

Nazwa projektu:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

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

Pan Zbigniew Król, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu:

Pani Beata Rorant, Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: dep-oz@mz.gov.pl
tel.: (22) 634 92 77

Data sporządzenia:

22.10.2018 r.

Źródło:

art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.)

Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:

MZ 689

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

- 1) brak równomiernego i przejrzystego zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców korzystających z leczenia albo rehabilitacji uzdrowiskowej – czas oczekiwania na powyższe zakresy świadczeń;
- 2) niezadowolenie pacjentów w związku z odmienną kwalifikacją na dany rodzaj i do danego miejsca leczenia albo rehabilitacji uzdrowiskowej przez lekarzy specjalistów poszczególnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia niż wskazaną w skierowaniu wystawianym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego;
- 3) ujednolicenie trybu obsługi skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową m.in. względem skierowań na rehabilitację leczniczą, przez wskazanie okresu ich ważności od daty wystawienia;
- 4) brak zasadności utrzymywania procedury weryfikacji skierowań na leczenie albo rehabilitację uzdrowiskową po upływie 18 miesięcy od dnia ich wystawienia, która nie daje gwarancji aktualności informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy kierowanego do uzdrowiska, jak również powoduje znaczące obciążenia administracyjne dla poszczególnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) brak zasadności przeprowadzania badania w postaci rtg klatki piersiowej podczas kwalifikacji pacjenta do leczenia albo rehabilitacji uzdrowiskowej w przypadku braku istnienia wskazań medycznych;
- 6) stosowania pieczęci przez obywateli i przedsiębiorców.

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

Projekt nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową – dalej: „rozporządzenie ws. Kierowania”, wprowadza zmiany w zakresie trybu obsługi skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową – dalej: skierowania, począwszy od wystawiania skierowań przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, przez ich zatwierdzanie przez lekarzy specjalistów Narodowego Funduszu Zdrowia i w efekcie – ich weryfikację na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Projektowane rozwiązania obejmują:

- 1) wprowadzenie 12-miesięcznego okresu, który musi upłynąć od zakończenia przez pacjenta leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń. Zgodnie z proponowanym brzmieniem, lekarz wystawiający skierowanie zobowiązany będzie, w przypadku dokonywania oceny zasadności kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową do sanatorium osoby dorosłej (przepis ten nie będzie miał zastosowania do dzieci oraz do osób dorosłych, kierowanych do szpitali i ambulatoriów uzdrowiskowych), do wzięcia pod uwagę dnia zakończenia przez pacjenta ostatniego leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Możliwość wystawienia kolejnego skierowania zaistnieje jedynie w przypadku, w którym od dnia zakończenia leczenia lub rehabilitacji uzdrowiskowej upłynie co najmniej 12 miesięcy. Wprowadzenie powyższego rozwiązania podyktowane jest stale wzrastającą liczbą świadczeniobiorców, którzy często natychmiast po zakończeniu pobytu w uzdrowisku, ponownie składają kolejne skierowania, wydłużając tym samym czas oczekiwania na potwierdzenie skierowania. Należy zwrócić uwagę na fakt, że lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, wystawiający nowe skierowanie zaraz po zakończeniu przez pacjenta poprzedniego leczenia albo rehabilitacji, nie jest w stanie właściwie ocenić wpływu zakończonej terapii na stan zdrowia pacjenta z uwagi na zbyt krótki czas, jaki upłynął od jej przebiegu. Konieczność zapewnienia możliwości dokonania przez lekarza prawidłowej oceny wpływu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej na organizm pacjenta jest istotna w szczególności w świetle potwierdzonej doświadczalnie i medycznie reguły ograniczenia korzystania z leczenia bodźcowego w uzdrowiskach, określonej w „*Kompendium Balneologii – Rekomendacje Krajowego Konsultanta*”. Wprowadzenie proponowanej regulacji niewątpliwie przyczyni się do bardziej równomiernego i przejrzystszego zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców i będzie miało znaczący wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.

- 2) usunięcie z treści rozporządzenia ws. kierowania normy, która uprawnia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego skierowanie do określenia miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, co nie jest okolicznością wiążącą dla lekarza specjalisty Narodowego Funduszu Zdrowia, dokonującego potwierdzenia skierowania. Należy zauważyć, że umieszczona przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na skierowaniu propozycja np. miejsca skierowania pacjenta w istocie pozostaje bez znaczenia, gdyż dopiero lekarz specjalista, zatrudniony w oddziale wojewódzkim Funduszu, dokonujący oceny zasadności skierowania, posiada wiedzę, które z zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzą świadczenia w zakresie profilu determinowanego jednostką chorobową, stanowiącą podstawę skierowania. W związku z faktem, iż lekarz ubezpieczenia zdrowotnego proponujący w skierowaniu pobyt w danym uzdrowisku często nie posiada pełnej wiedzy co do ilości, profilowości i dostępności miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwa uzdrowiskowe na terenie kraju, ewentualne późniejsze rozbieżności między zaproponowanym miejscem leczenia albo rehabilitacji, a miejscem przyznanym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, często rodzą niezadowolenie pacjentów, przekonanych o pobycie w uzdrowisku określonym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Mając na uwadze, że sytuacje takie często powodują rezygnację świadczeniobiorcy z przyznanego świadczenia lub też ponawianie skierowań celem uzyskania pożądanego miejsca realizacji świadczeń, wprowadzenie proponowanej zmiany należy uznać za zasadne. Zmianie w przedstawionym zakresie ulega również załącznik do rozporządzenia – z obowiązującego wzoru skierowania usuwa się pozycję „IV. Wskazanie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego/rehabilitacji uzdrowiskowej”, przenosząc pozycje, w których następuje oznaczenie rodzaju uzdrowiska i rodzaju świadczenia do nowej pozycji IV, w której lekarz specjalista Narodowego Funduszu Zdrowia dokonywał będzie oceny zasadności skierowania.
- 3) wprowadzenie obowiązku przekazania skierowania do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia, pod rygorem utraty ważności skierowania. Powyższe rozwiązanie ma na celu ujednolichenie trybu obsługi skierowań m.in. względem skierowań na rehabilitację leczniczą, które także zachowują ważność przez okres 30 dni od dnia wystawienia. Należy zauważyć, że skierowanie takie może być przekazane do oceny oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia w dowolnym czasie od dnia jego wystawienia, często rodząc sytuację, w której lekarz specjalista NFZ dokonuje oceny skierowania, nieodzwierciedlającego faktycznego stanu zdrowia pacjenta kierowanego do uzdrowiska. Sytuacja taka często następuje w przypadku zwłoki świadczeniobiorcy w przekazaniu skierowania do oddziału, w czasie której dochodzi do poważnych zmian w stanie zdrowia pacjenta. W konsekwencji lekarz NFZ oceniając skierowanie działa na podstawie niepełnych informacji na temat stanu zdrowia świadczeniobiorcy, co w przypadku potwierdzenia skierowania i wyjazdu pacjenta do uzdrowiska, może skutkować odmową leczenia albo rehabilitacji na miejscu planowanej realizacji świadczeń.
- 4) usunięcie obowiązku weryfikacji skierowań po upływie 18 miesięcy od dnia ich wystawienia. Wprowadzenie przedmiotowej zmiany postulowane jest m.in. przez środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i uzasadnione faktem przekroczenia, w większości oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, 18-miesięcznego okresu oczekiwania na leczenie sanatoryjne osób dorosłych, co rodzi konieczność dokonania weryfikacji znacznej większości skierowań oczekujących na potwierdzenie, często związanej z wizytą pacjenta u lekarza oraz skierowaniem na ponowne badania diagnostyczne. Mając na uwadze, że w przypadku skierowań, wystawionych przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czas oczekiwania często przekracza termin weryfikacji skierowania, w konsekwencji dochodzi do wydłużenia kolejki osób oczekujących do poradni. Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że przeprowadzenie czasochłonnego i kosztownego procesu weryfikacji skierowań po 18 miesiącach od dnia ich wystawienia, nie daje gwarancji aktualności informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy kierowanego do uzdrowiska. W praktyce, lekarze ubezpieczenia zdrowotnego zwykle odsyłają zweryfikowane skierowania, nie uwzględniając aktualnego stanu zdrowia pacjenta, a w szczególności powstałych od czasu wystawienia skierowania przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, co w konsekwencji może prowadzić do skierowania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej pacjenta, posiadającego przeciwwskazania, uniemożliwiające realizację świadczeń. Pacjent taki, w przypadku stawienia się w uzdrowisku, po przeprowadzeniu badania wstępnego zostanie poinformowany o braku możliwości skorzystania ze świadczeń, co z jednej strony spotka się z niezadowoleniem świadczeniobiorcy, który ponosi koszty dojazdu do uzdrowiska i rezerwuje własny czas na pobyt, a z drugiej czyni proces leczenia nieskutecznym i rodzi koszty po stronie świadczeniodawców, rezerwujących pacjentowi miejsce na czas terapii. Należy również dodać, że proponowane zmiany zapewnią jednolitość w kontekście całości systemu realizacji świadczeń – w innych zakresach świadczeń gwarantowanych, skierowanie jest ważne tak długo, jak długo istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych.
- 5) zmianę treści załącznika do rozporządzenia ws. kierowania, określającego wzór skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową. Niezależnie od zmian, opisanych w pkt 2 uzasadnienia, dotyczących sposobu określania miejsca realizacji świadczenia i jego rodzaju, dokonano zmian w postaci zwiększenia miejsca na opis wyników wywiadu lekarskiego (dodano dodatkowy wiersz), usunięto obowiązek umieszczania na druku pieczęci świadczeniodawcy i lekarzy oraz osób upoważnionych na poszczególnych polach druku, ograniczając wypełnienie formularza w tym zakresie do oznaczenia podmiotu i podpisów, a także, w pkt „III. Aktualne wyniki badań”, wskazano, że badanie RTG klatki piersiowej pacjenta wykonywane powinno być

jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych do jego wykonania.

- 6) zmianę treści wzoru skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, polegającą na zniesieniu obowiązku umieszczania w odpowiednich polach druku pieczęci świadczeniodawcy oraz osób uczestniczących w obsłudze skierowania, spowodowane jest realizacją przyjętej przez Radę Ministrów, na wniosek Ministra Przedsiębiorczości i Technologii, „Informacji dotyczącej deregulacji obowiązku stosowania pieczęci/pieczętek przez obywateli i przedsiębiorców”.

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego	ok. 33 tys. lekarzy		W związku ze zniesieniem obowiązku weryfikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, po upływie 18 miesięcy od daty jego wystawienia nie będą realizowane świadczenia związane z aktualizacją oceny stanu zdrowia pacjenta. Dodatkowo lekarze ubezpieczenia zdrowotnego zostaną zwolnieni z obowiązku wskazywania na skierowaniu miejsca i rodzaju leczenia albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Lekarze będą obowiązani przestrzegać 12-miesięcznego terminu, który musi upłynąć od zakończenia przez pacjenta leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń. Ponadto w przypadku braku wskazań medycznych, lekarze ubezpieczenia zdrowotnego będą zwolnieni z obowiązku kierowania pacjentów na badanie RTG klatki piersiowej podczas procesu kwalifikacji na leczenie albo rehabilitację uzdrowiskową.
Świadczeniobiorcy	38,4 mln osób	GUS	Skrócenie procedur przez rezygnację z obowiązku weryfikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, po upływie 18 miesięcy od daty jego wystawienia, co wiązało się z koniecznością dodatkowej wizyty u lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Brak konieczności przeprowadzenia badania w postaci RTG klatki piersiowej, podczas kwalifikacji przez lekarza do leczenia albo rehabilitacji

			uzdrowiskowej, w przypadku braku wskazań medycznych.
Narodowy Fundusz Zdrowia (oddziały wojewódzkie)	16 oddziałów	Narodowy Fundusz Zdrowia	Eliminacja procesu weryfikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, po upływie 18 miesięcy od daty jego wystawienia. Wprowadzenie 12-miesięcznego terminu, który musi upłynąć od zakończenia przez pacjenta leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń wpłynie na równomierne i przejrzyste zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców i będzie miało znaczący wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.

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

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych, z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag, m.in. z następującymi podmiotami:

- 1) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 2) Naczelną Radą Lekarską;
- 3) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 4) Naczelną Radą Aptekarską;
- 5) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;
- 6) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 7) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 8) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 9) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) Forum Związków Zawodowych;
- 11) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 12) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 13) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 14) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 15) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 16) Konfederacją „Lewiatan”;
- 17) Business Center Club;
- 18) Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 19) Stowarzyszeniem „Dla Dobra Pacjenta”;
- 20) Liderem ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 21) Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 22) Federacją Pacjentów Polskich;
- 23) Stowarzyszeniem Primum Non Nocere;
- 24) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 25) Radą Dialogu Społecznego;
- 26) Stowarzyszeniem „Unia Uzdrowisk Polskich”;
- 27) Izbą Gospodarczą „Uzdrowiska Polskie”;
- 28) Stowarzyszeniem Gmin Uzdrowiskowych RP;
- 29) Konsultantami krajowymi w wybranych dziedzinach medycyny;

- 30) Polskim Towarzystwem Balneologii i Medycyny Fizykalnej;
- 31) Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 32) Prezesem Prokuratury Generalnej RP.

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

Projekt został 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 został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. poz. 1006, z późn. zm.).

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												
NFZ*												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
NFZ												

Źródła finansowania Projektowana regulacja nie będzie mieć wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa oraz na jednostki samorządu terytorialnego.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, liczba weryfikowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe w 2015 r. przekroczyła 268.000, a w 2016 r. – 291.000, natomiast w 2017 r. – 350.000. Wiąże się to z ponoszeniem przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowych kosztów, związanych z wysyłką skierowań. Na korespondencję ze świadczeniodawcami w zakresie weryfikacji skierowań, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia wydały w 2015 r. szacunkowo ok. 1.397.000 zł, w 2016 r. – ok. 1.513.000 zł, natomiast w 2017 r. koszty wysyłki skierowań do weryfikacji wyniosły ok. 2.000.000 zł. Proponowana zmiana nie wpłynie więc negatywnie na system realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, jednocześnie zapewniając znaczne oszczędności środków publicznych.

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							
	(dodaj/usuń)							
duże przedsiębiorstwa								

W ujęciu niepieniężnym	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe.
	(dodaj/usuń)	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	

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

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

Przedmiotowa regulacja znosi, w stosunku do świadczeniobiorców, obowiązek bezpośredniego udziału w trybie weryfikacji skierowań, tj. dodatkowej wizyty u lekarzy. Dodatkowo świadczeniobiorca, u którego lekarz stwierdził brak istnienia wskazań do przeprowadzenia badania RTG klatki piersiowej, przy kwalifikacji podczas wystawienia skierowania na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową, będzie zwolniony z obowiązku wykonania przedmiotowego badania.

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input checked="" type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: stworzenie podstaw prawnych do realizacji programów pilotażowych	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:
Projektowana regulacja wpłynie na zmniejszenie liczby dokumentów, a tym samym liczby procedury w związku z rezygnacją z obowiązku weryfikacji skierowania na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową po upływie 18 miesięcy od dnia ich wystawienia. W przypadku skierowań, wystawionych przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czas oczekiwania często przekracza termin weryfikacji skierowania i konsekwencji dochodzi do wydłużenia kolejki osób oczekujących do poradni. Projektowane rozwiązania znoszą, w stosunku do świadczeniobiorców, obowiązek bezpośredniego udziału w trybie weryfikacji skierowań, tj. dodatkowej wizyt u lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, co tym samym będzie miało przełożenie na zmniejszenie liczby procedur i powstałych dokumentów, a w efekcie skrócenie czasu na załatwienie sprawy. Dodatkowo projektowana regulacja wprowadza możliwość rezygnacji z przeprowadzenia badania RTG klatki piersiowej świadczeniobiorcy, przy kwalifikacji podczas wystawienia skierowania na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową u którego lekarz ubezpieczenia zdrowotnego stwierdził brak istnienia wskazań do przeprowadzenia tego typu badania. Powyższe również będzie miało znaczący wpływ na zmniejszenie liczby dokumentów i procedur, a w konsekwencji skróci czas na załatwienie sprawy. Proponowane rozwiązania, w zakresie wprowadzenia 12-miesięcznego okresu, który musi upłynąć od zakończenia przez pacjenta leczenia uzdrowskowego albo rehabilitacji uzdrowskowej do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń niewątpliwie przyczyni się do bardziej równomiernego i przejrzystszego zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców i będzie miało znaczący wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową.

9. Wpływ na rynek pracy

Brak.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
--	--	--

Omówienie wpływu	Proponowane rozwiązania, w zakresie wprowadzenia 12-miesięcznego okresu, który musi upłynąć od zakończenia przez pacjenta leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń niewątpliwie przyczyni się do bardziej równomiernego i przejrzystszeo zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców i będzie miało znaczący wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Ewaluacja efektów projektu rozporządzenia, w zakresie wprowadzenia rozwiązań w zakresie wprowadzenie 12-miesięcznego okresu, który musi upłynąć od zakończenia przez pacjenta leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń nastąpi po roku od dnia wejścia w życie przedmiotowej regulacji. Zastosowanym miernikiem będzie okres oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Brak.	