

Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).

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

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													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety samorządu terytorialnego oraz budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń													

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							

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Przedmiotowa regulacja nie wpływa na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz:		
9. Wpływ na rynek pracy		
Brak wpływu.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Brak wpływu.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nastąpi po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Z uwagi na specyfikę regulacji, nie przewiduje się ewaluacji jej efektów.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		