



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
X kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM-0610-51-26

**Druk nr 2456**

Warszawa, 15 kwietnia 2026 r.

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.**

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

*Z poważaniem*

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

## U S T A W A

z dnia

### **o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 48 ust. 1b otrzymuje brzmienie:

„1b. Programy polityki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1a, finansuje Fundusz w zakresie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych dokonanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz świadczeń zdrowotnych udzielanych w programie polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1a pkt 2.”;

2) w art. 97:

a) w ust. 3 pkt 3e otrzymuje brzmienie:

„3e) finansowanie programów polityki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w art. 48 ust. 1b;”,

b) ust. 3k i 3l otrzymują brzmienie:

„3k. Finansowanie przez Fundusz programów polityki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w art. 48 ust. 1b, polega na przekazywaniu środków finansowych, w wysokości i terminach określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wyodrębniony rachunek bankowy jednostek budżetowych właściwych w sprawach realizacji programów polityki zdrowotnej opracowanych, realizowanych i wdrażanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

3l. Jednostki budżetowe, o których mowa w ust. 3k, mogą zaciągać zobowiązania niezbędne do zakupu produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w art. 48 ust. 1b, w tym w roku poprzedzającym ten zakup, do wysokości określonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”.

**Art. 2.** W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675 oraz z 2026 r. poz. 26) w art. 41 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej związanych przyczynowo z zakażeniami i chorobami, objętymi realizacją programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 3, innych niż określonych w ust. 4 i 5, udzielonych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.”.

**Art. 3.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

## UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zakłada zmianę w art. 48 ust. 1b oraz art. 97 ust. 3 pkt 3e, ust. 3k i 3l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.). Zmiana ta jest związana z ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770). Nowelizacja ta miała na celu zmienić podmiot finansujący realizację zadań merytorycznych w ramach programów polityki zdrowotnej wskazanych w art. 48 ust. 1a i art. 97 ust. 3 pkt 3e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym środki na finansowanie tych zadań, w tym świadczeń zdrowotnych (badań diagnostycznych) w ramach części dotyczącej leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C u pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych, zostały zaplanowane w programie, o którym mowa w art. 48 ust. 1a pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i uwzględnione w prognozie przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2025–2027 oraz na lata 2026–2028, jak również w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednak w związku z brakiem uwzględnienia świadczeń zdrowotnych w obecnym brzmieniu art. 48 ust. 1b i art. 97 ust. 3 pkt 3e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia jest możliwe finansowanie wyłącznie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Pomimo jasnego celu zmian wprowadzanych ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw oraz zaplanowaniem środków w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach wskazanego programu polityki zdrowotnej, które są finansowane z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia. Pozostałe zadania merytoryczne – zakup produktów leczniczych i wyrobów medycznych, są finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proponowana zmiana dostosowuje ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do celu wskazanego ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw – tj. zapewnienia komplementarności finansowania interwencji medycznych (w tym również świadczeń zdrowotnych) zaplanowanych w ramach programu polityki

zdrowotnej, o którym mowa w art. 48 ust. 1a pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z obecnym finansowaniem tych świadczeń z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia nie ma potrzeby wprowadzania przepisów przejściowych.

Z kolei projektowana zmiana w art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675 oraz z 2026 r. poz. 26) polegająca na dodaniu ust. 6 ma na celu doprecyzowanie przepisów dotyczących finansowania świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji programu polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV przez wskazanie, że koszty świadczeń opieki zdrowotnej związanych przyczynowo z zakażeniami i chorobami objętymi realizacją programu polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV, innych niż określonych w art. 41 ust. 4 i 5 ww. ustawy, udzielonych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Obecne regulacje prowadzą do szeregu nieporozumień i błędnych interpretacji ze strony podmiotów leczniczych posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia i realizujących jednocześnie program polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV. W zależności od miejsca i sytuacji świadczenia opieki zdrowotnej, w ramach których są wydawane produkty lecznicze oraz są wykonywane badania diagnostyczne wyrobami medycznymi z tego programu, są udzielane bez dodatkowych opłat lub jest pobierana opłata za te świadczenia. Wobec powyższego wskazana grupa pacjentów ma utrudniony dostęp do produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ramach programu, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, skierowanego do wszystkich osób zakażonych HIV i chorych na AIDS przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego.

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zaproponowane przepisy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie m.in. przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych. Wskazany przepis ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych zawiera odesłanie do aktów prawnych, które regulują możliwości korzystania z konkretnych świadczeń zdrowotnych, na zasadach odmiennych niż wskazane w tej ustawie.

Leczenie antyretrowirusowe jest skuteczną metodą przerwania łańcucha epidemiologicznego nowych zakażeń HIV. Pełniąc podwójną rolę – terapeutyczną i profilaktyczną, terapia ta stanowi podstawę strategii prewencyjnych (TasP – leczenie jako profilaktyka, z ang. *Treatment as Prevention*), ponieważ osoby skutecznie leczone, z niewykrywalną wirem HIV nie zakażają innych podczas kontaktów seksualnych (zasada N=N Niewykrywalny=Niezakażający, z ang. U=U *Undetectable = Untransmittable*). Wobec powyższego, umożliwiając leczenie osobom zakażonym, zmniejszamy przyszłe koszty leczenia kolejnych osób, które miałyby ryzyko zakażenia od tych osób.

Nieleczenie zakażenia HIV lub przerwanie leczenia, np. z powodu utraty tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i braku możliwości odbycia wizyty lekarskiej, na której są wydawane leki, powoduje progresję chorób współistniejących, m.in. włóknienie mięszu wątroby u osób zakażonych przewlekle HCV oraz wzrost aktywności markerów zapalnych, a co za tym idzie powodują starzenie oraz rozwój powikłań sercowo-naczyniowych, metabolicznych oraz kostnych. W ostatnich latach podkreśla się również wzrost ryzyka nowotworów związanych z nieskutecznym leczeniem. Ponadto przerwanie leczenia prowadzi do zwiększenia ryzyka nieskuteczności wirusowej (brak supresji replikacji) po ponownym jego wdrożeniu (zjawisko lekooporności). Na podstawie wielu badań udowodniono również, że przerwy w terapii antyretrowirusowej zwiększają ryzyko transmisji zakażenia HIV u osób przewlekle zakażonych, przyczyniając się do rozszerzania epidemii HIV/AIDS.

Należy zatem z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że pacjent, którego nie leczy się lub u którego przerywa się leczenie antyretrowirusowe, po jakimś czasie (po kilku tygodniach lub kilku miesiącach) wróci do oddziału szpitalnego w stanie ciężkim, wymagając hospitalizacji z powodu zakażeń oportunistycznych, nowotworów lub innych powikłań powodowanych przez zakażenie HIV. Będzie to wówczas stan bezpośredniego zagrożenia życia i pacjent ten będzie wymagał, tak czy inaczej, podania leków antyretrowirusowych ze wskazań życiowych. Dodatkowo pacjent ten będzie generować koszty znacznie większe niż nieprzerwana terapia ARV, m.in. z powodu hospitalizacji i konieczności leczenia zagrażających życiu zakażeń oportunistycznych. Koszty te będą wielokrotnie wyższe niż koszt wizyty lekarskiej, na której są wydawane produkty lecznicze i będą robione badania wyrobami medycznymi finansowanymi z programu dla wszystkich osób, które tego wymagają.

Przedmiotowa regulacja nie wymaga przepisów przejściowych.

Proponuje się wejście w życie ustawy po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowana ustawa nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt ustawy nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projektowana ustawa nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projektowana ustawa nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do uchwalenia projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pani Katarzyna Kęcka – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Pani Anna Baumann-Popczyk – Dyrektor w Departamencie Zdrowia Publicznego mail: a.popczyk@mz.gov.pl, tel.: +48 22 530 03 18</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 08.04.2026 r.</p> <p><b>Źródło</b> Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD250</p>
--	---

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W związku ze zmianą podmiotu finansującego realizację programów polityki zdrowotnej wskazanych w art. 48 ust. 1a i art. 97 ust. 3 pkt 3e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770) i brakiem przepisów dotyczących finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) świadczeń zaplanowanych w programie, o którym mowa w art. 48 ust. 1a pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczącego leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C u pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych (leczenie HCV), nie jest możliwe finansowanie tych świadczeń zdrowotnych z budżetu NFZ. W związku z tym, mimo zaplanowania kosztów omawianych świadczeń w budżecie NFZ, obecnie są one finansowane z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia.

W aktualnym stanie prawnym dostęp do produktów leczniczych wydawanych w ramach programu polityki zdrowotnej – leczenia antyretrowirusowego – jest utrudniony dla osób zakażonych HIV, które nie posiadają uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, ze względu na brak finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza programem polityki zdrowotnej. Obecne regulacje prowadzą do szeregu nieporozumień i błędnych interpretacji ze strony podmiotów leczniczych posiadających umowę z NFZ i realizujących jednocześnie program polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV. W zależności od miejsca i sytuacji świadczenia opieki zdrowotnej, w ramach których są wydawane produkty lecznicze oraz są wykonywane badania diagnostyczne wyrobami medycznymi z tego programu, są udzielane bez dodatkowych opłat lub jest pobierana opłata za te świadczenia.

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

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wprowadza zmiany w art. 48 ust. 1b oraz art. 97 ust. 3 pkt 3e, ust. 3k i 3l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie umożliwiającym finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowanych w programie, o którym mowa w art. 48 ust. 1a pkt 2 tej ustawy, ze środków NFZ.

Projektowana zmiana w art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675, z późn. zm.), polegająca na dodaniu ust. 6, doprecyzowującego przepisy dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji programu polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV (leczenie zakażenia HIV) pacjentom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wskazuje źródło finansowania tych świadczeń – budżet państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

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

Zakres spraw regulowanych w projekcie ustawy nie jest objęty przepisami Unii Europejskiej. Z uwagi na zakres projektu ustawy nie jest konieczne dokonywanie porównania. Rozwiązanie jest dostosowane do potrzeb krajowych.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
NFZ	centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	NFZ	rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu polityki zdrowotnej dotyczącego leczenia HCV oraz

			finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z realizacją programu polityki zdrowotnej – leczenia antyretrowirusowego osób zakażonych HIV, pacjentom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego
świadczeniodawcy będący realizatorami programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób zakażonych HIV w Polsce”	24	rządowy program polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026	udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom zgłaszającym się do programu leczenia antyretrowirusowego, nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego
świadczeniobiorcy będący odbiorcami modułu „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”	700	rządowy program polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026	udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji modułu „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”
świadczeniobiorcy nieposiadający uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, będący odbiorcami programu polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób zakażonych HIV w Polsce”	400	Krajowe Centrum do spraw AIDS	udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na które są wydawane skierowania na badania i są wydawane produkty lecznicze finansowane z programu leczenia antyretrowirusowego

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

Odnosnie do projektu ustawy nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy został przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 6) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
- 7) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 8) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 9) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 11) Radzie Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 12) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
- 13) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 14) Federacji Pacjentów Polskich;
- 15) Fundacji Edukacji Społecznej;
- 16) Fundacji Pomorski Dom Nadziei, Stowarzyszenie SOLIDARNI „PLUS”;
- 17) Stowarzyszeniu na rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem”;
- 18) SP ZOZ Wojewódzkiemu Szpitalowi Zakaźnemu w Warszawie;
- 19) Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Białymstoku;

- 20) Wojewódzkiemu Szpitalowi Obserwacyjno-Zakaźnemu im. T. Browicza w Bydgoszczy;
- 21) Szpitalowi Specjalistycznemu w Chorzowie;
- 22) Szpitalom Pomorskim Sp. z o.o. w Gdyni;
- 23) Uniwersyteckiemu Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni;
- 24) SP ZOZ Szpitalowi Uniwersyteckiemu w Krakowie;
- 25) Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu Nr 1 w Lublinie;
- 26) Centrum Medycznemu w Łąncucie Sp. z o.o.;
- 27) Wojewódzkiemu Specjalistycznemu Szpitalowi im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi;
- 28) Szpitalowi Wojewódzkiemu w Opolu Sp. z o.o.;
- 29) Szpitalowi w Ostródzie S.A.;
- 30) Wielospecjalistycznemu Szpitalowi Miejskiemu im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SPZOZ w Poznaniu;
- 31) Szpitalowi Klinicznemu im. Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 32) Samodzielnemu Publicznemu Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu w Szczecinie;
- 33) Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Jerzego Gromkowskiego we Wrocławiu;
- 34) Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu;
- 35) Wrocławskiemu Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu;
- 36) Szpitalowi Uniwersyteckiemu im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.;
- 37) Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego;
- 38) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Lublinie;
- 39) Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie;
- 40) Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu im. Ludwika Rydygiera w Toruniu;
- 41) Instytutowi Matki i Dziecka w Warszawie;
- 42) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 43) Polskiemu Towarzystwu Prawa Medycznego;
- 44) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
- 45) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 46) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 47) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 48) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 49) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 50) Konfederacji „Lewiatan”;
- 51) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 52) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 53) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 54) Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali;
- 55) Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Szpitali Prywatnych;
- 56) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 57) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 58) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- 59) Radzie Dialogu Społecznego;
- 60) Związkowi Powiatów Polskich;
- 61) Związkowi Województw RP.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677 oraz z 2026 r. poz. 160) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408), projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały przedstawione w raporcie z konsultacji i opiniowania.

## 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2024 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)
<b>Dochody ogółem</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
<b>Wydatki ogółem</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00

budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
<b>Saldo ogółem</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00

Źródła finansowania	<p>W zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w programie w części dotyczącej leczenia DAA środki ujęte w planie finansowym NFZ w pozycji B11, przeznaczone na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w art. 48 ust. 1a pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z zapisami w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026.</p> <p>W zakresie finansowania świadczeń niezbędnych do realizacji programu w części leczenia ARV (nieobjętych programem) środki w ramach wydatków zaplanowanych dla części 46 – Zdrowie na świadczenia opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w art. 48 ust. 1a pkt 1 ww. ustawy, udzielone osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.</p>
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p><u>W części dotyczącej leczenia HCV</u></p> <p>Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w module programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 48 ust. 1a pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, będzie realizowane ze środków ujętych w planie finansowym NFZ przeznaczonych na realizację tego programu i nie przekłada się na zwiększenie wydatków NFZ. Do prognozy przychodów NFZ i planu finansowego NFZ była zgłaszana kwota z programu polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026, obejmująca koszty wszystkich zadań merytorycznych (koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz świadczeń opieki zdrowotnej), ponieważ wszystkie te koszty miały być ponoszone przez NFZ od 2023 r., zgodnie z założeniami ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw. W związku z przeoczeniem zapisów dotyczących możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ środki te nie były w pełni wykorzystywane.</p> <p>Zgodnie z programem polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022–2026, koszty badań przewidzianych w module „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” w 2026 r. wynoszą 440 300,00 zł. Ostateczna kwota przeznaczona na badania będzie proporcjonalna do liczby pacjentów objętych programem w danym okresie, zgodnie z zapisami programu.</p> <p><u>W części dotyczącej leczenia HIV</u></p> <p>Skutki wejścia w życie projektu ustawy po stronie ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie świadczeń zdrowotnych związanych z realizacją programu polityki zdrowotnej – leczenia antyretrowirusowego osób zakażonych HIV dla osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego zostaną sfinansowane w ramach wydatków zaplanowanych dla części 46 – Zdrowie, z zabezpieczonej kwoty 26 000 000 000 zł zaklasyfikowanej w rozdziale 85136 – Narodowy Fundusz Zdrowia, w paragrafie 2570 – Dotacja podmiotowa z budżetu dla pozostałych jednostek sektora finansów publicznych, i nie będą angażować środków ponad nakłady przeznaczane corocznie na ochronę zdrowia, zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez konieczności ich zwiększania.</p> <p>Liczba udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji programu polityki zdrowotnej – leczenia antyretrowirusowego osobom nieposiadającym tytułu do ubezpieczenia</p>

	<p>zdrowotnego w roku kalendarzowym, może być zmienna i zależy od wielu czynników. Jednakże nie przewiduje się więcej niż:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 200 wizyt W-14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu;</li> <li>2) 100 wizyt W-11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu;</li> <li>3) 100 wizyt W-43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu.</li> </ol> <p>Zgodnie z zarządzeniem Nr 132/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wycena przedmiotowych świadczeń przedstawia się następująco:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) W-14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu – wartość punktowa 44;</li> <li>2) W-11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu – wartość punktowa 172;</li> <li>3) W-43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu – wartość punktowa 196.</li> </ol> <p>Wartość w zł: 02.1342.001.02 świadczenia w zakresie leczenia AIDS – średnia wartość pkt po rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (od lipca 2025 r.) – 1,89 zł. Na podstawie powyższych danych koszt świadczenia W-14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu wynosi 83,16 zł, W-11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu wynosi 325,08 zł, a W-43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu wynosi 370,44 zł.</p> <p>Łączny koszt świadczeń udzielanych osobom nieposiadającym tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w roku kalendarzowym nie powinien wynieść więcej niż 86 184 zł.</p>
--	--

## 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 2024 r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0,00
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0,00
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0,00
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Przewiduje się, że projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sektor dużych przedsiębiorców.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Przewiduje się, że projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sektor mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Przewiduje się, że projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na ochronę zdrowia publicznego przez ułatwienie dostępu do produktów leczniczych wydawanych w ramach programu polityki zdrowotnej dotyczącej leczenia antyretrowirusowego osób zakażonych HIV, które nie posiadają uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Przewiduje się, że projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na ochronę zdrowia publicznego przez ułatwienie dostępu do produktów leczniczych wydawanych w ramach programu polityki zdrowotnej dotyczącej leczenia antyretrowirusowego osób zakażonych HIV, które nie posiadają uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.						

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 checked="" 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:	<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 elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<p>Komentarz:  Projektowana ustawa nie wprowadza nowych obciążeń administracyjnych.</p>	
<b>9. Wpływ na rynek pracy</b>	
Projektowana ustawa nie wywiera wpływu na rynek pracy.	
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary</b>	
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> inne:
	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowana ustawa będzie miała pozytywny wpływ na zdrowie publiczne przez poprawę dostępu do produktów leczniczych wydawanych w ramach programu polityki zdrowotnej dotyczących leczenia antyretrowirusowego osób zakażonych HIV, które nie posiadają uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>	
Przewiduje się, że projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.	
<b>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>	
Nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.	
<b>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)</b>	
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.	

**Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (UD250)**

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677 oraz z 2026 r. poz. 160) żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

W dniu 22 lipca 2025 r. projekt został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania (z terminem 21 dni na zgłaszanie uwag) do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

Do projektu wpłynęły poniższe uwagi.

Lp.	Jednostka redakcyjna	Podmiot zgłaszający	Treść uwagi (zachowano oryginalną pisownię)	Stanowisko MZ
1.	Art. 1 pkt 1	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego za pośrednictwem Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej	<p>Dodanie w art. 48 ust. 1b zdania drugiego o następującej treści: „Udział w programach polityki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1a, mogą brać również pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, a Fundusz finansuje ich udział w tych programach pomimo zachodzącej w przypadku tych osób koincydencji.”</p> <p>Pacjenci przebywający oddziałach psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych obciążeni są różnego rodzaju schorzeniami. Ich pobyty są długoterminowe, trwają od kilku miesięcy do kilku a nawet kilkunastu lat. Z uwagi na pobyt w szpitalu i występującą koincydencje pozbawieni są możliwość udziału w programie.</p>	<p><b>Nie uwzględniono.</b> Przedmiotowy projekt ustawy reguluje kwestie związane z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieposiadającym tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w celu umożliwienia wydania leków i wykonania badań w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia HIV oraz finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach modułu „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”. Udziału wskazanej grupy pacjentów w programie polityki zdrowotnej, jest możliwy na podstawie zapisów poszczególnych programów polityki zdrowotnej. .</p>
2.	Art. 2	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego za pośrednictwem Związku Województw	<p>Dodanie w art. 46 ust. 1 zdania drugiego o następującej treści: „W programie polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 3 mogą brać udział również pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, a Fundusz finansuje ich udział w tych programach pomimo zachodzącej w przypadku tych osób koincydencji”.</p>	<p><b>Nie uwzględniono.</b> Nie jest jasne w którym miejscu mają znaleźć się proponowane zapisy. Art. 46 ust 1 ustawy zmienianej w art. 2 dotyczy stanu zagrożenia epidemiologicznego i stanu epidemii.</p>

		Rzeczypospolitej Polskiej	Pacjenci przebywający oddziałach psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych obciążeni są różnego rodzaju schorzeniami. Ich pobyty są długoterminowe, trwają od kilku miesięcy do kilku a nawet kilkunastu lat. Z uwagi na pobyt w szpitalu i występującą koincydencje pozbawieni są możliwość udziału w programie.	Jednocześnie zgodnie z zapisami Rządowego programu polityki zdrowotnej p.n. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026, „Programem polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego (RPLA) objęte będą, zgodnie z zapisem art. 41 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.) <b>wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego</b> w tym kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami zawartymi w aktualnych <i>Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS</i> ”. W związku z powyższym obecnie obowiązujące zapisy są wystarczające do objęcia leczeniem, wskazanej grupy pacjentów.
3.	ogólna	Pomorski Dom Nadziei	Należałoby też zadbać o ewentualne pobyty w zakładach opieki leczniczej / pielęgnacyjno - opiekuńczych dla osób bez prawa do ubezpieczenia zdrowotnego umierających w wyniku chorób pojawiających się w przebiegu AIDS.  Istnieją niezwykle rzadkie przypadki pacjentów, którzy pojawiają się na oddziałach leczenia szpitalnego z późną diagnozą HIV, objawami AIDS i po doprowadzeniu ich stanu zdrowia do niezagrażającego życiu należałoby wypisać do ZOL lub ZPO, co bez ubezpieczenia nie jest możliwe (w przeciwieństwie do ratowania życia). W rezultacie pacjent zostaje wypisany do warunków pozbawionych odpowiedniej opieki, z których ponownie wraca na oddział szpitalnym z zagrożeniem życia.	<b>Nie uwzględniono</b> Przedmiotowy projekt ustawy reguluje kwestie związane z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieposiadającym tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w celu umożliwienia wydania leków i wykonania badań w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia HIV. Zgłoszona uwaga dotyczy innych świadczeń opieki zdrowotnej.
4.	ogólna	Naczelna Rada Aptekarska	Naczelna Rada Aptekarska wnosi o uchylene art. 19 ust. 5c w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924)	<b>Nie uwzględniono</b> Przedmiotowy projekt ustawy reguluje kwestie związane z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieposiadającym tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w celu umożliwienia wydania leków i wykonania badań w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia HIV. Zgłoszona uwaga dotyczy szczepień ochronnych. Została przekazana do dalszego procedowania w osobnym projekcie.
5.	art. 3	Narodowy Fundusz Zdrowia	Na wstępie pragnę zaznaczyć, że retroaktywne (od dnia 1 lipca 2025 r.) przekazanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia zadań	<b>Uwzględniono</b> Usunięto art. 3

			obecnie realizowanych przez Ministra Zdrowia bez zapewnienia źródła finansowania wydaje się być niemożliwe do realizacji.	
6.	OSR	Narodowy Fundusz Zdrowia	Jednocześnie informuję, że projektowane regulacje były znane i były brane pod uwagę na etapie opracowywania struktury kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w prognozie kosztów NFZ na lata 2025-2027 oraz w prognozie kosztów NFZ na lata 2026-2028 i w konsekwencji struktura kosztów ujętych w planach finansowych NFZ na 2025 i 2026 rok nie uwzględnia skutków finansowych projektowanych regulacji.	<b>Wyjaśnienie</b> skutki finansowe projektowanej regulacji w zakresie modułu „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” (dalej leczenie DAA) nie zwiększa kwoty zabezpieczonych na leczenie DAA środków, tj. suma kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach modułu leczenia DAA nie przekroczy zgłoszonych do zabezpieczenia środków na 2025 oraz 2026 r.
7.	Dodanie nowych regulacji	Narodowy Fundusz Zdrowia	Jednocześnie uprzejmie proszę o przyjęcie w ramach procedowanego projektu ustawy jako de lege ferenda następujących propozycji zmian przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”: I. Uchylenie art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach Przepis art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym: Obowiązku, o którym mowa w ust. 16, nie stosuje się do osoby, która w chwili przedstawienia innego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, nie powinien być interpretowany rozszerzająco, ale winien podlegać wykładni celowościowej. Racjonalny ustawodawca, tworząc przepisy ustawy o świadczeniach dotyczące postępowania w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych osobie, która tego prawa nie posiadała, wprowadził rozwiązanie polegające na możliwości zwolnienia z ww. obowiązku osoby, która pozostawała w usprawiedliwionym, błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń. Stanowisko judykatury i doktryny w odniesieniu do pojęcia „usprawiedliwione, błędne przekonanie” wskazuje, że są to sytuacje, w których brak prawa do świadczeń wynika z działania (zaniechania) innych podmiotów niż osoba składająca oświadczenie (np. z przyczyn zawinionych przez płatnika składek bądź też innych osób, przy czym każdy przypadek należy traktować indywidualnie). Orzecznictwo wojewódzkich sądów administracyjnych i Naczelnego Sądu Administracyjnego zmierza jednak w kierunku, zgodnie z którym zarówno powołanie się przez stronę na usprawiedliwione, błędne przekonanie nawet bez jakiegokolwiek uzasadnienia jak i	<b>Nie uwzględniono</b> procedowany projekt ustawy ma na celu uregulować jedynie kwestę świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów włączonych do wskazanego programu polityki zdrowotnej. W związku z powyższym Departament przekazał zgłoszenie potrzeby regulacji do właściwego merytorycznie departamentu w Ministerstwie Zdrowia – Departamentu Lecznictwa.

		<p>niedostateczne zbadanie tej okoliczności przez organ prowadzący postępowanie, implikuje obowiązek organu polegający na dokonywaniu ustaleń w prowadzonym postępowaniu administracyjnym odnośnie możliwości wystąpienia u strony usprawiedliwionego błędnego przekonania i wpływu tej okoliczności na zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego. Powołanie się przez stronę postępowania na ww. okoliczność, nawet bez jakiegokolwiek uzasadnienia, powoduje powstanie a priori domniemania korzystnego dla strony postępowania, którego wykazanie lub obalenie scedowane jest na organ prowadzący postępowanie. Obowiązek nakładany przez Sądy na organy Prezesa Funduszu w zakresie dokonywania ustaleń i badania okoliczności wystąpienia usprawiedliwionego, błędnego przekonania jest również niezrozumiały w znaczeniu, w jakim sądy przyjęły automatyzację w zakresie rozstrzygania w kontekście usprawiedliwionego błędnego przekonania. Wykładnia celowościowa i literalna przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach prowadzi do wniosku, że wskazany przepis (art. 50 ust. 17) nie wprowadza obowiązku organu prowadzącego postępowanie w zakresie dokonywania każdorazowej oceny, czy w konkretnej sprawie taka przesłanka wystąpiła, w szczególności dopytywania o te kwestie strony postępowania. Należy bowiem zauważyć, że stosowanie tego przepisu nie powinno odnosić się do każdej sytuacji, w której strona postępowania oświadczy, że działała w usprawiedliwionym, błędnym przekonaniu, prowadziłoby to bowiem do niepożądanego stanu, w którym każda osoba, wobec której ustalono obowiązek poniesienia kosztów świadczeń, ma możliwość zwolnienia się z tego obowiązku nawet, jeżeli w rzeczywistości zaistniała sytuacja, skutkująca obowiązkiem poniesienia kosztów świadczeń jest wynikiem jej zaniedbania, braku należytej staranności lub celowego działania (zawarcie umowy o dzieło zamiast umowy o pracę czy umowy zlecenia) lub nieznajomości prawa i przepisów ustawy o świadczeniach, określających, kiedy obowiązek ubezpieczenia powstaje. Ewentualne powołanie się na usprawiedliwione, błędne przekonanie, nie może wyłączać ogólnej zasady, zgodnie z którą nieznajomość prawa szkodzi i nakładać na organy prowadzące postępowanie dodatkowe, nieznanne ustawie obowiązki w zakresie dokonywania odrębnych ustaleń, czy strona działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu. Należy bowiem wskazać, że przedmiotowy przepis (art. 50 ust. 17), zgodnie z funkcjonującym poglądem judykatury i doktryny, może znaleźć zastosowanie wtedy, gdy brak prawa do świadczeń wynika z działania (zaniechania) innych podmiotów niż osoba składająca oświadczenie, np. z</p>	
--	--	--	--

		<p>przyczyn zawinionych przez płatnika składek bądź też innych osób czy instytucji, a zatem m.in.: - w sytuacji, gdy zatrudniający daną osobę płatnik składek, na którym spoczywa obowiązek ubezpieczenia pracownika, tego obowiązku nie realizuje, - w sytuacji, gdy np. osoba uzyskuje zaświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń, które zostaje wydane omyłkowo. O ile zatem wprowadzenie kwestionowanego przepisu miało służyć uwzględnieniu sytuacji stron postępowania, których brak ubezpieczenia wynikał z celowego zaniechania płatnika albo innych osób czy instytucji, o tyle usprawiedliwione błędne przekonanie stało się instrumentem pozwalającym stronie na uchylenie się od obowiązku poniesienia kosztów przez osobę nieuprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnych, a w każdym bądź razie przy jakimkolwiek odniesieniu się przez stronę do usprawiedliwionego błędnego przekonania, powoduje skierowanie sprawy do ponownego rozpoznania z jednoczesnym nałożeniem na Prezesa Funduszu obowiązku podejmowania czynności wyjaśniających, dopytywania strony i uzupełniania rzekomo niekompletnego materiału dowodowego, co niejednokrotnie stoi w całkowitej sprzeczności ze stanem faktycznym sprawy jak i stanowi o pominięciu rzeczywiście poczynionych ustaleń. Ocena całokształtu sprawy, dokonywana przez Prezesa Funduszu (i upoważnionych pracowników Funduszu) działającego w ramach uznania administracyjnego i stosującego swobodną, ale nie dowolną ocenę dowodów, nie znajduje uznania w procesie rozpatrywania spraw przez sądy administracyjne, nawet w przypadku bezspornego wykazania przez Prezesa Funduszu, że strona postępowania nie dochowała należytej staranności w zakresie zweryfikowania swojego statusu jako ubezpieczonego, nie podjęła w tym zakresie żadnych działań, nie uzyskała informacji potwierdzających, że ma prawo do świadczeń, a z jej stanowiska jasno wynika, że nie zna obowiązujących przepisów dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego, co w żadnym wypadku nie stanowi okoliczności uzasadniającej zwolnienie z obowiązku poniesienia kosztów za udzielone świadczenia i nie stanowi podstawy do uznania, że u strony wystąpiło usprawiedliwione, błędne przekonanie. Wobec powyższego, zasadne jest uchylenie przepisu - art. 50 ust. 17 z ustawy o świadczeniach jako przepisu, którego aktualne stosowanie zdecydowanie mija się z jego pierwotną funkcją, jaką była możliwość ekskulpowania strony postępowania nie posiadającej ubezpieczenia zdrowotnego nie ze swojej winy i w wyjątkowych przypadkach, a interpretacja pojęcia „usprawiedliwione, błędne przekonanie” stosowana przez sądy ma charakter wykładni</p>	
--	--	---	--

		<p>rozszerzającej, pozwalającej na nakładanie na organy Funduszu nieprecyzyjnie określonych obowiązków ponadmiarowego informowania strony o przepisach i jej prawach i wyjaśniania ww. kwestii nawet w przypadku zgromadzenia materiału dowodowego pozwalającego na ustalenie, że strona nie posiadała ubezpieczenia zdrowotnego wyłącznie w wyniku swojego zaniechania, nie mającego charakteru usprawiedliwionego błędnego przekonania. Dalsze utrzymywanie obowiązywania ww. przepisu i utrwalenie niekorzystnego dla Funduszu kierunku linii orzeczniczej sądów administracyjnych, stanowiącej o kwalifikowaniu „usprawiedliwionego, błędnego przekonania” jako okoliczności wymagającej każdorazowego, bezwzględnego badania sytuacji strony niezależnie od poczynionych ustaleń i dowodów zgromadzonych w sprawie oraz interpretowania tego przepisu na korzyść strony, nie pozwala na ściąganie należności w związku ustaleniem obowiązku poniesienia kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej, a co za tym idzie, zwiększeniem faktycznych kosztów niezasadnie ponoszonych przez Fundusz. II.</p> <p>Doprecyzowanie art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach poprzez wskazanie form składanych oświadczeń przez świadczeniobiorców Art. 50 ust. 2b ustawy o świadczeniach wskazuje, że cyt. potwierdzenie tożsamości świadczeniobiorcy oraz złożenie przez niego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej może nastąpić przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Przepisy ust. 7, 8 i 9 stosuje się odpowiednio. Jednakże art. 50 ust. 2b ustawy nie odnosi się do art. 50 ust. 6, który mówi, że: „W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej”. Przepis ten nie wskazuje na formy składania oświadczeń. Nie znajduje to również odzwierciedlenia w ust. 2b ww. artykułu. Wobec powyższego, art. 50 ust. 2b ustawy, w opinii Funduszu, nie wyłącza konieczności złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6, tj. podpisem kwalifikowanym. Wątpliwość budzi możliwość złożenia podpisu poprzez profil zaufany, jak również możliwość weryfikacji tego podpisu przez Fundusz. Dodatkowo możliwość</p>	
--	--	---	--

		<p>zapłaty świadczeniodawcy kosztów udzielonych świadczeń przez Fundusz jest zgodnie z art. 50 ust. 15 ustawy możliwa tylko w przypadku wskazanym w art. 50 ust. 2a, a nie w ust. 2b ustawy o świadczeniach. Dodatkowo, w art. 50 ust. 2a jest mowa o oświadczeniu, a oświadczenie zostało wskazane w ust. 6, tj. gdzie wskazana jest forma pisemna. Powyższe oznacza, że w sytuacji udzielania teleporady możliwe w obecnym stanie prawnym jest złożenie oświadczenia z podpisem kwalifikowanym. Wobec powyższego, w opinii Funduszu, w celu uniknięcia wątpliwości należałoby ewentualnie dokonać modyfikacji przepisów w tym zakresie. III. Rozważenie wprowadzenia zmian w zakresie art. 94 ust. 3 ustawy o świadczeniach Zgodnie z art. 94 ust. 3 ustawy o świadczeniach, cyt. od nienależnie pobranej emerytury, renty, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi. Należy jednak wskazać, że art. 94 ust. 3 ustawy o świadczeniach obowiązuje od 2004 r. i nie był nowelizowany w momencie wejścia w życie przepisów polskiego ładu, który likwidował możliwość odliczania 7,75% składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego od osób fizycznych. Obecne przepisy powodują w konsekwencji obowiązek zwrotu także tej części świadczenia (składki na ubezpieczenie zdrowotne), która nie trafiła do emeryta/rencisty. W związku z powyższym, Fundusz proponuje modyfikację przepisu, co pozwoli osobom posiadającym w tym okresie ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu lub innego świadczenia emerytalno-rentowego otrzymanie zwrotu składki zdrowotnej (będzie to wynikało z art. 94 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Powyższe przypadki dotyczą osób, które pobierając świadczenie emerytalne występują o przyznanie świadczenia emerytalnego po zmarłym małżonku. Ze względu na długo trwające procedury przyznania tego świadczenia wypłacane są jednocześnie dwa świadczenia. W związku z zaistniałą nadpłatą osoba ta musi zwrócić nadpłacone świadczenie w kwocie brutto (z uwagi, iż składka na ubezpieczenie zdrowotne została pobrana z dwóch świadczeń, a składka od zwróconego świadczenia nie została zwrócona). Jednocześnie Fundusz proponuje wprowadzenie przepisów intertemporalnych uwzględniając okres od dnia wejścia w życie przepisów tzw. „polskiego ładu”. Jednocześnie jako postulat de lege ferenda wnoszę o wprowadzenie zmian w zakresie ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2024 r. poz. 167, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o pomocy obywatelom</p>	
--	--	---	--

		<p>Ukrainy”, tj.: W art. 37 ustawy o pomocy: 1) ust. 1a proponuję nadać następujące brzmienie: „1a. W przypadku nadania w rejestrze PESEL statusu, o którym mowa w art. 4 ust. 1a, i potwierdzeniu tego przez Fundusz uznaje się, że osobie, której nadano w ten sposób numer PESEL, przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.”, 2) po ust. 2 proponuję dodać ust. 2a w brzmieniu: „2a. W przypadku konieczności leczenia i braku potwierdzenia, o którym mowa w ust. 1a z wnioskiem, o którym mowa w art. 4 ust. 1, może wystąpić świadczeniodawca udzielający świadczenia opieki zdrowotnej nie później niż do 10 dni od dnia rozpoczęcia leczenia.”. W związku bardzo dużą mobilnością osób z Ukrainy i możliwością nadużywania składania oświadczeń przez różne osoby w szczególności obywateli Ukrainy, którzy nie spełniają przesłanek do objęcia ich jako prawem do świadczeń jako ofiar konfliktu zbrojnego na terytorium Ukrainy, Fundusz proponuje rozwiązanie polegające na anulowaniu możliwości składania dokumentów i oświadczeń na okoliczność istnienia niepotwierdzonego przez Fundusz prawa do świadczeń dla takich osób. Zasadnym jest aby wyłącznie świadczeniodawca w sytuacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej mógł występować o nadanie nr PESEL ze statusem UKR, świadczeniodawca na podstawie posiadanej wiedzy mógłby wstępnie ocenić, czy zachodzi prawdopodobieństwo nadania osobie statusu UKR, c) po ust. 3 proponuję dodać ust. 3a w brzmieniu: „3a. Przepisów art. 50 ust. 16 i 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103, z późn. zm.) w przypadku: 1) złożenia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej; 2) złożenia oświadczenia o przysługującym prawie.”. W przypadku przyjęcia propozycji zmiany przepisów, proponuje się: - wskazać (w przepisach intertemporalnych), że powyższy przepis odnosi się do wszystkich świadczeń dla których złożono dokumenty albo złożono oświadczenie na podstawie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy do dnia wejścia w życie znowelizowanych przepisów, - wykreślenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 4 marca 2021 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1043) załączników 3 i 4, tj. wzorów oświadczeń o przysługującym prawie do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy. Jednocześnie</p>	
--	--	---	--

			<p>zasygnalizować należy, iż zgodnie z danymi wynikającymi z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (z dnia 15 stycznia 2025 r.) 1 903 650 osobom nadano w rejestrze PESEL status UKR z czego 906 540 osób utraciło ten status i możliwość posługiwania się tym statusem UKR, który nadaje osobie, która go posiada uprawnienie do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach, z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Spośród osób, które 16 grudnia 2024 r. posiadały statusu UKR 354 449 osobom przysługiwały świadczenia na koszt NFZ jako co do zasady osobom ubezpieczonym. Z bardzo dużym prawdopodobieństwem znaczna część z osób, która złożyła takie oświadczenia nie posiadała lub nie posiadała jeszcze lub nie posiadała już statusu UKR i nie zamieszkuje obecnie lub nie przebywa na terytorium Polski, a ustalenie ich adresu zamieszkania albo ustanawianie pełnomocników w celu prowadzenia postępowania z bardzo dużym prawdopodobieństwem nie pokryłoby kosztów postępowania mającego na celu zobowiązanie tych osób do uiszczenia kosztów udzielonych im świadczeń. Dodatkowo, nadmienić należy, iż powyższe zmiany zmniejszyłyby znacznie lub nawet wyeliminowałyby konieczność dokonywania zmian lub korekt w związku z rozliczaniem dotacji celowej z budżetu państwa udzielanej z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia (art. 37 ust. ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy). Wobec powyższego, Fundusz wnosi o wprowadzenie zmian w zakresie przepisów ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w zakresie wyłączenia z procesu windykacji osób, składających takie dokumenty lub oświadczenia.</p>	
--	--	--	--	--

**Zestawienie nieuwzględnionych uwag zgłoszonych w ramach opiniowania do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (UD250)**

Lp.	Jednostka redakcyjna	Podmiot zgłaszający	Treść uwagi (zachowano oryginalną pisownię)	Stanowisko MZ
1.	Art. 1 pkt 1	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego za pośrednictwem Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej	<p>Dodanie w art. 48 ust. 1b zdania drugiego o następującej treści: „Udział w programach polityki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1a, mogą brać również pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, a Fundusz finansuje ich udział w tych programach pomimo zachodzącej w przypadku tych osób koincydencji.”</p> <p>Pacjenci przebywający oddziałach psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych obciążeni są różnego rodzaju schorzeniami. Ich pobyty są długoterminowe, trwają od kilku miesięcy do kilku a nawet kilkunastu lat. Z uwagi na pobyt w szpitalu i występującą koincydencję pozbawieni są możliwości udziału w programie.</p>	<p><b>Nie uwzględniono.</b> Przedmiotowy projekt ustawy reguluje kwestie związane z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieposiadającym tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego w celu umożliwienia wydania leków i wykonania badań w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia HIV oraz finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach modułu „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”. Udziału wskazanej grupy pacjentów w programie polityki zdrowotnej, jest możliwy na podstawie zapisów poszczególnych programów polityki zdrowotnej. .</p>
2.	Art. 2	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego za pośrednictwem Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej	<p>Dodanie w art. 46 ust. 1 zdania drugiego o następującej treści: „W programie polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 3 mogą brać udział również pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, a Fundusz finansuje ich udział w tych programach pomimo zachodzącej w przypadku tych osób koincydencji”.</p> <p>Pacjenci przebywający oddziałach psychiatrii sądowej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych obciążeni są różnego rodzaju schorzeniami. Ich pobyty są długoterminowe, trwają od kilku miesięcy do kilku a nawet kilkunastu lat. Z uwagi na pobyt w szpitalu i występującą koincydencję pozbawieni są możliwości udziału w programie.</p>	<p><b>Nie uwzględniono.</b> Nie jest jasne w którym miejscu mają znaleźć się proponowane zapisy. Art. 46 ust 1 ustawy zmienianej w art. 2 dotyczy stanu zagrożenia epidemiologicznego i stanu epidemii.</p> <p>Jednocześnie zgodnie z zapisami Rządowego programu polityki zdrowotnej p.n. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026, „Programem polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego (RPLA) objęte będą, zgodnie z zapisem art. 41 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.) <b>wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego</b> w tym kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami zawartymi w aktualnych <i>Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS</i>”. W związku z powyższym obecnie obowiązujące zapisy są wystarczające do objęcia leczeniem, wskazanej grupy pacjentów.</p>

3.	Dodanie nowych regulacji	Narodowy Fundusz Zdrowia	<p>Jednocześnie uprzejmie proszę o przyjęcie w ramach procedowanego projektu ustawy jako de lege ferenda następujących propozycji zmian przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”: I. Uchylenie art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach Przepis art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym: Obowiązku, o którym mowa w ust. 16, nie stosuje się do osoby, która w chwili przedstawienia innego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, nie powinien być interpretowany rozszerzająco, ale winien podlegać wykładni celowościowej. Racjonalny ustawodawca, tworząc przepisy ustawy o świadczeniach dotyczące postępowania w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych osobie, która tego prawa nie posiadała, wprowadził rozwiązanie polegające na możliwości zwolnienia z ww. obowiązku osoby, która pozostawała w usprawiedliwionym, błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń. Stanowisko judykatury i doktryny w odniesieniu do pojęcia „usprawiedliwione, błędne przekonanie” wskazuje, że są to sytuacje, w których brak prawa do świadczeń wynika z działania (zaniechania) innych podmiotów niż osoba składająca oświadczenie (np. z przyczyn zawinionych przez płatnika składek bądź też innych osób, przy czym każdy przypadek należy traktować indywidualnie). Orzecznictwo wojewódzkich sądów administracyjnych i Naczelnego Sądu Administracyjnego zmierza jednak w kierunku, zgodnie z którym zarówno powołanie się przez stronę na usprawiedliwione, błędne przekonanie nawet bez jakiegokolwiek uzasadnienia jak i niedostateczne zbadanie tej okoliczności przez organ prowadzący postępowanie, implikuje obowiązek organu polegający na dokonywaniu ustaleń w prowadzonym postępowaniu administracyjnym odnośnie możliwości wystąpienia u strony usprawiedliwionego błędnego przekonania i wpływu tej okoliczności na zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego. Powołanie się przez stronę postępowania na ww. okoliczność, nawet bez jakiegokolwiek uzasadnienia, powoduje powstanie a priori domniemania korzystnego dla strony postępowania, którego wykazanie lub obalenie scedowane jest na organ prowadzący postępowanie. Obowiązek nakładany przez Sądy na organy Prezesa Funduszu w zakresie dokonywania ustaleń i badania okoliczności wystąpienia usprawiedliwionego, błędnego przekonania jest również niezrozumiały w znaczeniu, w jakim sądy przyjęły automatyzację w</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b>  procedowany projekt ustawy ma na celu uregulować jedynie kwestę świadczeń opieki zdrowotnej pacjentów włączonych do wskazanego programu polityki zdrowotnej. W związku z powyższym Departament przekazał zgłoszenie potrzeby regulacji do właściwego merytorycznie departamentu w Ministerstwie Zdrowia – Departamentu Lecznictwa.</p>
----	--------------------------	--------------------------	---	--

		<p>zakresie rozstrzygnięcia w kontekście usprawiedliwionego błędnego przekonania. Wykładnia celowościowa i literalna przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach prowadzi do wniosku, że wskazany przepis (art. 50 ust. 17) nie wprowadza obowiązku organu prowadzącego postępowanie w zakresie dokonywania każdorazowej oceny, czy w konkretnej sprawie taka przesłanka wystąpiła, w szczególności dopytywania o te kwestię strony postępowania. Należy bowiem zauważyć, że stosowanie tego przepisu nie powinno odnosić się do każdej sytuacji, w której strona postępowania oświadczy, że działała w usprawiedliwionym, błędnym przekonaniu, prowadziłoby to bowiem do niepożądanego stanu, w którym każda osoba, wobec której ustalono obowiązek poniesienia kosztów świadczeń, ma możliwość zwolnienia się z tego obowiązku nawet, jeżeli w rzeczywistości zaistniała sytuacja, skutkująca obowiązkiem poniesienia kosztów świadczeń jest wynikiem jej zaniedbania, braku należytej staranności lub celowego działania (zawarcie umowy o dzieło zamiast umowy o pracę czy umowy zlecenia) lub nieznaności prawa i przepisów ustawy o świadczeniach, określających, kiedy obowiązek ubezpieczenia powstaje. Ewentualne powołanie się na usprawiedliwione, błędne przekonanie, nie może wyłączać ogólnej zasady, zgodnie z którą nieznanosc prawa szkodzi i nakładać na organy prowadzące postępowanie dodatkowe, nieznanne ustawie obowiązki w zakresie dokonywania odrębnych ustaleń, czy strona działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu. Należy bowiem wskazać, że przedmiotowy przepis (art. 50 ust. 17), zgodnie z funkcjonującym poglądem judykatury i doktryny, może znaleźć zastosowanie wtedy, gdy brak prawa do świadczeń wynika z działania (zaniechania) innych podmiotów niż osoba składająca oświadczenie, np. z przyczyn zawinionych przez płatnika składek bądź też innych osób czy instytucji, a zatem m.in.: - w sytuacji, gdy zatrudniający daną osobę płatnik składek, na którym spoczywa obowiązek ubezpieczenia pracownika, tego obowiązku nie realizuje, - w sytuacji, gdy np. osoba uzyskuje zaświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń, które zostaje wydane omyłkowo. O ile zatem wprowadzenie kwestionowanego przepisu miało służyć uwzględnieniu sytuacji stron postępowania, których brak ubezpieczenia wynikał z celowego zaniechania płatnika albo innych osób czy instytucji, o tyle usprawiedliwione błędne przekonanie stało się instrumentem pozwalającym stronie na uchylenie się od obowiązku poniesienia kosztów przez osobę nieuprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnych, a w każdym bądź razie przy jakimkolwiek odniesieniu się przez stronę do usprawiedliwionego błędnego przekonania, powoduje skierowanie sprawy do ponownego rozpoznania z jednoczesnym nałożeniem na Prezesa</p>	
--	--	--	--

			<p>Funduszu obowiązku podejmowania czynności wyjaśniających, dopytywania strony i uzupełniania rzekomo niekompletnego materiału dowodowego, co niejednokrotnie stoi w całkowitej sprzeczności ze stanem faktycznym sprawy jak i stanowi o pominięciu rzeczywiście poczynionych ustaleń. Ocena całokształtu sprawy, dokonywana przez Prezesa Funduszu (i upoważnionych pracowników Funduszu) działającego w ramach uznania administracyjnego i stosującego swobodną, ale nie dowolną ocenę dowodów, nie znajduje uznania w procesie rozpatrywania spraw przez sądy administracyjne, nawet w przypadku bezspornego wykazania przez Prezesa Funduszu, że strona postępowania nie dochowała należytej staranności w zakresie zweryfikowania swojego statusu jako ubezpieczonego, nie podjęła w tym zakresie żadnych działań, nie uzyskała informacji potwierdzających, że ma prawo do świadczeń, a z jej stanowiska jasno wynika, że nie zna obowiązujących przepisów dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego, co w żadnym wypadku nie stanowi okoliczności uzasadniającej zwolnienie z obowiązku poniesienia kosztów za udzielone świadczenia i nie stanowi podstawy do uznania, że u strony wystąpiło usprawiedliwione, błędne przekonanie. Wobec powyższego, zasadne jest uchylene przepisu - art. 50 ust. 17 z ustawy o świadczeniach jako przepisu, którego aktualne stosowanie zdecydowanie mija się z jego pierwotną funkcją, jaką była możliwość ekskulpowania strony postępowania nie posiadającej ubezpieczenia zdrowotnego nie ze swojej winy i w wyjątkowych przypadkach, a interpretacja pojęcia „usprawiedliwione, błędne przekonanie” stosowana przez sądy ma charakter wykładni rozszerzającej, pozwalającej na nakładanie na organy Funduszu nieprecyzyjnie określonych obowiązków ponadmiarowego informowania strony o przepisach i jej prawach i wyjaśniania ww. kwestii nawet w przypadku zgromadzenia materiału dowodowego pozwalającego na ustalenie, że strona nie posiadała ubezpieczenia zdrowotnego wyłącznie w wyniku swojego zaniechania, nie mającego charakteru usprawiedliwionego błędnego przekonania. Dalsze utrzymywanie obowiązkiwania ww. przepisu i utrwalenie niekorzystnego dla Funduszu kierunku linii orzeczniczej sądów administracyjnych, stanowiącej o kwalifikowaniu „usprawiedliwionego, błędnego przekonania” jako okoliczności wymagającej każdorazowego, bezwzględnie badania sytuacji strony niezależnie od poczynionych ustaleń i dowodów zgromadzonych w sprawie oraz interpretowania tego przepisu na korzyść strony, nie pozwala na ściąganie należności w związku ustaleniem obowiązku poniesienia kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej, a co za tym idzie, zwiększeniem faktycznych kosztów niezasadnie ponoszonych przez Fundusz. II.</p>	
--	--	--	---	--

		<p>Doprecyzowanie art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach poprzez wskazanie form składanych oświadczeń przez świadczeniobiorców Art. 50 ust. 2b ustawy o świadczeniach wskazuje, że cyt. potwierdzenie tożsamości świadczeniobiorcy oraz złożenie przez niego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej może nastąpić przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Przepisy ust. 7, 8 i 9 stosuje się odpowiednio. Jednakże art. 50 ust. 2b ustawy nie odnosi się do art. 50 ust. 6, który mówi, że: „W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej”. Przepis ten nie wskazuje na formy składania oświadczeń. Nie znajduje to również odzwierciedlenia w ust. 2b ww. artykułu. Wobec powyższego, art. 50 ust. 2b ustawy, w opinii Funduszu, nie wyłącza konieczności złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6, tj. podpisem kwalifikowanym. Wątpliwość budzi możliwość złożenia podpisu poprzez profil zaufany, jak również możliwość weryfikacji tego podpisu przez Fundusz. Dodatkowo możliwość zapłaty świadczeniodawcy kosztów udzielonych świadczeń przez Fundusz jest zgodnie z art. 50 ust. 15 ustawy możliwa tylko w przypadku wskazanym w art. 50 ust. 2a, a nie w ust. 2b ustawy o świadczeniach. Dodatkowo, w art. 50 ust. 2a jest mowa o oświadczeniu, a oświadczenie zostało wskazane w ust. 6, tj. gdzie wskazana jest forma pisemna. Powyższe oznacza, że w sytuacji udzielania teleporady możliwe w obecnym stanie prawnym jest złożenie oświadczenia z podpisem kwalifikowanym. Wobec powyższego, w opinii Funduszu, w celu uniknięcia wątpliwości należałoby ewentualnie dokonać modyfikacji przepisów w tym zakresie. III. Rozważenie wprowadzenia zmian w zakresie art. 94 ust. 3 ustawy o świadczeniach Zgodnie z art. 94 ust. 3 ustawy o świadczeniach, cyt. od nienależnie pobranej emerytury, renty, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi. Należy jednak wskazać, że art. 94 ust. 3 ustawy o świadczeniach obowiązuje od 2004 r. i nie był nowelizowany w momencie wejścia w życie przepisów polskiego ładu, który likwidował możliwość odliczania 7,75% składki na</p>	
--	--	---	--

		<p>ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego od osób fizycznych. Obecne przepisy powodują w konsekwencji obowiązek zwrotu także tej części świadczenia (składki na ubezpieczenie zdrowotne), która nie trafiła do emeryta/rencisty. W związku z powyższym, Fundusz proponuje modyfikację przepisu, co pozwoli osobom posiadającym w tym okresie ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu lub innego świadczenia emerytalno-rentowego otrzymać zwrot składki zdrowotnej (będzie to wynikało z art. 94 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Powyższe przypadki dotyczą osób, które pobierając świadczenie emerytalne występują o przyznanie świadczenia emerytalnego po zmarłym małżonku. Ze względu na długo trwające procedury przyznania tego świadczenia wypłacane są jednocześnie dwa świadczenia. W związku z zaistniałą nadpłatą osoba ta musi zwrócić nadpłacone świadczenie w kwocie brutto (z uwagi, iż składka na ubezpieczenie zdrowotne została pobrana z dwóch świadczeń, a składka od zwróconego świadczenia nie została zwrócona). Jednocześnie Fundusz proponuje wprowadzenie przepisów intertemporalnych uwzględniając okres od dnia wejścia w życie przepisów tzw. „polskiego ładu”. Jednocześnie jako postulat de lege ferenda wnoszę o wprowadzenie zmian w zakresie ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2024 r. poz. 167, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o pomocy obywatelom Ukrainy”, tj.: W art. 37 ustawy o pomocy: 1) ust. 1a proponuję nadać następujące brzmienie: „1a. W przypadku nadania w rejestrze PESEL statusu, o którym mowa w art. 4 ust. 1a, i potwierdzeniu tego przez Fundusz uznaje się, że osobie, której nadano w ten sposób numer PESEL, przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.”, 2) po ust. 2 proponuję dodać ust. 2a w brzmieniu: „2a. W przypadku konieczności leczenia i braku potwierdzenia, o którym mowa w ust. 1a z wnioskiem, o którym mowa w art. 4 ust. 1, może wystąpić świadczeniodawca udzielający świadczenia opieki zdrowotnej nie później niż do 10 dni od dnia rozpoczęcia leczenia.”. W związku z bardzo dużą mobilnością osób z Ukrainy i możliwością nadużywania składania oświadczeń przez różne osoby w szczególności obywateli Ukrainy, którzy nie spełniają przesłanek do objęcia ich jako prawem do świadczeń jako ofiar konfliktu zbrojnego na terytorium Ukrainy, Fundusz proponuje rozwiązanie polegające na anulowaniu możliwości składania dokumentów i oświadczeń na okoliczność istnienia niepotwierdzonego przez Fundusz prawa do świadczeń dla takich osób. Zasadnym jest aby wyłącznie świadczeniodawca w sytuacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej mógł występować o nadanie nr PESEL ze statusem UKR, świadczeniodawca na podstawie posiadanej wiedzy mógłby wstępnie ocenić, czy zachodzi prawdopodobieństwo nadania osobie</p>	
--	--	---	--

		<p>statusu UKR, c) po ust. 3 proponuję dodać ust. 3a w brzmieniu: „3a. Przepisów art. 50 ust. 16 i 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103, z późn. zm.) w przypadku: 1) złożenia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej; 2) złożenia oświadczenia o przysługującym prawie.”. W przypadku przyjęcia propozycji zmiany przepisów, proponuje się: - wskazać (w przepisach intertemporalnych), że powyższy przepis odnosi się do wszystkich świadczeń dla których złożono dokumenty albo złożono oświadczenie na podstawie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy do dnia wejścia w życie znowelizowanych przepisów, - wykreślenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 4 marca 2021 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1043) załączników 3 i 4, tj. wzorów oświadczeń o przysługującym prawie do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy. Jednocześnie zasygnalizować należy, iż zgodnie z danymi wynikającymi z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (z dnia 15 stycznia 2025 r.) 1 903 650 osobom nadano w rejestrze PESEL status UKR z czego 906 540 osób utraciło ten status i możliwość posługiwania się tym statusem UKR, który nadaje osobie, która go posiada uprawnienie do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach, z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Spośród osób, które 16 grudnia 2024 r. posiadały statusu UKR 354 449 osobom przysługiwały świadczenia na koszt NFZ jako co do zasady osobom ubezpieczonym. Z bardzo dużym prawdopodobieństwem znaczna część z osób, która złożyła takie oświadczenia nie posiadała lub nie posiadała jeszcze lub nie posiadała już statusu UKR i nie zamieszkuje obecnie lub nie przebywa na terytorium Polski, a ustalenie ich adresu zamieszkania albo ustanawianie pełnomocników w celu prowadzenia postępowania z bardzo dużym prawdopodobieństwem nie pokryłoby kosztów postępowania mającego na celu zobowiązanie tych osób do uiszczenia kosztów udzielonych im świadczeń. Dodatkowo,</p>	
--	--	---	--

			<p>nadmienić należy, iż powyższe zmiany zmniejszyłyby znacznie lub nawet wyeliminowałyby konieczność dokonywania zmian lub korekt w związku z rozliczaniem dotacji celowej z budżetu państwa udzielanej z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia (art. 37 ust. ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy). Wobec powyższego, Fundusz wnosi o wprowadzenie zmian w zakresie przepisów ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w zakresie wyłączenia z procesu windykacji osób, składających takie dokumenty lub oświadczenia.</p>	
--	--	--	--	--