



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja

Druk nr 1080

Warszawa, 26 listopada 2024 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Przemysława Wiplera.

(-) Jan Krzysztof Ardanowski; (-) Konrad Berkowicz; (-) Karina Anna Bosak; (-) Krzysztof Bosak; (-) Bronisław Foltyn; (-) Roman Fritz; (-) Sławomir Mentzen; (-) Krzysztof Muława; (-) Bartłomiej Pejo; (-) Grzegorz Adam Płaczek; (-) Michał Połuboczek; (-) Jarosław Sachajko; (-) Włodzimierz Skalik; (-) Krzysztof Szymański; (-) Krzysztof Tuduj; (-) Witold Tumanowicz; (-) Michał Wawer; (-) Przemysław Wipler; (-) Andrzej Tomasz Zapałowski.

U S T A W A

z dnia ... 2024 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593, 1615) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 20 dodaje się art. 20a w brzmieniu:

„Art. 20a. 1. W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeniobiorca ma prawo do uzyskania świadczenia na zasadach opisanych w art. 20 w terminie nie dłuższym niż 60 dni od dnia zgłoszenia się do świadczeniodawcy.

2. W przypadku braku możliwości udzielenia świadczenia w terminie określonym w ust. 1 przez wszystkich świadczeniodawców, z którymi oddział Funduszu zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo skorzystać ze świadczenia u innego podmiotu leczniczego na zasadach odpłatnych, a Fundusz jest zobowiązany do zwrotu całości poniesionych przez świadczeniobiorcę kosztów tego świadczenia.

3. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 2, następuje na wniosek świadczeniobiorcy złożony do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 60 dni od dnia wykonania świadczenia

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, powinien zawierać:

- 1) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania świadczeniobiorcy;
- 2) numer konta świadczeniobiorcy lub informację o chęci otrzymania zwrotu przekazem pocztowym wraz ze wskazaniem właściwego do zwrotu adresu;
- 3) numer PESEL świadczeniobiorcy;
- 4) paragon lub fakturę potwierdzającą poniesione koszty;

5) informację o dacie zgłoszenia się do świadczeniodawcy lub świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, oraz o braku możliwości udzielenia świadczenia w wymaganym terminie, potwierdzoną w dowolnej formie, w tym w szczególności:

- a) w postaci pisemnej informacji zawierającej datę i podpis pracownika oraz pieczęć świadczeniodawcy,
- b) w postaci informacji przekazanej świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę drogą elektroniczną,
- c) w postaci nagrania dźwiękowego.

5. Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty wydania decyzji w związku z wnioskiem, o którym mowa w ust. 4.

6. Koszty poniesione przez świadczeniobiorcę, które nie zostaną zwrócone przez Fundusz w terminie określonym w ust. 5, stają się wierzytelnością świadczeniobiorcy wobec Funduszu.

7. Wierzytelności, o których mowa w ust. 6, mają charakter należny i wymagalny.

8. Oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy jest odpowiedzialny za realizację zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 1-5.

9. Narodowy Fundusz Zdrowia nie może przenosić ciężaru finansowego związanego ze zwrotem kosztów, o których mowa w ust. 1-5, na świadczeniodawców, którzy nie udzielili świadczenia w terminie określonym w ust. 1.

10. Wszelkie koszty związane ze zwrotem, o którym mowa w ust. 1-5, pokrywane są ze środków własnych danego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

2) w art. 139 dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

„11. Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do takiego rozdziału środków finansowych pomiędzy świadczeniodawców w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, aby zapewnić dostępność świadczeń w terminie określonym w art. 20a ust. 1 dla świadczeniobiorców danego oddziału wojewódzkiego Funduszu.”.

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 90 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

1. Potrzeba i cel wydania ustawy

Celem nowelizacji jest wprowadzenie mechanizmu skracającego czas oczekiwania na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do maksymalnie 60 dni. W przypadku, gdy świadczeniobiorca nie uzyska świadczenia w tym terminie, ma prawo do zwrotu całości kosztów poniesionych w związku z koniecznością skorzystania z prywatnej opieki zdrowotnej.

Proponowane zmiany precyzują:

- 1) **procedurę zwrotu kosztów:** świadczeniobiorca będzie składał wniosek do właściwego oddziału NFZ, który będzie miał 30 dni na dokonanie zwrotu;
- 2) **odpowiedzialność Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ):** NFZ nie będzie mógł przerzucać odpowiedzialności finansowej na świadczeniodawców, którzy nie udzielili świadczenia w terminie;
- 3) **obowiązki NFZ w zakresie organizacji świadczeń:** NFZ będzie zobowiązany do takiego planowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, aby zapewnić ich dostępność w wymaganym przez świadczeniobiorcę terminie.

Wyjaśnienia dodatkowe:

- 1) **Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS):** nowelizacja dotyczy wyłącznie świadczeń realizowanych w ramach AOS;
- 2) **oddział NFZ odpowiedzialny za zwrot kosztów:** oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta;
- 3) **termin zwrotu:** NFZ będzie miał 30 dni na zwrot kosztów od momentu złożenia kompletnego wniosku przez świadczeniobiorcę;
- 4) **brak możliwości przerzucania kosztów na świadczeniodawców:** ma to zapobiegać obciążaniu placówek medycznych dodatkowymi kosztami związanymi z opóźnieniami w udzielaniu świadczeń, które zostały spowodowane niezależnymi od tych placówek medycznych czynnikami;
- 5) **obowiązek NFZ w zakresie rozdziału środków:** NFZ będzie musiał tak zarządzać środkami i kontraktami ze świadczeniodawcami, aby zapewnić dostępność świadczeń w maksymalnym terminie 60 dni.

Proponowana nowelizacja ma na celu zwiększenie dostępności świadczeń specjalistycznych dla pacjentów oraz usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

poprzez wprowadzenie mechanizmów motywujących NFZ do efektywnego zarządzania środkami i kontraktami.

2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana

Zgodnie ze sprawozdaniem NFZ za drugi kwartał 2023 r. czas oczekiwania do poszczególnych specjalistów oraz liczba oczekujących pacjentów przedstawia się następująco:

- 1) najwięcej osób oczekujących na pilne wizyty:
 - neurologia: 45 942 pacjentów,
 - chirurgia urazowo-ortopedyczna: 39 993 pacjentów,
 - kardiologia: 36 777 pacjentów,
 - rehabilitacja lecznicza dzienna: 36 598 pacjentów,
 - okulistyka: 27 353 pacjentów;
- 2) najwięcej osób w stabilnym stanie:
 - okulistyka: 468 646 pacjentów,
 - stomatologia: 299 122 pacjentów,
 - neurologia: 262 278 pacjentów,
 - kardiologia: 200 543 pacjentów,
 - chirurgia urazowo-ortopedyczna: 197 271 pacjentów;
- 3) średni czas oczekiwania na wizytę dla przypadków stabilnych:
 - neurologia: 66 dni,
 - neurochirurgia: 159 dni,
 - endokrynologia: 160 dni,
 - choroby tarczycy: 197 dni,
 - genetyka dziecięca: 273 dni,
 - endokrynologia i diabetologia dziecięca: 292 dni;
- 4) czas oczekiwania na wizytę dla przypadków pilnych:



- neurologia: 25 dni,
- chirurgia urazowo-ortopedyczna: 22 dni,
- kardiologia: 38 dni,
- okulistyka: 8 dni,
- rehabilitacja lecznicza dzienna: dostęp niemal od razu.

3. Przewidywane skutki prawne

Projektowane zmiany w ustawie wprowadzą nowe obowiązki prawne dla NFZ, polegające na konieczności zwrotu pacjentom kosztów prywatnych wizyt u lekarzy specjalistów w sytuacji, gdy nie zostaną oni przyjęci w terminie 60 dni w ramach AOS. Pacjenci zyskają ustawowe prawo do uzyskania refundacji poniesionych wydatków, co umocni ich pozycję prawną w relacjach z systemem opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie tych rozwiązań wymusi na NFZ dostosowanie dotychczasowych procedur administracyjnych, w tym opracowanie nowych mechanizmów obsługi wniosków o zwrot kosztów oraz reorganizację sposobu finansowania i kontraktowania świadczeń z placówkami medycznymi. NFZ będzie zobligowany do efektywniejszego zarządzania środkami i zapewnienia terminowej dostępności świadczeń, co może prowadzić do renegocjacji umów ze świadczeniodawcami. Ponadto, ustawa wyklucza możliwość przerzucania na placówki medyczne odpowiedzialności finansowej za niedotrzymanie terminów, co prawnie zabezpiecza je przed ewentualnymi roszczeniami ze strony NFZ.

W związku z powyższym konieczna jest nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146, 858, 1222) w zakresie:

- 1) dodania art. 20a;
- 2) zmiany brzmienia ust. 11 w art. 139.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych, w stosunku do projektowanej ustawy, środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projekt ustawy jest zgodny z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej.

Projektowana ustawa nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

4. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze i finansowe

1) Skutki społeczne

Projekt ustawy wywoła pozytywne skutki społeczne. Wprowadzenie ustawowego limitu 60 dni oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w ramach AOS oraz możliwość zwrotu kosztów prywatnych wizyt przez NFZ może **znacząco poprawić dostępność do specjalistycznej opieki medycznej**. Pacjenci będą mogli szybciej uzyskać diagnozę i rozpocząć leczenie, co przełoży się na poprawę ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa. Zmniejszenie czasu oczekiwania może również prowadzić do redukcji liczby powikłań i zaostrzeń chorób wynikających z opóźnionego dostępu do specjalistów.

Ponadto, proponowane rozwiązania mogą przyczynić się do **zmniejszenia nierówności społecznych w dostępie do opieki zdrowotnej**. Osoby, które wcześniej nie mogły sobie pozwolić na prywatne wizyty ze względów finansowych, zyskają możliwość szybszego skorzystania z opieki specjalistycznej bez dodatkowego obciążenia budżetu domowego. Zwiększenie dostępności do świadczeń może poprawić satysfakcję pacjentów z systemu opieki zdrowotnej oraz zwiększyć zaufanie do instytucji publicznych. Dodatkowo, presja na NFZ i placówki medyczne w celu zapewnienia terminowej opieki może skutkować **ogólną poprawą efektywności i jakości usług medycznych w kraju**.

2) Skutki gospodarcze

Projekt ustawy wywoła pozytywne skutki gospodarcze we wskazanym poniżej zakresie.

Lepsza dystrybucja środków publicznych: NFZ będzie musiał kierować środki finansowe na pokrycie realnie dokonanych świadczeń, co pozwoli na lepszą kalkulację w przyszłości i wydajniejszą alokację środków.

Wpływ na efektywność systemu opieki zdrowotnej: presja na NFZ i placówki medyczne, aby zapewnić terminową opiekę, może prowadzić do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów i optymalizacji procesów.

Stymulacja prywatnego sektora opieki zdrowotnej: możliwość refundacji kosztów prywatnych wizyt może zwiększyć popyt na usługi medyczne w sektorze prywatnym. Prywatne placówki mogą odnotować wzrost liczby pacjentów, co może prowadzić do rozwoju tego sektora, tworzenia nowych miejsc pracy i zwiększenia konkurencji na rynku usług medycznych.

Wpływ na rynek pracy: zmniejszenie absencji chorobowych pracowników, ze względu na szybszą dostępność leczenia.

Długoterminowe oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej: poprawa dostępu do specjalistycznej opieki medycznej i wcześniejsze diagnozowanie chorób mogą prowadzić do zmniejszenia liczby powikłań i hospitalizacji. W dłuższej perspektywie może to obniżyć koszty leczenia dla systemu opieki zdrowotnej.



Poprawa produktywności polskiej gospodarki: lepszy stan zdrowia populacji może przełożyć się na wyższą produktywność pracy, mniejszą liczbę dni absencji chorobowych oraz ogólny wzrost efektywności gospodarki. Zdrowe społeczeństwo jest bardziej aktywne zawodowo i społecznie, co pozytywnie wpływa na rozwój gospodarczy kraju.

3) Skutki finansowe

Wprowadzenie ustawowego limitu 60 dni na uzyskanie świadczenia w ramach AOS oraz możliwość zwrotu kosztów prywatnych wizyt przez NFZ może mieć pozytywny wpływ na sektor finansów publicznych.

A. Wpływ na budżet państwa

Efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych: skuteczniejsze zarządzanie zasobami przez NFZ, wynikające z konieczności zapewnienia terminowej opieki, może prowadzić do optymalizacji wydatków i lepszego wykorzystania dostępnych środków finansowych.

Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa: szybszy dostęp do specjalistów może przyczynić się do wcześniejszego wykrywania i leczenia chorób, co w dłuższej perspektywie może zmniejszyć koszty leczenia powikłań i hospitalizacji, odciążając budżet państwa.

Wzrost wpływów z podatków: poprawa zdrowia obywateli może prowadzić do zwiększenia aktywności zawodowej i produktywności, co przekłada się na wyższe wpływy z podatków dochodowych i pośrednich.

B. Wpływ na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Oszczędności w lokalnych systemach opieki zdrowotnej: lepsza dostępność do specjalistycznej opieki medycznej może zmniejszyć obciążenie lokalnych placówek podstawowej opieki zdrowotnej i szpitali, co pozwoli na efektywniejsze wykorzystanie środków w budżetach samorządowych.

Wzrost zatrudnienia w sektorze medycznym: możliwość zwiększenia liczby specjalistów w regionach może prowadzić do tworzenia nowych miejsc pracy, co pozytywnie wpłynie na lokalne gospodarki i wpływy z podatków lokalnych.

Poprawa jakości życia mieszkańców: lepszy dostęp do opieki medycznej zwiększa atrakcyjność regionu, co może przyciągać inwestorów i wpływać na rozwój gospodarczy jednostek samorządu terytorialnego.

Biorąc powyższe pod uwagę projektowane rozwiązania mają potencjał przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania środków publicznych, poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz pozytywnie wpłynąć na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego poprzez zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej i stymulację rozwoju gospodarczego.

C. Koszt wprowadzenia ustawy

Koszt wprowadzenia ustawy można postrzegać jako **inwestycję w sprawiedliwszy dostęp do opieki zdrowotnej oraz poprawę ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa**. Przeniesienie finansowania części usług specjalistycznych na Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) pozwoli pacjentom **szybciej otrzymać konieczną pomoc, co może zapobiec powikłaniom zdrowotnym oraz zmniejszyć potrzebę bardziej kosztownych interwencji medycznych w przyszłości**. W efekcie poprawi to także efektywność systemu ochrony zdrowia poprzez odciążenie placówek publicznych.

NFZ, poprzez taką realokację środków, będzie w stanie zapewnić pacjentom dostęp do potrzebnych świadczeń w krytycznym momencie, a nie dopiero po długim okresie oczekiwania. **To przekształcenie w strukturze finansowania może także sprzyjać lepszemu planowaniu budżetu NFZ**, ponieważ z każdym rokiem będzie wzrastać liczba danych o zapotrzebowaniu na świadczenia refundowane. Zwiększona presja na publiczny system zdrowia, wynikająca z potrzeby spełnienia nowych standardów dostępności, może prowadzić do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów, co długoterminowo przyniesie korzyści finansowe.

Co więcej, wprowadzenie przepisów o obowiązku zwrotu kosztów prywatnych wizyt **może zmotywować NFZ do optymalizacji kontraktów ze świadczeniodawcami, co z kolei zwiększy przejrzystość i efektywność alokacji środków publicznych**. Warto też podkreślić, że ustawa zakłada proste i jasne procedury zwrotu, co zminimalizuje bariery administracyjne dla pacjentów i przyczyni się do wzrostu ich zaufania do instytucji publicznych. Rozwiązanie to ma również potencjał do zmniejszenia nierówności społecznych – pacjenci z ograniczonymi zasobami finansowymi uzyskają prawo do szybszej opieki specjalistycznej bez konieczności ponoszenia dodatkowych, nieplanowanych wydatków.

Jeśli chodzi o estymację kosztów, to założyć można, że część wydatków prywatnych dotychczas pokrywana przez pacjentów z ich środków prywatnych będzie finansowana ze środków publicznych, ale niemożliwe jest wskazanie, jaka część. Realizacja tej ustawy przenosi część prywatnych wydatków zdrowotnych do sektora publicznego, co na poziomie budżetowym może być odczuwalne, jednak w kontekście długofalowym, ustawa ta może prowadzić do oszczędności dzięki wcześniejszemu wykrywaniu chorób i zapobieganiu ich pogorszeniu, co ograniczy koszty leczenia powikłań. Z tego punktu widzenia, ustawa działa zarówno na rzecz pacjentów, jak i całego systemu ochrony zdrowia, wzmacniając jego stabilność oraz jakość oferowanej opieki.

5. Źródła finansowania

Koszty wynikające z realizacji ustawy zostaną pokryte ze środków NFZ, który może dokonać realokacji środków w ramach własnego budżetu oraz skorzystać z rezerw finansowych przeznaczonych na nieprzewidziane wydatki. W razie potrzeby możliwe jest również wsparcie ze środków budżetu państwa, przewidzianych w ramach planowanych wydatków na ochronę zdrowia. Nie przewiduje się obciążenia budżetów jednostek samorządu terytorialnego, gdyż

finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ustawy jest zadaniem NFZ i budżetu państwa.

6. Inne

Projekt nie był poddawany formalnym konsultacjom społecznym.

Projekt nie zawiera przepisów określających zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej.

Wdrożenie projektowanych przepisów nie spowoduje wzrostu obciążeń administracyjnych mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt ustawy jest zgodny z przepisami ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236, 1222).

Projekt nie zawiera przepisów regulacyjnych i nie określa wymogów dotyczących świadczenia usług transgranicznych w rozumieniu ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 334).

Projektowana ustawa nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).



DEKLAROWANE SKUTKI REGULACJI (DSR)

projektu ustawy

Informacja o projekcie

a) Tytuł projektu:

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

b) Przedstawiciel wnioskodawcy:

Przemysław Wipler

I. Część wstępna

[1] Zwięzły opis zidentyfikowanego problemu i proponowanych rozwiązań.

Projekt ustawy dotyczy skrócenia czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) do maksymalnie 60 dni. Jeżeli pacjent nie zostanie przyjęty w tym terminie przez placówki współpracujące z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), będzie miał prawo skorzystać z wizyty prywatnej, a NFZ będzie zobowiązany do zwrotu poniesionych kosztów tej wizyty.

Celem projektu ustawy jest zwiększenie dostępności do specjalistycznej opieki medycznej oraz poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia. Projektowane rozwiązania zobowiązują NFZ do odpowiedzialnego zarządzania środkami finansowymi i takiego ich rozdziału między świadczeniodawców, aby zapewnić terminowość udzielania świadczeń, jednocześnie uniemożliwiając przerzucanie kosztów zwrotów na placówki medyczne.

[2] Czy były rozważane rozwiązania alternatywne?

☐ **Tak**

Wszystkie cele ustawy można byłoby osiągnąć w sposób tańszy i pewniejszy dokonując głębszej, systemowej reformy ochrony zdrowia polegającej na likwidacji monopolu NFZ i wprowadzeniu systemu konkurencji wielu ubezpieczycieli (publicznych i prywatnych), wzorowanym np. na rozwiązaniach niemieckich i czeskich. Zrealizowanie systemowej



reformy nie jest jednak możliwe poprzez pojedynczy projekt ustawy. Wymagałaby ona szerokiego pakietu działań na poziomie rządowym, obejmującego m.in. liczne działania analityczne i przygotowawcze, podjęcie dialogu z branżą medyczną i ubezpieczeniową, opracowanie złożonego pakietu legislacyjnego wymagającego zasobów merytorycznych znajdujących się w posiadaniu rządu, a być może również przeprowadzenie pilotażu reformy na terytorium części kraju. Wobec braku jakiejkolwiek woli politycznej w tej sprawie po stronie władzy wykonawczej, konieczne jest podjęcie próby dokonania reformy prostszej i jedynie częściowej, poprzez złożenie niniejszego projektu ustawy, nawiązującego do obietnic składanych w kampanii wyborczej przez polityków obozu rządzącego.

II. Wymogi określone w art. 34 ust. 2 pkt 3–5 regulaminu Sejmu

[3] Jakie są przewidywane skutki prawne projektowanych rozwiązań?

Projektowane zmiany w ustawie wprowadzą nowe obowiązki prawne dla NFZ, polegające na konieczności zwrotu pacjentom kosztów prywatnych wizyt u lekarzy specjalistów w sytuacji, gdy nie zostaną oni przyjęci w terminie 60 dni w ramach AOS. Pacjenci zyskają ustawowe prawo do uzyskania refundacji poniesionych wydatków, co umocni ich pozycję prawną w relacjach z systemem opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie tych rozwiązań wymusi na NFZ dostosowanie dotychczasowych procedur administracyjnych, w tym opracowanie nowych mechanizmów obsługi wniosków o zwrot kosztów oraz reorganizację sposobu finansowania i kontraktowania świadczeń z placówkami medycznymi. NFZ będzie zobligowany do efektywniejszego zarządzania środkami i zapewnienia terminowej dostępności świadczeń, co może prowadzić do renegotjacji umów ze świadczeniodawcami. Ponadto, projekt ustawy wyklucza możliwość przerzucania na placówki medyczne odpowiedzialności finansowej za niedotrzymanie terminów, co prawnie zabezpiecza je przed ewentualnymi roszczeniami ze strony NFZ.

W związku z powyższym konieczna jest nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146, 858, 1222) w zakresie:

- 1) dodania art. 20a;
- 2) zmiany brzmienia ust. 11 w art. 139.

Projekt ustawy jest zgodny z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej.

Projektowana ustawa nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

[4] Jakie są przewidywane skutki społeczne projektowanych rozwiązań?



Wprowadzenie ustawowego limitu 60 dni oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w ramach AOS oraz możliwość zwrotu kosztów prywatnych wizyt przez NFZ może **znacząco poprawić dostępność do specjalistycznej opieki medycznej**. Pacjenci będą mogli szybciej uzyskać diagnozę i rozpocząć leczenie, co przełoży się na poprawę ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa. Zmniejszenie czasu oczekiwania może również prowadzić do redukcji liczby powikłań i zaostrzeń chorób wynikających z opóźnionego dostępu do specjalistów.

Ponadto, proponowane rozwiązania mogą przyczynić się do **zmniejszenia nierówności społecznych w dostępie do opieki zdrowotnej**. Osoby, które wcześniej nie mogły sobie pozwolić na prywatne wizyty ze względów finansowych, zyskają możliwość szybszego skorzystania z opieki specjalistycznej bez dodatkowego obciążenia budżetu domowego. Zwiększenie dostępności do świadczeń może poprawić satysfakcję pacjentów z systemu opieki zdrowotnej oraz zwiększyć zaufanie do instytucji publicznych. Dodatkowo, presja na NFZ i placówki medyczne w celu zapewnienia terminowej opieki może skutkować **ogólną poprawą efektywności i jakości usług medycznych w kraju**.

[5] Jakie są przewidywane skutki gospodarcze projektowanych rozwiązań?

Wprowadzenie limitu 60 dni oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty oraz możliwość zwrotu kosztów prywatnych wizyt przez NFZ może wywołać istotne pozytywne skutki gospodarcze we wskazanym poniżej zakresie.

Lepsza dystrybucja środków publicznych: NFZ będzie musiał kierować środki finansowe na pokrycie realnie dokonanych świadczeń, co pozwoli na lepszą kalkulację w przyszłości i wydajniejszą alokację środków.

Wpływ na efektywność systemu opieki zdrowotnej: presja na NFZ i placówki medyczne, aby zapewnić terminową opiekę, może prowadzić do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów i optymalizacji procesów.

Stymulacja prywatnego sektora opieki zdrowotnej: możliwość refundacji kosztów prywatnych wizyt może zwiększyć popyt na usługi medyczne w sektorze prywatnym. Prywatne placówki mogą odnotować wzrost liczby pacjentów, co może prowadzić do rozwoju tego sektora, tworzenia nowych miejsc pracy i zwiększenia konkurencji na rynku usług medycznych.

Wpływ na rynek pracy: zmniejszenie absencji chorobowych pracowników, ze względu na szybszą dostępność leczenia.

Długoterminowe oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej: poprawa dostępu do specjalistycznej opieki medycznej i wcześniejsze diagnozowanie chorób mogą prowadzić do zmniejszenia liczby powikłań i hospitalizacji. W dłuższej perspektywie może to obniżyć koszty leczenia dla systemu opieki zdrowotnej.



Poprawa produktywności polskiej gospodarki: lepszy stan zdrowia populacji może przełożyć się na wyższą produktywność pracy, mniejszą liczbę dni absencji chorobowych oraz ogólny wzrost efektywności gospodarki. Zdrowe społeczeństwo jest bardziej aktywne zawodowo i społecznie, co pozytywnie wpływa na rozwój gospodarczy kraju.

[6] Jakie są przewidywane skutki finansowe projektowanych rozwiązań, w szczególności wpływ na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego?

Projekt ustawy może mieć pozytywny wpływ na sektor finansów publicznych. Projektowane rozwiązania mają potencjał przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania środków publicznych, poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz pozytywnie wpłynąć na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego poprzez zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej i stymulację rozwoju gospodarczego.

Wpływ na budżet państwa

Efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych: skuteczniejsze zarządzanie zasobami przez NFZ, wynikające z konieczności zapewnienia terminowej opieki, może prowadzić do optymalizacji wydatków i lepszego wykorzystania dostępnych środków finansowych.

Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa: szybszy dostęp do specjalistów może przyczynić się do wcześniejszego wykrywania i leczenia chorób, co w dłuższej perspektywie może zmniejszyć koszty leczenia powikłań i hospitalizacji, odciążając budżet państwa.

Wzrost wpływów z podatków: poprawa zdrowia obywateli może prowadzić do zwiększenia aktywności zawodowej i produktywności, co przekłada się na wyższe wpływy z podatków dochodowych i pośrednich.

Wpływ na budżety jednostek samorządu terytorialnego

Oszczędności w lokalnych systemach opieki zdrowotnej: lepsza dostępność do specjalistycznej opieki medycznej może zmniejszyć obciążenie lokalnych placówek podstawowej opieki zdrowotnej i szpitali, co pozwoli na efektywniejsze wykorzystanie środków w budżetach samorządowych.

Wzrost zatrudnienia w sektorze medycznym: możliwość zwiększenia liczby specjalistów w regionach może prowadzić do tworzenia nowych miejsc pracy, co pozytywnie wpłynie na lokalne gospodarki i wpływy z podatków lokalnych.

Poprawa jakości życia mieszkańców: lepszy dostęp do opieki medycznej zwiększa atrakcyjność regionu, co może przyciągać inwestorów i wpływać na rozwój gospodarczy jednostek samorządu terytorialnego.

Koszty wprowadzenia ustawy

Można założyć, że część wydatków prywatnych dotychczas pokrywana przez pacjentów z ich środków prywatnych będzie finansowana ze środków publicznych, ale niemożliwe jest wskazanie, jaka część. Realizacja tej ustawy przenosi część prywatnych wydatków zdrowotnych do sektora publicznego, co na poziomie budżetowym może być odczuwalne, jednak **w kontekście długofalowym, ustawa ta może prowadzić do oszczędności dzięki wcześniejszemu wykrywaniu chorób i zapobieganiu ich pogorszeniu, co ograniczy koszty leczenia powikłań.** Z tego punktu widzenia, ustawa działa zarówno na rzecz pacjentów, jak i całego systemu ochrony zdrowia, wzmacniając jego stabilność oraz jakość oferowanej opieki.

[7] Wykaz źródeł finansowania, jeśli projekt ustawy pociąga za sobą obciążenie budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Koszty wynikające z realizacji ustawy zostaną pokryte ze środków NFZ, który może dokonać realokacji środków w ramach własnego budżetu oraz skorzystać z rezerw finansowych przeznaczonych na nieprzewidziane wydatki. W razie potrzeby możliwe jest również wsparcie ze środków budżetu państwa, przewidzianych w ramach planowanych wydatków na ochronę zdrowia. Nie przewiduje się obciążenia budżetów jednostek samorządu terytorialnego, gdyż finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ustawy jest zadaniem NFZ i budżetu państwa.

[8] Czy projekt ustawy podlega procedurze notyfikacyjnej?

☐ **Nie**

III. Wymogi określone w art. 34 ust. 2a i 2b regulaminu Sejmu

[9] Czy projekt ustawy zawiera przepisy określające zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej (art. 34 ust. 2a regulaminu Sejmu)?

☐ **Nie**

[10] Czy wdrożenie projektowanych przepisów spowoduje obciążenia administracyjne mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców (art. 34 ust. 2a regulaminu Sejmu)?

☐ **Nie**

[11] Czy projekt ustawy zawiera przepisy regulacyjne lub określa wymogi dotyczące świadczenia usług transgranicznych w rozumieniu ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o



KONFEDERACJA
WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ

zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (art. 34 ust. 2b regulaminu Sejmu)?

☐ **Nie**

Warszawa, 10 grudnia 2024 r.

BEOS-WPEiM-2522/24

DS. 1120.482.2024(2)
M. 12.2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia

w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Przemysław Wipler)

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2022 r. poz. 990, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Projekt ustawy przewiduje zmianę ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa). Zmiana zakłada dodanie art. 20a oraz art. 139 ust. 11 w tej ustawie. Zgodnie z projektem świadczeniobiorca będzie miał prawo do uzyskania świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w terminie nie dłuższym niż 60 dni od dnia zgłoszenia się do świadczeniodawcy (art. 1 pkt 1 projektu). Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) będzie zobowiązany do takiego rozdziału środków finansowych pomiędzy świadczeniodawców, aby zapewnić dostępność świadczeń w tym terminie dla świadczeniobiorców danego oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 1 pkt 2 projektu). Jeśli nie będzie możliwości udzielenia świadczenia w tym terminie u żadnego ze świadczeniodawców, świadczeniobiorca będzie miał prawo skorzystania ze świadczenia u innego podmiotu leczniczego na zasadach odpłatnych, a Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zobowiązany do zwrotu całości poniesionych przez świadczeniobiorcę kosztów tego świadczenia. Zwrot kosztów będzie następował na wniosek świadczeniobiorcy złożony do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy oddziału wojewódzkiego NFZ. Wszystkie koszty związane ze zwrotem mają być pokrywane ze środków własnych tego oddziału. Projekt

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SP5-197.020.294.7.2024
Data wpływu M. 12.2024 r.

określa termin złożenia wniosku, elementy wniosku, termin zwrotu kosztów. Jednym z elementów wniosku jest numer PESEL świadczeniobiorcy.

Proponowana ustawa ma wejść w życie po upływie 90 dni od dnia ogłoszenia (art. 2 projektu ustawy).

2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem

W prawie Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia należy wskazać art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej: TfUE). Zgodnie z tym przepisem Unia Europejska dąży do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowotnej w ramach wszystkich swoich polityk i działań. Działanie Unii, uzupełniające polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń.

Odnosząc się do wymogu podania numeru PESEL w przypadku składania wniosku o zwrot kosztów świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, należy przywołać art. 18 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej: TfUE). Zgodnie z tym przepisem w zakresie zastosowania Traktatów i bez uszczerbku dla postanowień szczególnych, które one przewidują, zakazana jest wszelka dyskryminacja ze względu na przynależność państwową.

3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej

Na podstawie art 168 TfUE należy stwierdzić, że formułowanie krajowych polityk zdrowotnych jest wyłączną kompetencją państw członkowskich, a działania UE nie obejmują określania polityk zdrowotnych ani organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej w państwach członkowskich. Określenie systemu udzielania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej należy więc do kompetencji państw członkowskich.

Co do wymogu podania numeru PESEL w przypadku składania wniosku o zwrot kosztów świadczenia odpłatnego uzyskanego przez świadczeniobiorcę – w związku z brakiem możliwości uzyskania w określonym terminie świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (art. 1 pkt 1 projektu ustawy w zakresie art. 20a ust. 4 pkt 3 ustawy) – należy zwrócić uwagę, że proponowany przepis nie przewiduje sytuacji, w której świadczeniobiorca nie będzie posiadał numeru PESEL. Dla osób nieposiadających numeru PESEL, w tym obywateli innych niż Polska państw członkowskich UE, wymóg podania numeru PESEL stanowiłby barierę administracyjną w uzyskaniu zwrotu kosztów świadczenia. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że zmieniana ustawa w wielu jednostkach redakcyjnych odnoszących się do realizacji uprawnień do świadczeń medycznych i zawierających wymóg podania numeru PESEL zawiera dodatkowo sformułowanie: „a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość” (zob. np. art. 20 ust. 2 pkt 3

lit. a, art. 20 ust. 2a pkt 2 lit. a, art. 42d ust. 4 ustawy). Takie sformułowanie zapewnia niedyskryminacyjne traktowanie osób nieposiadających numeru PESEL, w tym obywateli innych niż Polska państw członkowskich UE. Brak analogicznego sformułowania w proponowanym przepisie może budzić wątpliwości co do zgodności z zasadą niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową, o której mowa w art. 18 TfUE.

4. Konkluzja

Zawarty w proponowanym art. 20a ust. 4 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymóg podania numeru PESEL w przypadku realizacji uprawnienia do zwrotu kosztów świadczenia może budzić wątpliwości co do zgodności z zakazem dyskryminacji ze względu na przynależność państwową, o którym mowa w art. 18 TfUE.

W pozostałym zakresie projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Autor:

Dorota Olejniczak

ekspert ds. legislacji

w Biurze Ekspertyz

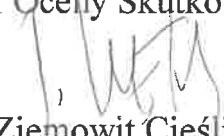
i Oceny Skutków Regulacji

Akceptował:

Wicedyrektor

Biura Ekspertyz

i Oceny Skutków Regulacji



Ziemowit Cieślik

Warszawa, 10 grudnia 2024 r.

BEOS-WPEiM-2523/24

DS 1120.482.2024
11.12.2024 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia

w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Przemysław Wipler) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu

Projekt ustawy przewiduje zmianę ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa). Zmiana zakłada dodanie art. 20a oraz art. 139 ust. 11 w tej ustawie. Zgodnie z projektem świadczeniobiorca będzie miał prawo do uzyskania świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w terminie nie dłuższym niż 60 dni od dnia zgłoszenia się do świadczeniodawcy (art. 1 pkt 1 projektu). Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) będzie zobowiązany do takiego rozdziału środków finansowych pomiędzy świadczeniodawców, aby zapewnić dostępność świadczeń w tym terminie dla świadczeniobiorców danego oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 1 pkt 2 projektu). Jeśli nie będzie możliwości udzielenia świadczenia w tym terminie u żadnego ze świadczeniodawców, świadczeniobiorca będzie miał prawo skorzystania ze świadczenia u innego podmiotu leczniczego na zasadach odpłatnych, a Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zobowiązany do zwrotu całości poniesionych przez świadczeniobiorcę kosztów tego świadczenia. Zwrot kosztów będzie następował na wniosek świadczeniobiorcy złożony do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy oddziału wojewódzkiego NFZ. Wszystkie koszty związane ze zwrotem mają być pokrywane ze środków własnych tego oddziału. Projekt określa termin złożenia wniosku, elementy wniosku, termin zwrotu kosztów. Jednym z elementów wniosku jest numer PESEL świadczeniobiorcy.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów mających na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

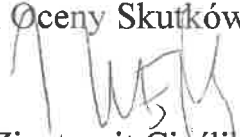
WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SP5-WP.080.294.8.2024
Data wpływu 11.12.2024 r.

Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.

Autor:

Dorota Olejniczak
ekspert ds. legislacji
w Biurze Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Akceptował:
Wicedyrektor
Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji



Ziemowit Cieślak



KONFEDERACJA
WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz. SPS - LP. 020.294.12.2025

Data wpływu 19.02.2025 r.

Warszawa, dnia 18. lutego 2025 r.

Przemysław Wipler

Poseł na Sejm RP

Klub Poselski Konfederacja

RPW/6311/2025 - 1P



EZD RP KS
Wysława Kiljańczyk WK (GMS - WSU)
Data rejestracji: 2025 - 02 - 19
Data wpływu: 2025 - 02 - 19

Szanowny Pan

Szymon Hołownia

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

niniejszym, działając jako przedstawiciel posłów wnioskodawców, wnoszę
o uzupełnienie uzasadnienia do poselskiego projektu ustawy

**- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych,**

złożonego na ręce Pana Marszałka w dniu 26 listopada 2024 r., o wskazanie skutków
finansowych jej wykonania.

Z wyrazami szacunku,



UZUPEŁNIENIE UZASADNIENIA

W uzasadnieniu niniejszego projektu treść całego punktu 2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma zostać unormowana oraz punktu 4. 3) C. Koszt wprowadzenia ustawy zastępuje się następującą treścią:

2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana

Zgodnie ze sprawozdaniem z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za III kwartał 2024 roku koszty świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w okresie I - IX 2024 r. wyniosły ok. **12 miliardów złotych** (dokładnie 12 265 887,46 tys. zł)¹.

Przyjmując tę informację jako dane wyjściowe możemy założyć, że NFZ wydaje ok. 1,36 mld złotych miesięcznie na świadczenia zdrowotne w zakresie AOS, co daje ok. 16 mld złotych rocznie.

Celem projektowanych zmian jest skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie w ramach AOS do maksymalnie 60 dni. Tabela sprawozdawcza nr IV.22.1.1.², stanowiąca załącznik do ww. sprawozdania, wskazuje, że na koniec III kwartału 2024 r. najwięcej osób, oczekujących na świadczenie w ramach AOS, czekało w kolejkach do następujących poradni:

- okulistycznej - 439 605 osób,
- stomatologicznej - 274 427 osób,
- neurologicznej - 251 013 osób,
- chirurgii urazowo-ortopedycznej - 211 582 osób,
- dermatologicznej - 191 521 osób,
- kardiologicznej - 189 010 osób.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie w ramach AOS dla przypadków pilnych wyniosła najwięcej w poniższych komórkach organizacyjnych:

- poradnia genetyczna dla dzieci - 287 dni,
- poradnia chorób tarczycy - 157 dni,
- poradnia neurochirurgiczna - 150 dni,
- poradnia endokrynologiczna osteoporozy - 144 dni,
- poradnia leczenia zeza dla dzieci - 142 dni.

¹https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/zarzadzania_prezesa/uchwaly_rady_nfz/2025/uchwala_nr_1_z_dnia_7_stycznia_2025_r.-sig.pdf

²https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/284/6689/1/zalacznik_do_uchwaly_nr_1-tabele.7z



KONFEDERACJA
WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie w ramach AOS dla przypadków stabilnych wyniosła najwięcej w poniższych komórkach organizacyjnych:

- poradnia genetyczna dla dzieci - 526 dni,
- poradnia endokrynologiczna osteoporozy - 491 dni,
- zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem - 415 dni,
- poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej - 313 dni,
- poradnia chorób tarczycy - 247 dni.

Pacjentów zaklasyfikowanych jako **przypadki pilne**, oczekujących na uzyskanie świadczenia w ramach AOS we wszystkich kategoriach było: **678 870 osób**.

Pacjentów zaklasyfikowanych jako **przypadki stabilne**, oczekujących na uzyskanie świadczenia w ramach AOS we wszystkich kategoriach było: **3 860 446 osób**.

Wszystkich oczekujących (zarówno zaklasyfikowanych jako przypadki pilne, jak i jako przypadki stabilne) w kategoriach, w których mediana średniego czasu oczekiwania wyniosła powyżej 60 dni było: **2 454 171**.

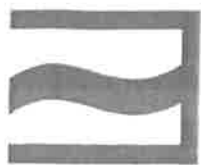
C. Koszt wprowadzenia ustawy

Opierając się na danych przedstawionych w punkcie 2. niniejszego uzasadnienia możemy szacować, że przepisy niniejszej ustawy obejmą **2 454 171 osób**.

Dane GUS za grudzień roku 2024 średnia cena wizyty u lekarza specjalisty wyniosła w Polsce **217,55 zł**.

Tak więc można obliczyć, że koszt wprowadzenia ustawy wyniesie $2\,454\,171 \times 217,55 \text{ zł} \approx \mathbf{533\,904\,901 \text{ zł}}$.

Należy jednak zauważyć, że tak duża liczba oczekujących na świadczenia AOS powyżej 60 dni obejmuje dotychczasowy stan rzeczy. Wprowadzenie motywacji dla Narodowego Funduszu Zdrowia do stworzenia i wdrożenia mechanizmów egzekwujących od świadczeniodawców skrócenie kolejek, w kolejnych latach powinno spowodować sukcesywne zmniejszanie kosztów wprowadzenia ustawy, które w chwili obecnej obejmować będą zarówno stałe koszty skracania kolejek, jak i pokrycie dotychczasowych zaniedbań.



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0023.168.2024.AA

Warszawa, dnia 7 stycznia 2025 r.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz. *SPS-WP.020.294.10.2024*

Data wpływu *07.01.2025*

Pan

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Miśdzie

W odpowiedzi na pismo znak: SPS-WP.020.294.6.2024 z dnia 4 grudnia 2024 r. w sprawie wyrażenie opinii do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uprzejmie informuję, iż w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przedstawiam uwagi, wskazując na trzy kluczowe obszary ryzyka, które mogą sprawić, że wprowadzone zmiany okażą się pozorne i nie przyniosą oczekiwanych rezultatów. Zmiany powinny dotyczyć pacjentów z nowym rozpoznaniem oraz pacjentów pilnych.

1. Ryzyko zmian pozornych – brak wpływu na oddziały NFZ

Proponowane zmiany nie dotyczą organizacji świadczeń zdrowotnych w oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia, które odpowiadają za ich realizację, a na terenie całej Polski. W efekcie:

- pacjenci nadal mogą mieć trudności z dostępem do świadczeń zdrowotnych mimo ich teoretycznej dostępności w systemie,
- zmiany mogą nie poprawić rzeczywistej organizacji świadczeń, zwłaszcza w regionach o ograniczonej infrastrukturze medycznej.

2. Brak limitów wizyt komercyjnych

- projekt ustawy nie określa górnego limitu wizyt komercyjnych ani zasad ich realizacji - zarówno jeśli chodzi o liczbę wizyt, jak i koszt pojedynczej wizyty,
- może to prowadzić do:
 - nadmiernego obciążenia funduszy NFZ w związku z kosztami takich wizyt,
 - przesunięcia personelu medycznego z sektora publicznego do prywatnego, co pogłębi problem z dostępnością świadczeń w systemie publicznym,
 - realizacji wizyt w standardzie niespełniającym wymogu wyposażenia placówki w sprzęt, aparaturę, personel zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.) oraz Zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

3. Niewykorzystany potencjał kompetencji pielęgniarek i położnych

- od 4 lat istnieje możliwość realizacji porad pielęgniarskich i położniczych w AOS (kardiologia, chirurgia, diabetologia, ginekologia, położnictwo),
- brak promocji tych świadczeń zdrowotnych np. w postaci zachęt finansowych dla podmiotów kontraktujących świadczenia w AOS, szkoleń dla pielęgniarek i położnych oraz różnice w wycenie pomiędzy poradą pielęgniarki, położnej i lekarza udzielających tego samego lub bardzo zbliżonego świadczenia zdrowotnego sprawiają, że są one realizowane w minimalnym stopniu,
- zwiększenie wykorzystania istniejącego potencjału mogłoby poprawić dostępność świadczeń bez nieprzewidywalnych dodatkowych kosztów systemowych,
- pacjenci leczeni przewlekłe pozostają pod opieką poradni POZ lub AOS.

Podsumowanie

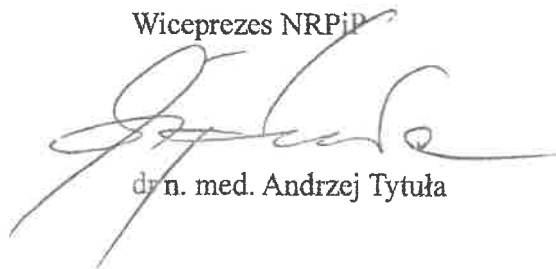
Wprowadzenie proponowanych zmian wymaga uzupełnienia o:

1. organizację świadczeń zdrowotnych w oddziałach NFZ, by zapewnić ich faktyczną dostępność dla pacjentów,
2. określenie limitów wizyt komercyjnych zarówno w liczbie jak i kosztach wizyty, by uniknąć nadmiernego obciążenia systemu,
3. promocję i lepsze finansowanie już istniejących świadczeń zdrowotnych realizowanych pielęgniarskich i położniczych w AOS.

Powyższe działania pozwolą na efektywne wdrożenie zmian i realną poprawę dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

Z poważaniem

Wiceprezes NRPiP



dr. n. med. Andrzej Tytuła



RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI
PROKURATOR GENERALNY

Warszawa, dnia

12/01

2024 r.

1001-1.0280.351.2024

dot. SPS-WP.020.294.6.2024

RPW/1629/2025 – 1P



EZD RP KS
ZSKSDS Sekretariat SZKSDS (ZSKS-DS)
Data rejestracji: 2025-01-16
Data wpływu: 2025-01-16

Pan

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa

Kancelarii Sejmu

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo z dnia 4 grudnia 2024 r., nr SPS-WP.020.294.6.2024, odnoszące się do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazanego Prokuratorowi Generalnemu w trybie art. 3 § 1 pkt 12 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. *Prawo o prokuraturze* (Dz. U. z 2024 r., poz. 390), uprzejmie informuję, że nie przedstawiam opinii o tym projekcie, gdyż normuje on problematykę leżącą poza zakresem zadań prokuratury.

Łączę wyrazami szacunku,

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L.dz. SPS-WP.020.294.6.2024
16.01.2025

Data wpływu

Adam Bodnar
Adam Bodnar