

Nazwa projektu

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu

Katarzyna Głowała, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Elżbieta Jazgarska, Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji, tel. (22) 634-95-10, e.jazgarska@mz.gov.pl

Data sporządzenia

8.05.2018 r.

Źródło:

Inicjatywa Ministra Zdrowia

Nr w wykazie prac Rady Ministrów:

UD383

OCENA SKUTKÓW REGULACJI**1. Jaki problem jest rozwiązywany?**

Mając na uwadze potrzebę stałego dążenia do optymalizacji systemu ochrony zdrowia w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, zidentyfikowane zostały istotne problemy wymagające wprowadzenia stosownych zmian w obowiązujących przepisach.

Jednym z nich jest niewystarczające finansowanie ochrony zdrowia wynikające ze zbyt niskiego dotychczas poziomu i dynamiki wzrostu nakładów na finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych wobec stale rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne na skutek starzenia się społeczeństwa oraz rosnących kosztów tych usług z uwagi na rozwój technologii medycznych. W celu rozwiązania tego problemu w 2017 r. uchwalona została ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), która zagwarantowała wzrost nakładów na ochronę zdrowia do wysokości 6% PKB do 2025 r. Drugim bardzo istotnym problemem mającym wpływ na dostępność do świadczeń jest od lat występujący problem niedostatecznej dostępności kadry lekarskiej na rynku pracy.

Ustawa przewiduje rozwiązania dotyczące lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne jak również lekarzy specjalistów zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W zakresie lekarzy rezydentów ustawa przewiduje rozwiązania, które zapobiegą niewykonywaniu przez lekarzy rezydentów zawodu w kraju po zakończeniu specjalizacji.

Ponadto, ustawa wprowadza rozwiązania mające na celu uregulowanie kwestii wynagrodzenia za dyżury medyczne lekarzy rezydentów. Obecnie jednostki akredytowane ponoszą koszty dyżurów lekarzy rezydentów z własnych środków. W związku z powyższym, zdarza się, że lekarze rezydenci faktycznie nie realizują tej części programu szkolenia, zwłaszcza w przypadku dyżurów w trakcie stażów kierunkowych, kiedy to przebywają poza jednostką macierzystą lub są to wyłącznie dyżury towarzyszące, często niekorzystnie opłacane. Ponadto, obecnie stawki za dyżury medyczne lekarzy rezydentów, określane na podstawie odrębnej umowy, są bardzo zróżnicowane w skali całego kraju co spotyka się z negatywną opinią środowiska. Konieczność ponoszenia kosztów dyżurów medycznych przez jednostki akredytowane powoduje, że podmioty lecznicze nie ubiegają się o akredytację tak licznie, jak tego wymaga sytuacja sektora ochrony zdrowia, zwłaszcza, że jednostki szkolące nie otrzymują środków finansowych na koszty kształcenia lekarzy, za wyjątkiem wynagrodzenia z tytułu umowy o parcę. Zatem identyfikuje się deficyt miejsc szkoleniowych w wielu dziedzinach medycyny. Ponadto, dwójsty sposób wynagradzania lekarzy, tj. podstawowe wynagrodzenie ze środków przekazanych na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia, dyżury medyczne ze środków własnych podmiotu leczniczego na podstawie dwóch odrębnych umów powoduje liczne wątpliwości natury prawnej, technicznej oraz organizacyjnej.

Odnosnie do lekarzy specjalistów to problem ich braku dotyka w znacznym stopniu kluczowych - z punktu widzenia zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej - podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych. Ta grupa podmiotów w sposób szczególny odczuwa skutki zjawiska polegającego na podejmowaniu przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku podmiotach leczniczych równolegle, którego skutkiem jest brak możliwości lub brak zainteresowania wykonywaniem pracy w ramach dyżuru medycznego u swojego podstawowego pracodawcy. Ograniczenie możliwości zapewnienia pacjentom opieki przez „własnych” lekarzy specjalistów przy wykorzystaniu dyżuru medycznego powoduje konieczność zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych lekarzy, dla których dany podmiot leczniczy jest jedynie dodatkowym miejscem pracy, co skutkuje brakiem ciągłości – pod względem personalnym - sprawowania opieki lekarskiej nad pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.

Jednym z podstawowych powodów wskazywanych jako przyczyna braku zainteresowania lekarzy specjalistów podejmowaniem pracy tylko u jednego pracodawcy jest niewystarczający poziom wynagrodzeń, skutkujący podejmowaniem decyzji o zawieraniu dodatkowego zatrudnienia u innego pracodawcy w przedziale czasowym, w którym lekarze ci mogliby udzielać świadczeń u swojego podstawowego pracodawcy w ramach np. dyżurów medycznych.

Według danych przyjętych do wyliczenia skutku wejścia w życie niniejszej regulacji grupa lekarzy specjalistów zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami, które zawarły z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i którzy to lekarze uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń, a ich wynagrodzenia zasadnicze są niższe niż 6750 zł odpowiada liczbie ok. 21 900 pełnych etatów (na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych

Ochrony Zdrowia). Stanowi to ok. 87,5% wszystkich etatów przeliczeniowych lekarzy specjalistów zatrudnionych w tych podmiotach leczniczych.

W celu rozwiązania tego problemu w ostatnich latach podejmowano szereg działań, które miały na celu zwiększenie liczby lekarzy przez zwiększenie naboru na studia medyczne, liczby lekarzy specjalistów przez poprawę warunków uzyskiwania specjalizacji, czy uatrakcyjnienie pracownikom zatrudnionym w podmiotach leczniczych wykonywania zawodu medycznego przez zagwarantowanie minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. poz. 1473).

Uznając jednak potrzebę podejmowania dalszych działań w tym kierunku wyrażoną w podpisanym w dniu 8 lutego 2018 r. porozumieniu Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL, zakłada się m. in. przyspieszenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, wprowadzenie – pod warunkiem zobowiązania się lekarza rezydenta do przepracowania w Rzeczypospolitej Polskiej łącznie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego – wliczanego do wynagrodzenia zasadniczego określonego dodatku, przekazanie środków finansowych na podwyższenie wynagrodzeń lekarzy specjalistów do wysokości 6750 zł pod warunkiem złożenia odpowiedniego zobowiązania.

Kolejnym problemem jest konieczność zapewnienia warunków do niezakłóconego i należytego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy i lekarzy dentyistów. Obecnie zdarzają się sytuacje, w których lekarze i lekarze dentyści atakowani są fizycznie i werbalnie, a ataki te związane są z udzielaniem przez nich świadczeń zdrowotnych. Sytuacje te, a także stres związany z możliwością ich wystąpienia mają negatywny wpływ na warunki pracy lekarzy i lekarzy dentyistów oraz na jakość udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych. Jest to szczególnie odczuwalne w podmiotach wykonujących działalność leczniczą finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy z NFZ, jako zobowiązanych do udzielania świadczeń najszerzej grupie chorych.

Brak dostępu ministra właściwego do spraw zdrowia do danych dotyczących wynagrodzeń osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych utrudnia prowadzenie odpowiedniej polityki zdrowotnej również w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (brak danych do analizy i ustalenia, jaką częścią kosztu świadczenia opieki zdrowotnej są koszty pracy).

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

Realizując ustalenia zawarte w § 5 pkt 1 Porozumienia podpisanego w dniu 8 lutego 2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Porozumieniem Rezydentów OZZL przyjęto szereg rozwiązań, które ujęte zostały w niniejszym projekcie ustawy.

1. Nakłady na ochronę zdrowia

Celem projektu jest zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych w ujęciu materialnym - przez skrócenie o rok okresu osiągnięcia poziomu nakładów w wysokości co najmniej 6% PKB, tj. do 2024 r., co oznacza również ich nominalne zwiększenie w tym okresie w stosunku do aktualnie obowiązującej ustawy. Tym samym w krótszym okresie możliwe będzie sfinansowanie większej liczby udzielonych świadczeń.

2. Specjalizacje lekarzy odbywane w trybie rezydentury

Przyjęto, że lekarz odbywający specjalizację w dziedzinie nie określonej jako priorytetowa otrzyma zwiększone wynagrodzenie o kwotę w wysokości 600 zł miesięcznie, natomiast w dziedzinie określonej jako priorytetowa 700 zł miesięcznie. Aby otrzymać wyższe wynagrodzenie zasadnicze, lekarz będzie musiał złożyć w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne podpisane zobowiązanie do przepracowania w kraju minimalnego okresu określonego w art. 16j ust. 2b lub 2g zmienianej ustawy min. łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Środki niezbędne do podniesienia wynagrodzenia zasadniczego będą przekazane do zakładu w oparciu o umowę zawartą z Ministrem Zdrowia.

Wprowadzany przepis realizuje jeden z punktów ww. Porozumienia i wychodzi naprzeciw identyfikowanym problemom dotyczącym zarówno stworzenia mechanizmów zabezpieczających przed emigracją lekarzy wykształconych w Rzeczypospolitej Polskiej, jak również sytuacji finansowej lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury.

Oczekuje się, że przyjęte rozwiązanie z jednej strony powinno tworzyć większą zachętę dla lekarzy do rozpoczęcia specjalizacji, a jednocześnie przez podpisywane zobowiązanie do przepracowania w kraju określonego czasu po zakończeniu specjalizacji, tworzyć lepsze perspektywy w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli.

Projekt zakłada uwzględnienie programowych dyżurów medycznych w kosztach finansowania umów rezydenckich, przy czym finansowanych będzie 40 godzin i 20 minut dyżuru w miesiącu. Takie rozwiązanie z jednej strony poprawi nieco kondycję finansową podmiotów zaangażowanych w kształcenie specjalizacyjne, co powinno również przyczynić się do zwiększenia ich liczby, a z drugiej strony da Ministrowi Zdrowia dodatkowe narzędzie oddziaływania na prawidłowość realizacji tego elementu Szkolenia Specjalizacyjnego. Jednocześnie, lekarze będą mieli zapewnione finansowanie dyżurów na jednakowych podstawach i przy zastosowaniu jednorodnych stawek.

3. Lekarze specjaliści

Projekt określa sposób przekazywania do podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, środków finansowych na pokrycie kosztów podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów zatrudnionych na podstawie stosunku pracy do poziomu 6750 zł oraz kosztów podwyższenia należnego z tego tytułu dodatku za wysługę lat. Dzięki zagwarantowaniu lekarzom specjalistom zatrudnionym w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego wynagrodzeń zasadniczych na poziomie 6750 zł – pod warunkiem zobowiązania się do niewykonywania tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w innym podmiocie leczniczym niż główne miejsce zatrudnienia – zwiększyć się powinno zainteresowanie wykonywaniem zawodu w ramach stosunku pracy u jednego pracodawcy. Ułatwi to świadczeniodawcom zapewnianie całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, dla których świadczeniodawca jest głównym miejscem zatrudnienia.

W zakresie zapewnienia warunków do niezakłóconego i należytego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy i lekarzy dentystów projektowane jest objęcie lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z FZ, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie, ochroną prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu.

Zmiana ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej umożliwi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia gromadzenie i przetwarzanie danych o osobach zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w tym o wysokości i składnikach ich wynagrodzenia. Posiadanie tych danych pozwoli ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na głębszą analizę i ocenę kosztów zatrudnienia jako składowej kosztów prowadzenia działalności leczniczej i prowadzenie bardziej adekwatnej polityki zdrowotnej.

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

1. Nakłady na ochronę zdrowia

Wskazane problemy mają charakter uniwersalny - występują we wszystkich krajach na świecie, w tym osiągających lepsze wyniki w przyjętych wskaźnikach zdrowotnych. Państwa w różny sposób określają zakres podmiotowy i przedmiotowy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór ten wynika częstokroć z uwarunkowań historycznych i częściej podlega wyłącznie korektom niż głęboko idącym zmianom. Jednocześnie sposób zwiększania środków dostępnych w publicznym systemie ochrony zdrowia zależy od przyjętego modelu. Tradycyjnie ukształtowały się następujące modele systemowe ochrony zdrowia: brytyjski - model Beveridge'a, rosyjski - model Siemaszki, amerykański - model rezydualny.

W systemie Beveridge'a (np. Wielka Brytania, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Portugalia, Dania, Finlandia czy Szwecja) dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej mają wszyscy obywatele, zapewniony jest powszechny i równy dostęp do świadczeń, które są finansowane z budżetu państwa. Z kolei w systemie Bismarcka (np. Niemcy, Belgia, Francja, Luksemburg, Austria, Szwajcaria czy Holandia) środki finansowe pochodzą ze składek odprowadzanych przez pracowników i pracodawców, naturalnym elementem systemu jest współpłacenie pacjentów oraz finansowanie świadczeń przez kasy chorych (lub analogiczne im instytucje ubezpieczenia zdrowotnego) i udzielanie świadczeń przez świadczeniodawców publicznych, jak i prywatnych.

W praktyce coraz częściej mamy do czynienia z systemami mieszanymi. Również model stosowany w RP ma charakter mieszany, ale w rozumieniu połączenia cech systemu ubezpieczeniowego z budżetowym, zarówno w obszarze gromadzenia środków, jak i ich rozdysponowania.

Mając powyższe na uwadze, należy wskazać, że wybór mechanizmu zwiększania środków finansowych dostępnych w systemie publicznym jest uzależniony od systemu, który ma miejsce w danym kraju. W praktyce w naszym kraju jest to możliwe na jeden z dwóch sposobów - zwiększenie składki na ubezpieczenie zdrowotne lub zwiększenie dotacji z budżetu państwa, z których to pierwsze rozwiązanie może być wyraźnie trudniejsze do wprowadzenia.

2. Specjalizacje lekarzy odbywane w trybie rezydentury

Brak danych

3. Lekarze specjaliści

W krajach Unii Europejskiej można zaobserwować trzy modele regulowania kwestii wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia:

- 1) ogólnokrajowy branżowy akt prawny, w którym ustawodawca ustala miesięczne minimalne stawki wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia;
- 2) ponadzakładowe układy zbiorowe pracy;
- 3) modele mieszane łączące w sobie cechy rozwiązań opartych na powszechnie obowiązującym przepisie szczególnym z układami zbiorowymi pracy.

Ad. 1 Jeżeli chodzi o pierwszy z modeli, oparty o ogólnokrajową regulację ustanawiającą płacę minimalną jako modelowe rozwiązanie, można wskazać rozwiązanie zastosowane w Wielkiej Brytanii.

W tym przypadku zasady wynagradzania pracowników publicznej służby zdrowia reguluje akt prawny, który określa wysokość rocznej płacy podstawowej dla pracowników służby zdrowia.

Przegląd wysokości określonych w ten sposób płac dokonywany jest co do zasady każdego roku. Uregulowanie to stosowane jest również poza publiczną służbą zdrowia - w zdecydowanej większości przypadków jest podstawą polityki płacowej stosowanej przez podmioty prywatne (choć nie jest to obligatoryjne). Pula środków na wynagrodzenia osób zatrudnionych w sektorze publicznej służby zdrowia wydzielana jest z budżetu państwa (finansowana z przychodów podatkowych i składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne).

System płac dla pracowników publicznej służby zdrowia obejmuje dziewięć różnych przedziałów wynagrodzeń rocznych, co zezwala na ustandaryzowanie wysokości płac dla pracowników sektora medycznego. Posiadane umiejętności, staż pracy i uprawnienia zawodowe decydują o zakwalifikowaniu do jednego z przedziałów płacowych.

Ad. 2 Przykładem kraju, w którym kwestie wynagrodzeń w sektorze zdrowia regulowane są w drodze układów zbiorowych, jest Holandia. Wynagrodzenia w sektorze ochrony zdrowia negocjowane są tam przez stronę pracodawców i pracowników. Zawarte w ten sposób układy zbiorowe mają zasięg ogólnokrajowy i obejmują wszystkie grupy zawodowe.

Ad. 3 We Francji funkcjonuje model mieszany, w ramach którego wynagrodzenia personelu medycznego oraz personelu pomocniczego są regulowane na szczeblu krajowym. Jednocześnie poziom wynagrodzeń personelu medycznego (oprócz lekarzy) oraz pomocniczego zatrudnionego w klinikach oraz przychodniach prywatnych określony jest w układzie zbiorowym.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	ok. 38 mln osób	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	zwiększony dostęp do świadczeń gwarantowanych przez skrócenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
Podmioty lecznicze	ok. 27 200, w tym podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami które zawarły z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych	Rejestry Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz NFZ	- umożliwienie udzielania większej liczby świadczeń gwarantowanych - finansowanie kosztów wyrównania wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów, którzy zobowiążą się do niewykonywania tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w innym podmiocie leczniczym niż główne miejsce zatrudnienia do poziomu 6750 zł brutto
Lekarze bez specjalizacji będący w jej trakcie lub zamierzający ją otworzyć	ok. 20 000 rocznie	Ministerstwo Zdrowia	wzrost wynagrodzenia lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury
Podmioty wpisane na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji	1 635	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	zmniejszenie obciążeń wynikających z tytułu finansowania dyżurów medycznych
Lekarze specjaliści, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe niż 6750 zł brutto, zatrudnieni na podstawie stosunku pracy w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami, które zawarły z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych	21 900 etatów przeliczeniowych	NFZ, CSIOZ	wynagrodzenia zasadnicze lekarzy specjalistów zatrudnionych w ramach stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych, którzy zobowiążą się do niewykonywania tożsamyh świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych w innym podmiocie leczniczym niż główne miejsce zatrudnienia,

			zostaną podwyższone do kwoty 6750 zł brutto (chodzi o tych lekarzy specjalistów, których wynagrodzenia zasadnicze są niższe niż 6750 zł brutto).
Oddziały wojewódzkie NFZ + Centrala	17	ustawa	- zwiększenie dostępnych środków finansowych - umożliwienie kontraktowania większej liczby świadczeń gwarantowanych

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

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Projekt ustawy został przesłany do uzgodnień zewnętrznych.

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 został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, oraz zgodnie z § 52 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.) został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Wyniki opiniowania i konsultacji publicznych zostaną 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	357,68	731, 92	744,54	323,86	351,01	361,85	365 ,63	365 ,38	365 ,37	365, 37	365, 37	4 697,98
budżet państwa	44,09	89,4 4	90,41	24,78	26,86	27,69	27, 97	27, 96	27, 96	27,9 6	27,9 6	443,08
JST	42,36	85,9 3	86,86	23,81	25,80	26,60	26, 88	26, 86	26, 86	26,8 6	26,8 6	425,69
NFZ	61,18	125, 07	127,12	52,84	57,27	59,04	59, 66	59, 61	59, 61	59,6 1	59,6 1	780,62
FUS	190,52	391, 59	399,62	206,22	223,51	230,41	232 ,82	232 ,66	232 ,65	232, 65	232, 65	2 805,30
FP	19,04	38,9 1	39,55	16,21	17,57	18,11	18, 30	18, 29	18, 29	18,2 9	18,2 9	240,85
FGŚP	0,49	0,98	0,98	0,00	0,00	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,00	0,00	2,45
Wydatki ogółem	2 674,36	1 316, 62	1 347,48	2 541,17	4 115,62	5 823,30	6 130 ,78	894 ,55	894 ,53	894, 53	894, 53	27 527,43
budżet państwa	2 036,74	729, 00	759,86	2 541,17	4 115,62	5 823,30	6 130 ,78	894 ,55	894 ,53	894, 53	894, 53	25 714,56
JST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,00	0,00	0,00
NFZ	293,81	587, 62	587,62	0,00	0,00	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,00	0,00	1 469,05
FUS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,00	0,00	0,00
FP	343,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,00	0,00	343,81

FGŚP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,00	0,00	0,00
Saldo ogółem	-2 316,68	- 584, 70	- 602,94	-2 217,31	-3 764,61	-5 461,45	-5 765 ,14	- 529 ,17	- 529 ,16	- 529, 16	- 529, 16	-22 829,45
budżet państwa	-1 992,65	- 639, 56	- 669,44	-2 516,38	-4 088,76	-5 795,61	-6 102 ,80	- 866 ,59	- 866 ,57	- 866, 57	- 866, 57	-25 271,49
JST	42,36	85,9 3	86,86	23,81	25,80	26,60	26, 88	26, 86	26, 86	26,8 6	26,8 6	425,69
NFZ	- 232,63	- 462, 55	- 460,50	52,84	57,27	59,04	59, 66	59, 61	59, 61	59,6 1	59,6 1	-688,43
FUS	190,52	391, 59	399,62	206,22	223,51	230,41	232 ,82	232 ,66	232 ,65	232, 65	232, 65	2 805,30
FP	- 324,77	38,9 1	39,55	16,21	17,57	18,11	18, 30	18, 29	18, 29	18,2 9	18,2 9	-102,96
FGŚP	0,49	0,98	0,98	0,00	0,00	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,00	0,00	2,45

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

1. Nakłady na ochronę zdrowia

Skutki finansowe wejścia w życie ustawy stanowią różnicę między nakładami wynikającymi z obowiązującej ustawy, w której przyjęto następujące wskaźniki PKB roku planistycznego: w 2018 r. - 4,67% PKB, w 2019 r. - 4,86% PKB, w 2020 r. - 5,03% PKB, w 2021 r. - 5,22% PKB, w 2022 r. - 5,41% PKB, w 2023 r. - 5,60% PKB, w 2024 r. - 5,80% PKB, a w latach 2025-2028 - 6,00% PKB, a wskaźnikami projektowanymi w niniejszej ustawie, tj.:

w 2018 r. - 4,78% PKB, w 2019 r. - 4,86% PKB, w 2020 r. - 5,03% PKB, w 2021 r. - 5,30% PKB, w 2022 r. - 5,55% PKB, w 2023 r. - 5,80% PKB, a w latach 2024-2028 - 6,00% PKB.

Wyczenia oparto na danych dotyczących nominalnego tempa wzrostu PKB oszacowanego i przekazanego przez Ministra Rozwoju i Finansów

2. Specjalizacje lekarzy odbywane w trybie rezydentury

Przyjęte założenia:

- Każdy lekarz odbywający rezydenturę będzie pobierał zwiększone wynagrodzenie w trakcie całego okresu swojego zatrudnienia począwszy od dnia 1 lipca 2018 r.

- Zakłada się, że od 1 lipca 2018 r. Minister Zdrowia będzie finansował koszty wynagrodzenia z tytułu pełnienia programowych dyżurów medycznych. Koszty te skalkulowano przy zastosowaniu stawki 150% wynagrodzenia zasadniczego, przy czym przyjęto, iż każdy lekarz odbywa średnio 40 godzin i 20 min. dyżurów miesięcznie jedynie w porze dziennej.

- Koszty zawierają pochodne od wynagrodzeń w wysokości 19,91% dla lekarzy rezydentów oraz 18,96% dla etatów obsługujących nowe zadanie.

Liczby rezydentów, którzy pobieraliby zwiększone wynagrodzenie zasadnicze w poszczególnych latach przedstawiają się następująco:

rok	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
liczba lekarzy	17 990	18 890	19 607	20 090	20 716	21 312	21 516	21 500	21 499	21 499	21 499

Do obsługi nowego zadania jakim jest finansowanie i nadzór nad prawidłową realizacją zobowiązań lekarzy z tytułu pobieranego podwyższonego wynagrodzenia skalkulowano: 3 dodatkowe etaty po stronie Ministerstwa Zdrowia (w tym 2 dla MZ i 1 etat dla CSiOZ) z wynagrodzeniem brutto w wysokości 6.818,86 zł (przeciętne wynagrodzenie dla pracowników korpusu służby cywilnej w dziale 750 część 46 w/g sprawozdania Rb-70 za 2017 r.) oraz 8 etatów po stronie wojewodów z wynagrodzeniem brutto w wysokości 4.772,54 zł (przeciętne wynagrodzenie dla pracowników korpusu służby cywilnej w części 85 w dziale 750 w/g sprawozdania Rb-70 za 2017 r.).

Po stronie dochodowej wykazanej w tabeli uwzględniono wpływy z tytułu podatków i odprowadzanych pochodnych zarówno od wynagrodzeń zasadniczych jak i pełnionych przez lekarzy programowych dyżurów medycznych.

Niezależnie od powyższego skutkiem wdrożenia tych przepisów będą oszczędności na wydatkach po stronie podmiotów leczniczych zatrudniających rezydentów z tytułu objęcia finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia kosztów pełnienia programowych dyżurów medycznych. Brak jest jednak możliwości oszacowania skutków finansowych tych oszczędności dla jednostek sektora finansów publicznych.

3. Lekarze specjaliści

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia oraz CSiOZ.

Do obsługi nowego zadania jakim jest finansowanie i nadzór nad prawidłową realizacją zobowiązań lekarzy specjalistów z tytułu pobieranego podwyższonego wynagrodzenia skalkulowano 17 dodatkowych etatów po 1 w każdym oddziale i centrali NFZ, z wynagrodzeniem brutto 5 525 zł (przeciętne wynagrodzenie pracowników NFZ w 2017 r.)

Szczegółowe dane dotyczące skutków finansowych w zakresie wydatków zawiera załącznik do OSR.

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								
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	
1. Projektowana ustawa ma spowodować poprawę warunków zatrudnienia lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne w trybie rezydentury, wpływając jednocześnie na poprawę dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez wprowadzenie mechanizmów zachęcających lekarzy do pracy w kraju. 2. Podejmowane działania mają podnieść poziom zarobków lekarzy specjalistów zatrudnionych obecnie w działających całodobowo podmiotach leczniczych, co w efekcie przyczynić się ma do wzrostu satysfakcji pracowników oraz wzrostu zainteresowania zatrudnieniem w ramach stosunku pracy u jednego świadczeniodawcy.	
10. Wpływ na pozostałe obszary	
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Wzrost zainteresowania podejmowaniem pracy na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy (wraz z dyżurami) u jednego pracodawcy powinien wpłynąć pozytywnie na jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Przepisy ustawy wejdą w życie z dniem 1 lipca 2018 r.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Ewaluacja nastąpi po 5 latach od dnia wejścia w życie ustawy przez analizę liczby lekarzy, którzy po specjalizacji nie będą obciążeni koniecznością zapłaty kary z tytułu niedotrzymania zobowiązania, o którym mowa w przepisach ustawy oraz liczby lekarzy specjalistów, którzy skorzystali z podwyższenia wynagrodzenia, spełniając warunki określone w ustawie.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Załącznik do pkt 6 OSR.	

