

<p>Nazwa projektu Projekt założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Anna Widarska, Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia tel.: 22 53 00 383; e-mail: dep-md@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia: 19-09-2017 r.</p> <p>Źródło: Expose Pani Beaty Szydło - Prezes Rady Ministrów</p> <p>Nr w wykazie prac Rady Ministrów: ZA 4</p>
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Obecny sposób funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym nie jest satysfakcjonujący. Prowadzone przez Instytut Matki i Dziecka analizy działania służby zdrowia w środowisku nauczania i wychowania wskazują na duże różnice w tym zakresie pomiędzy szkołami. Analizy prowadzone przez Instytut Matki i Dziecka oraz Ministerstwo Zdrowia, wskazują że dostęp do działań z zakresu promocji zdrowia jest zdecydowanie większy w szkole podstawowej i gimnazjum niż na kolejnych etapach edukacji, utrudniony zaś w szkołach na obszarach wiejskich. Dostępne opinie wskazują na brak wsparcia dla właściwych rozwiązań w tym zakresie w przeważającej liczbie jednostek samorządu terytorialnego. Brak jest rozwiązań umożliwiających budowanie współpracy w tym zakresie pomiędzy służbą zdrowia i oświatą. Przyczyną takiego stanu jest odmienny model organizacyjny tych dwóch sfer zabezpieczenia społecznego i brak odpowiedniego określenia w prawie relacji między tymi systemami.

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

Określenie w ustawie odpowiedzialności poszczególnych podmiotów za realizację zadań w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym oraz form współpracy pomiędzy tymi podmiotami. Włączenie jednostek samorządu terytorialnego w realną odpowiedzialność za zdrowie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Zbudowanie spójnego systemu monitorowania realizacji zadań w tym zakresie zarówno w ujęciu ilościowym i jakościowym. Zbudowanie systemu wspierania merytorycznego podmiotów zaangażowanych w sprawowanie profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą szkolną.

Wynikiem tak zaplanowanych rozwiązań ma być przeniesienie ciężaru aktywności pielęgniarek szkolnych z zadania polegającego głównie na systematycznych profilaktycznych badaniach medycznych oceniających tempo rozwoju dziecka na realne wspieranie ucznia w trosce o jego zdrowie. Efektem tych działań będzie zwiększenie potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży.

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

Przeprowadzona przez prof. dr hab. med. Annę Oblacińską i mgr Katarzynę Radiukiewicz z Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka analiza wyników badań 37 krajów, w tym 22 krajów - członków Unii Europejskiej wykazała, że rozwiązania w tym zakresie w Europie są różnorodne.

W części krajów w ogóle nie jest zapewniona opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania, w tym w najbliższych Polsce Czechach, na Słowacji i w Niemczech. Za opiekę zdrowotną nad dziećmi w szkołach w Austrii i Francji odpowiada minister właściwy do spraw oświaty. Minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za te kwestie w takich krajach jak: Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Holandia, Luxemburg, Malta, Rumunia. Natomiast Dania, Portugalia, Węgry, Wielka Brytania powierzyły to zadanie władzom lokalnym. W niektórych krajach (Szwecja, Hiszpania, Lotwa i Włochy) zadanie to jest współorganizowane przez władze lokalne i ministra zdrowia. Przyjęte są też różne systemy zapewniania tej opieki. W niektórych krajach (Holandia) lekarze lub tylko pielęgniarki wykonują te zadania na terenie szkoły, w innych - opieka jest realizowana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i badania są przeprowadzane systematycznie w praktykach lekarza rodzinnego. Warte podkreślenia jest podejście, zastosowane w części Belgii (Flandria), dużego zespolecia działań systemu opieki zdrowotnej i edukacji w związku z potrzebą integracyjnego podejścia do uzyskania dobrego samopoczucia i zdrowia uczniów.

Zgodnie z informacją uzyskaną od Chief Dental Officer (CDO), w krajach Unii Europejskiej nie istnieje rozwiązanie organizacyjne polegające na realizacji świadczeń leczniczych przez lekarza dentystę w szkole. W placówkach oświatowych (w szczególności – w przedszkolach) tych krajów realizowane są promocja zdrowia i edukacja w obszarze zdrowia jamy ustnej przez pielęgniarki albo asystentki stomatologiczne.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Dzieci i młodzież w wieku szkolnym	Ogółem: 4 966 699	Centrum Informatyczne Edukacji (stan na 30-09-2016 r.)	<ul style="list-style-type: none"> - umacnianie zdrowia - wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych - zapewnienie świadczeń medycznych odpowiedniej jakości - poprawa dostępności do świadczeń profilaktycznych realizowanych w szkole
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	22 061	Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> - współdziałanie z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną
Lekarze dentyści	4 161	Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> - współdziałanie z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną
Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania i higienistki szkolne	8 189	Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 31-12-2016)	<ul style="list-style-type: none"> - koordynowanie i monitorowanie opieki nad dziećmi i młodzieżą w szkole; - współdziałanie z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzem dentystą; - współpraca z pracownikami szkoły w zakresie bezpieczeństwa uczniów oraz realizacji edukacji zdrowotnej - przekazywanie informacji jednostce samorządu terytorialnego na temat problemów i potrzeb zdrowotnych uczniów oraz rekomendowanie działań służących umacnianiu potencjału zdrowotnego uczniów;
Szkoły (w tym szkoły i zespoły szkół)	Ogółem: 19 163	Centrum Informatyczne Edukacji (stan na 30-09-2016)	<ul style="list-style-type: none"> - tworzenie w szkole warunków sprzyjających zdrowiu uczniów - obowiązek współpracy z pracownikami służby zdrowia w promocji zdrowia oraz profilaktyce; - realizacja programów profilaktyki
Jednostki samorządu terytorialnego (gminy)	2478 gmin i 380 powiatów	GUS	<ul style="list-style-type: none"> - tworzenie warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych uczniom w szkołach - finansowanie utworzenia, wyposażenia i utrzymania gabinetów medycznych w

			szkołach, jako zadanie własne zgodnie z art. 103 ustawy – Prawo oświatowe
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie	1	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 marca 1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Matki i Dziecka (Dz. U. Nr 15 poz. 123)	<ul style="list-style-type: none"> – nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w imieniu Ministra Zdrowia – współpraca z wojewodami w zakresie monitorowania realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami i rozwiązań służących poprawie jakości tej opieki – analiza kierunków zmian w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami uczniów; – udział w opiniowaniu programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek oraz lekarzy POZ w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

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

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

- 1) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny: medycyny rodzinnej, pediatrii, stomatologii dziecięcej, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa pediatrycznego;
- 2) samorządy zawodów medycznych: Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelną Radę Aptekarską, Krajową Izbą Farmaceutów;
- 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 działające na rzecz pacjentów, tj. Federację Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Primum Non Nocere, Fundację Rzecznik Praw Rodziców, Stowarzyszenie Wiosna, Polska Fundację Dzieci i Młodzieży, Fundację Piotr i Paweł „Radość Dzieciom”, Fundację na Rzecz Rozwoju Dzieci Niepełnosprawnych „DAJ SZANSE” i Instytut Terapeutyczny, Fundację Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie Bez Barrier”, Fundację Dzieci Niczyje, Stowarzyszenie SOS Wioski Dziecięce w Polsce;
- 5) towarzystwa naukowe, tj. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 6) instytuty badawcze, tj.: Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie,
- 7) Radę Działalności Pożytku Publicznego, Radę Dialogu Społecznego i Komisję Wspólną Rządu i Samorządu

Terytorialnego, Ośrodkiem Rozwoju Edukacji, Instytutem Badań Edukacyjnych.

Projekt założeń 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 założeń do projektu 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 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
JST		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
pozostałe jednostki (oddzielnie)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Wydatki ogółem		77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	774,81
budżet państwa		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	2,0
JST		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie) – Narodowy Fundusz Zdrowia		77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	772,81
Saldo ogółem		77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	77,4 81	774,81
budżet państwa		-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-2,0
JST		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie) – Narodowy Fundusz Zdrowia		77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	77,2 81	- 772,81

Źródła finansowania NFZ, budżet państwa.

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

Wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń:

I. W części dotyczącej finansowania świadczeń zdrowotnych

Finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym przez lekarza, lekarza dentystę, pielęgniarkę albo higienistkę szkolną, ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

A. Świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej finansowane są jako roczna stawka kapitałowa na dziecko. W 2016 r. kwota wydatków płatnika publicznego na te świadczenia dla dzieci w wieku szkolnym (6 do 19 r.ż.) wynosiła 925 302 729 zł. Projekt założeń nie wprowadza w tym zakresie zmian w obecnym stanie prawnym, zatem nie powstaną z tego tytułu skutki finansowe.

B. Świadczenia lekarza dentysty finansowane są jako kwota za określony rodzaj świadczenia. W 2016 r. kwota wydatków płatnika publicznego na te świadczenia wynosiła 447 500 000 zł. Projekt założeń nie wprowadza w tym zakresie zmian w obecnym stanie prawnym, zatem nie powstaną z tego tytułu skutki finansowe.

C. Świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej finansowane są jako stawka kapitałowa na ucznia, która od w 2016 r. wynosiła:

- 55,08 zł w okresie 01.01-31.08
- 62,16 zł w okresie 01.09 -31.12.

Stawka jest korygowana wskaźnikami w przypadku uczniów z niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi oraz uczniów szkół sportowych i zawodowych.

W 2016 r. kwota wydatków płatnika publicznego na świadczenia udzielone 4 510 087 uczniom wynosiła 316 963 626,76 zł. Średnia stawka kapitałowa w 2016 r. wynosiła 57,44 zł (55,08 x 8 + 62,16 zł x 4/ 12 miesięcy), zaś po zastosowaniu wskaźników korygujących dla wybranych uczniów (przewlekle chorych, z niepełnosprawnością w stopniu lekkim,

umiarkowanym i znacznym, uczęszczających do szkół sportowych i z praktyczną nauką zawodu) średnia roczna kwota na 1 ucznia wynosiła 70,28 zł (316 963 626,76 zł: 4 510 087). Dodatkowo, na realizowane przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną świadczenie profilaktyki fluorkowej u uczniów szkół podstawowych wydatkowano środki w wysokości 11 923 921,54 zł.

W 2017 r. zwiększono stawkę kapitacyjną do kwoty 64,80 zł w okresie od stycznia do sierpnia, a od września stawka ta uległa dalszemu zwiększeniu do kwoty 72,24 zł.

Zatem, średnia wartość stawki kapitacyjnej w 2017 r. wyniesie 67,28 zł (64,80 zł x 8 + 72,24 zł x 4/ 12 miesięcy). Przyjmując, że liczba uczniów, w stosunku do których są stosowane wskaźniki korygujące, pozostaje na tym samym poziomie, w 2017 r. średnia kwota wydatkowana na świadczenia pielęgniarki albo higienistki szkolnej wyniesie 82,32 zł na dziecko. Oznacza to, że koszt świadczeń pielęgniarki albo higienistki szkolnej w 2017 r. będzie kształtował się na poziomie 408 858 661,68 zł (82,32 zł x 4 966 699 uczniów).

Optymalizacja opieki pielęgniarskiej w szkołach wymaga obniżenia liczby uczniów na etat przeliczeniowy pielęgniarki z 880–1100 uczniów obecnie do 700–750 uczniów. Pozwoli to na zmniejszenie liczby szkół, których uczniowie pozostają po opieką pielęgniarki, a w konsekwencji – wydłuży czas pracy pielęgniarki w jednej szkole. Takie rozwiązanie wymaga podwyższenia stawki kapitacyjnej na ucznia o około 10%, tj. do kwoty 80 zł. Roczna stawka kapitacyjna w przypadku świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną będzie odpowiednio korygowana wskaźnikami w przypadku uczniów uczęszczających do szkół sportowych i szkół z praktyczną nauką zawodu, z orzeczeniem o niepełnosprawności, przewlekłe chorych oraz uczęszczających do szkół podstawowych, w których całkowita liczba uczniów nie przekracza 100 uczniów (według SIO jest to ogółem 335 251 uczniów).

Przyjmując, że wartość stawki kapitacyjnej od września 2018 r. wzrośnie do kwoty 80 zł, a liczba uczniów, w stosunku do których stosowane są wskaźniki korygujące, pozostaje na tym samym poziomie co w 2017 r., średnia stawka kapitacyjna na świadczenia pielęgniarki albo higienistki szkolnej wyniesie 97,88 zł (80 zł zwiększone o 22,35%). Przy tej samej liczbie uczniów oraz wskaźnikach korygujących koszt świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w 2018 r. wyniesie 486 140 498,12 zł (97,88 zł x 4 966 699 uczniów). Oznacza to wzrost całkowitej kwoty na świadczenia pielęgniarki albo higienistki szkolnej w 2018 r. o 77 281 836,44 zł (486 140 498,12 zł – 408 858 661,68 zł) w stosunku do 2017 r.

Zatem, skutki finansowe projektowanych zmian w zakresie świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania i higienistki szkolnej, wyniosą **77 281 836,44 zł**.

Inne zadania realizowane przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną w uzgodnieniu z dyrektorem szkoły lub władzami samorządowymi, takie jak programy profilaktyczne i edukacyjne, opieka nad uczniami podczas zajęć organizowanych przez szkołę (zawody, wycieczki) będą finansowane przez szkołę lub jednostkę samorządu terytorialnego, w miarę posiadanych środków.

II. W części dotyczącej finansowania zadań realizowanych przez Instytut Matki i Dziecka

Zadania Instytutu Matki i Dziecka określone w ustawie będą finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Wysokość środków z przeznaczeniem na opracowywanie standardów w opiece zdrowotnej nad uczniami, monitorowanie oraz nadzór wyniesie **200 000 zł** rocznie.

III. W części dotyczącej finansowania programu polityki zdrowotnej pn.: Poprawa dostępności i jakości świadczeń profilaktycznych dla uczniów”

Wstępne koszty zaplanowanego do realizacji przez 5 lat programu polityki zdrowotnej w celu zapewnienia uczniom dostępności oraz lepszej jakości świadczeń opieki zdrowotnej szacowane są na łączną kwotę **1 009 008 100 zł** (po uwzględnieniu spec ustawy). Kwota ta nie uwzględnia kosztu utworzenia Platformy Profilaktyki Uczniów (PPU), czyli systemu informatycznego do wymiany informacji pomiędzy pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania (higienistką szkolną), a lekarzem POZ, oszacowanego przez CSIOZ na ok. 7 500 000 zł. Przyjęte koszty realizacji programu mogą ulec zmianie w trakcie dalszych prac.

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)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt będzie miał wpływ na tworzenie mikro- i małych przedsiębiorstw w obszarze ochrony zdrowia tj. indywidualnej praktyki pielęgniarki oraz grupowej praktyki pielęgniarek.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	1. Poprawa dostępności do świadczeń pielęgniarki szkolnej albo higienistki w szkołach. 2. Koordynacja opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. 3. Poprawa bezpieczeństwa dzieci i młodzieży podczas pobytu w szkole.						
	(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

<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
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 type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	zwiększenie liczby dokumentów zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Proponowane rozwiązania oznaczają zwiększenie liczby miejsc pracy dla pielęgniarek i higienistek szkolnych oraz poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input checked="" type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input checked="" type="checkbox"/> inne: oświata	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowana regulacja wpłynie na poprawę satysfakcji dzieci i rodziców z uzyskiwanej opieki. Lepszy dostęp do pielęgniarki szkolnej i przyczyni się do poprawy jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa uczniów w szkołach.	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Planowane jest wejście w życie proponowanych rozwiązań z dniem 1 września 2018 r.

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

Ewaluacja efektów projektu będzie następować w sposób ciągły przez monitorowanie realizacji świadczeń

profilaktycznej opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i krajowym.

Miernikami wskazanych efektów będą: liczba uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole; liczba świadczeń profilaktycznych udzielonych uczniom przez lekarza, lekarza dentystę oraz pielęgniarkę albo higienistkę szkolną; liczba wyposażonych gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach; liczba szkoleń odbytych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolne.

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

Brak.