



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezydent
Rzeczypospolitej Polskiej

Druk nr 3153

Warszawa, 11 czerwca 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. 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.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do reprezentowania mojego stanowiska w toku prac nad projektem ustawy upoważniam Pana Zbigniewa Boguckiego, Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Dodatkowo upoważniam Dyrektora Biura Prawa i Ustroju Panią Anetę Frań-Adamek, Zastępcę Dyrektora Biura Prawa i Ustroju Panią Paulinę Palkę oraz Głównego specjalistę ds. legislacji w Biurze Prawa i Ustroju Panią Małgorzatę Szrajdę.

(-) Karol Nawrocki

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 określone 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

Przedłożony 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 obejmuje rozwiązania, które były przedmiotem rządowego projektu ustawy zawartego w druku sejmowym nr 2456 i które nie budziły zastrzeżeń Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Prezydent podziela zarówno potrzebę ich wprowadzenia, jak i cele, którym mają one służyć, uznając je za istotne z punktu widzenia zapewnienia ciągłości oraz efektywności realizacji zadań państwa w obszarze ochrony zdrowia publicznego.

W konsekwencji aktualność zachowują argumenty oraz motywy przedstawione w uzasadnieniu do projektu wniesionego przez Radę Ministrów, które w sposób przekonujący uzasadniają potrzebę przyjęcia projektowanych rozwiązań oraz wskazują ich przewidywane skutki prawne i społeczne. Z tego względu uzasadnienie rządowego projektu zachowuje aktualność również na gruncie niniejszej inicjatywy ustawodawczej, a jego treść, odpowiadając treści uzasadnieniu rządowego projektu ustawy zawiera elementy, które były przedmiotem analiz formalnych Sejmu. Powinno to przyspieszyć procedowanie Sejmu nad projektem ustawy oraz wyłączyć oportunistyczne i niekonstruktywne wnioski, co do jego uzupełniania przed pierwszym czytaniem projektu ustawy.

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 przerywania 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 wiremią 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 miąższu 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.

BEOS-1803/26

Warszawa, 28 sierpnia 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie oceny skutków regulacji przedstawionego przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej 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 (przed nadaniem numeru druku)¹

Na podstawie art. 34 ust. 9b uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2026 r. poz. 573, ze zm.) sporządza się następującą opinię:

I. Problem, który zamierza rozwiązać Wnioskodawca

W uzasadnieniu projektu wskazano, że obejmuje on rozwiązania, które były przedmiotem rządowego projektu ustawy zawartego w druku sejmowym nr 2456 i nie budziły zastrzeżeń Prezydenta RP². W konsekwencji, jak podkreśla Wnioskodawca, aktualność zachowują argumenty i motywy przedstawione w uzasadnieniu do projektu rządowego.

W uzasadnieniu Wnioskodawca identyfikuje dwa problemy. Po pierwsze, w obecnym stanie prawnym środki na finansowanie m.in. 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 dotyczącym osób osadzonych. Jednak w związku z brakiem uwzględnienia świadczeń zdrowotnych w obecnym brzmieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

¹ Projekt ustawy znajduje się w wykazie projektów wniesionych, którym nie został nadany jeszcze numer druku sejmowego. Numer w wykazie: RPW/20264/2026.

² Druk sejmowy nr 2456 zawierał rządowy 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. Ustawa została uchwalona przez Sejm 15 maja 2026 r., natomiast 11 czerwca 2026 r. Prezydent RP odmówił jej podpisania. Należy również wskazać, że według wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów w III kwartale 2026 r. planuje się przyjęcie przez Radę Ministrów przedmiotowo zbieżnego 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 (numer projektu: UD435).

finansowanych ze środków publicznych³ (dalej: ustawa o świadczeniach lub u.ś.o.z.) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia jest możliwe finansowanie wyłącznie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Nie ma więc możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach wskazanego programu polityki zdrowotnej.

Po drugie, brak jest precyzji przepisów dotyczących finansowania świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji programu polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV. W ocenie Wnioskodawcy 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. Wobec powyższego wskazana grupa pacjentów ma utrudniony dostęp do produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ramach programu.

II. Rozwiązanie rekomendowane przez Wnioskodawcę

Wnioskodawca proponuje nowelizację ustawy o świadczeniach oraz ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴ (dalej: ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń).

W zakresie ustawy o świadczeniach projekt zakłada nadanie nowego brzmienia art. 48 ust. 1b. NFZ miałby finansować programy polityki zdrowotnej 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 art. 48 ust. 1a pkt 2 u.ś.o.z. (art. 1 pkt 1 projektu). Konsekwencją rozszerzenia zakresu finansowania jest odpowiednia zmiana katalogu zadań NFZ: zgodnie z proponowanym art. 97 ust. 3 pkt 3e u.ś.o.z. do zakresu działania NFZ ma należeć finansowanie programów polityki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 48 ust. 1b u.ś.o.z. (art. 1 pkt 2 lit. a projektu). Projekt określa również techniczny sposób finansowania programów oraz zaciągania zobowiązań (projektowane art. 97 ust. 3k i 3l u.ś.o.z., art. 1 pkt 2 lit. b projektu).

W ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń proponuje się dodanie art. 41 ust. 6. Zgodnie z tym przepisem koszty świadczeń opieki zdrowotnej związanych przyczynowo z zakażeniami i chorobami objętymi realizacją programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 41 ust. 3 tej ustawy, innych niż określone w art. 41 ust. 4 i 5 tej ustawy, udzielonych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, mają być finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

³ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1675, ze zm.

Proponowana ustawa ma wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

III. Inne rozwiązania rozważane przez Wnioskodawcę

W ocenie Wnioskodawcy nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do uchwalenia projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

IV. Rozwiązania przyjmowane w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich OECD/UE

Zawarte w projekcie rozwiązania są związane z krajową konstrukcją systemu ochrony zdrowia i sposobem finansowania świadczeń realizowanych w ramach istniejących programów polityki zdrowotnej w Polsce. Z tego względu odstąpiono od przygotowania analizy rozwiązań stosowanych w innych państwach.

V. Skutki prawne projektowanej ustawy

1.

Zgodnie z art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. programy polityki zdrowotnej mogą być opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez ministrów oraz jednostki samorządu terytorialnego. Jak stanowi natomiast art. 48 ust. 1a u.ś.o.z., minister właściwy do spraw zdrowia realizuje programy polityki zdrowotnej w szczególności w zakresie: 1) profilaktyki, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV; 2) profilaktyki, diagnostyki i leczenia lekami o bezpośrednim, swoistym działaniu przeciwwirusowym osób osadzonych w zakładach penitencjarnych z przewlekłym, wirusowym zapaleniem wątroby typu C; 3) leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych.

Zgodnie z art. 48 ust. 1b u.ś.o.z., którego zmianę postuluje się w projekcie, NFZ finansuje programy polityki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1a, w zakresie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych dokonanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Oznacza to, że w pozostałym zakresie, w myśl reguły wyrażonej w art. 48 ust. 1 u.ś.o.z., programy polityki zdrowotnej są finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Projekt przewiduje modyfikację obecnego brzmienia art. 48 ust. 1b u.ś.o.z. wskazującą dodatkowo na świadczenia zdrowotne udzielane w programie polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1a pkt 2, tj. w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia lekami o bezpośrednim, swoistym działaniu przeciwwirusowym osób osadzonych w zakładach penitencjarnych z przewlekłym, wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Skutkiem prawnym przyjęcia proponowanej zmiany będzie przesądzenie, że wskazane świadczenia zdrowotne udzielane w programie polityki zdrowotnej finansuje NFZ.

Proponowane w projekcie zmiany art. 97 ust. 3 pkt 3e oraz ust. 3k i 3l u.ś.o.z. mają charakter wynikowy i dostosowujący. Pozostają one związane z proponowaną

zmianą brzmienia art. 48 ust. 1b u.ś.o.z. Ich przyjęcie nie jest ukierunkowane na wywołanie samoistnych skutków prawnych.

Jeśli chodzi o projektowane zmiany w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń ograniczają się one do treści jej art. 41. Przepis ten dotyczy leczenia osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS. Projekt przewiduje dodanie do przywołanego artykułu ust. 6, zgodnie z którym koszty świadczeń opieki zdrowotnej związanych przyczynowo z zakażeniami i chorobami objętymi programem polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 3, innych niż świadczenia określone w ust. 4 i 5, udzielanych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Program, o którym mowa w ust. 3, jest ustalany przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przepisów u.ś.o.z., przede wszystkim art. 48 ust. 1a pkt 1 u.ś.o.z. (profilaktyka, diagnostyka i leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV). Z kolei ust. 4 i 5 dotyczą finansowania leczenia poekspozycyjnego osób, które miały styczność z HIV, oraz profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego w przypadku styczności z HIV, do której doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych.

Jak wskazano wyżej, regułą wyrażoną w art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. jest, że programy polityki zdrowotnej, w tym także profilaktyki, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV, są finansowane przez ministrów. Jedynie w ograniczonym zakresie, wyznaczonym w art. 48 ust. 1b u.ś.o.z., programy polityki zdrowotnej finansuje NFZ. Stosowanie tych przepisów może napotykać na trudności interpretacyjne na tle konkretnego przypadku. Wątpliwości te mogą dotyczyć m.in. wskazanej w projekcie kwestii finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych przyczynowo z zakażeniem HIV i warunków udzielania tych świadczeń osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Przyjęcie proponowanej zmiany art. 41 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń, zgodnie z założeniem Wnioskodawcy, może przyczynić się do rozstrzygnięcia wątpliwości interpretacyjnych we wskazanym zakresie. Skutkiem prawnym przyjęcia projektu będzie przesądzenie, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, związane przyczynowo z zakażeniami HIV, są finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, tj. z budżetu państwa z części, której dysponentem jest wskazany minister.

2.

Opiniowany projekt nie dotyczy zagadnień unormowanych w Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (EKPC).

VI. Skutki społeczne projektowanej ustawy

A. Podmioty, na które oddziaływać będzie projektowana ustawa

Projekt będzie wywierał wpływ na:

1. osoby żyjące z HIV, w szczególności osoby nieposiadające uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (ok. 400 osób⁵), a także osoby pozostające w relacjach, w których możliwa jest transmisja HIV – w zakresie zapewnienia bezpłatnego dostępu do świadczeń niezbędnych do kontynuowania leczenia antyretrowirusowego, w tym wizyt lekarskich, wydawania leków oraz kierowania na badania;
2. osoby osadzone objęte modulem programu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (do 700 osób⁶) – w zakresie umożliwienia finansowania przez NFZ nie tylko leków i wyrobów medycznych, lecz także świadczeń zdrowotnych, w tym badań diagnostycznych niezbędnych do kwalifikacji do leczenia i monitorowania terapii;
3. świadczeniodawcy realizujący program leczenia antyretrowirusowego – ARV (24 podmioty⁷) – w zakresie ujednolicenia zasad udzielania i finansowania świadczeń osobom nieubezpieczonym oraz ograniczenia występujących obecnie rozbieżności interpretacyjnych dotyczących odpłatności;
4. Narodowy Fundusz Zdrowia (centrala i 16 oddziałów wojewódzkich) – w zakresie finansowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach modułu leczenia WZW C oraz przekazywania środków przeznaczonych na realizację programu;
5. minister właściwy do spraw zdrowia oraz jednostki budżetowe realizujące programy polityki zdrowotnej – w zakresie finansowania świadczeń udzielanych nieubezpieczonym osobom żyjącym z HIV oraz realizacji i finansowania programów polityki zdrowotnej;
6. Służba Więzienna i więzienna służba zdrowia, a także współpracujące z nimi laboratoria i podmioty lecznicze – w zakresie organizowania diagnostyki zakażenia HCV u osób osadzonych w zakładach penitencjarnych, kwalifikacji do leczenia, prowadzenia i monitorowania terapii oraz zapewnienia jej ciągłości;
7. populacja ogółem – projekt może pośrednio oddziaływać na ogół społeczeństwa, ponieważ dotyczy zapobiegania i leczenia chorób zakaźnych o znaczeniu dla zdrowia publicznego (w 2024 r. w Polsce mieszkało ok. 37,5 mln osób⁸); zapewnienie ciągłości skutecznego

⁵ Rządowy 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 (druk sejmowy 2456),

<https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=41645844B5872F25C1258DE0003637B5>

[wszystkie źródła internetowe cytowane w niniejszej opinii zostały sprawdzone 28 VIII 2026 r.].

⁶ Ibidem.

⁷ Ibidem.

⁸ GUS, *Polska w liczbach 2025*, Warszawa 2025,

leczenia antyretrowirusowego może w szczególności ograniczać liczbę nowych zakażeń HIV, ponieważ przy utrzymującej się niewykrywalnej wirerii nie dochodzi do transmisji HIV drogą kontaktów seksualnych; pośrednie korzyści dla zdrowia publicznego mogą również wynikać ze skutecznego leczenia WZW C w populacji osób osadzonych.

B. Wpływ na społeczeństwo

Projektowana ustawa ma przede wszystkim charakter porządkujący i ma zapewnić spójność finansowania świadczeń realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej dotyczących HIV i WZW C. Wnioskodawca wskazuje, że obecne przepisy nie pozwalają na finansowanie przez NFZ świadczeń zdrowotnych, w tym badań diagnostycznych, realizowanych w ramach modułu leczenia przewlekłego WZW C u osób osadzonych, mimo że środki na ten cel zostały uwzględnione w planie finansowym Funduszu. W odniesieniu do leczenia HIV projekt ma natomiast jednoznacznie przesądzić, że świadczenia niezbędne do realizacji programu leczenia antyretrowirusowego, udzielane osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, są finansowane z budżetu państwa. Regulacja usuwa więc bariery prawne i finansowe, które mogą ograniczać rzeczywistą dostępność istniejących programów leczenia.

Znaczenie społeczne proponowanych rozwiązań należy rozpatrywać w kontekście sytuacji epidemiologicznej HIV w Polsce. Według danych przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia podczas posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia liczba dotychczas wykrytych zakażeń HIV wynosi ok. 35 tys., natomiast przy uwzględnieniu osób nieświadomych zakażenia szacowana liczba osób żyjących z HIV może wynosić ok. 45 tys. Według stanu na 31 marca 2026 r. terapią antyretrowirusową objętych było 22 122 pacjentów⁹. Jednocześnie dane NIZP PZH–PIB wskazują na utrzymywanie się wysokiej liczby nowych rozpoznań: w 2025 r. zarejestrowano 2 784 nowo wykryte zakażenia HIV wobec 2 255 w 2024 r.¹⁰. Dane te dotyczą zakażeń wykrytych i zarejestrowanych, a nie zakażeń, do których doszło w danym roku, niemniej potwierdzają utrzymujące się znaczenie HIV jako istotnego problemu zdrowia publicznego w Polsce.

W przypadku osób żyjących z HIV podstawowym skutkiem projektu będzie ograniczenie nierówności w dostępie do świadczeń niezbędnych do prowadzenia leczenia antyretrowirusowego. Program leczenia ARV obejmuje osoby żyjące z HIV przebywające na terytorium Polski niezależnie od statusu ubezpieczeniowego, jednak w obecnym stanie prawnym niejednoznaczność zasad finansowania świadczeń towarzyszących realizacji programu prowadzi do zróżnicowanej praktyki. W części placówek świadczenia, w ramach których wydawane są leki i zlecane

https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/18/1/polska_w_liczbach_2025_v2.pdf.

⁹ Posiedzenie Komisji Zdrowia Senatu RP (nr 52) w dniu 21-05-2026 (zapis stenograficzny) – wypowiedź Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Kęckiej, <https://www.senat.gov.pl/prace/komisje-senackie/przebieg,11341,1.html>.

¹⁰ NIZP PZH–PIB, *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2025 roku*, Warszawa 2026, https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2025/Ch_2025.pdf.

badania, są udzielane bez dodatkowych opłat, podczas gdy w innych pacjent jest nimi obciążany. Powstaje zatem sytuacja, w której formalne prawo do bezpłatnego leczenia może być ograniczone koniecznością poniesienia kosztu świadczenia niezbędnego do jego kontynuacji. Przyjęcie proponowanych przepisów powinno ujednolicić praktykę oraz ograniczyć uzależnienie faktycznego dostępu do terapii od miejsca leczenia i sytuacji ekonomicznej pacjenta.

Skala bezpośredniego oddziaływania tej części regulacji jest stosunkowo niewielka w porównaniu z ogólną liczbą osób leczonych z powodu HIV, ale dotyczy grupy szczególnie narażonej na ograniczenie dostępu do świadczeń niezbędnych do kontynuowania terapii.

Najważniejszą korzyścią zdrowotną będzie ograniczenie ryzyka przerw w leczeniu antyretrowirusowym. Przerwanie terapii może prowadzić do ponownego wzrostu replikacji wirusa, progresji zakażenia i chorób współistniejących, zwiększenia ryzyka powikłań oraz rozwoju lekooporności. W dalszej perspektywie może skutkować koniecznością hospitalizacji z powodu zakażeń oportunistycznych, nowotworów lub innych ciężkich powikłań. Zapewnienie dostępu do regularnych wizyt, badań i leków może zatem wpływać na długość i jakość życia pacjentów oraz zmniejszać zapotrzebowanie na leczenie szpitalne.

Skutki projektu wykraczają jednocześnie poza sytuację osób bezpośrednio objętych leczeniem. Terapia antyretrowirusowa pełni funkcję zarówno terapeutyczną, jak i profilaktyczną: osoby skutecznie leczone, u których utrzymuje się niewykrywalna wiremia HIV, nie transmitują wirusa drogą kontaktów seksualnych. Zapewnienie ciągłości terapii zmniejsza zatem ryzyko nowych zakażeń i przynosi korzyści również partnerom osób żyjących z HIV oraz, szerzej, społeczeństwu. Regulacja ma więc znaczenie z perspektywy zdrowia jednostki oraz zdrowia publicznego.

Druga część regulacji dotyczy osób osadzonych z przewlekłym WZW C. Projekt ma zapewnić komplementarność finansowania leczenia, ponieważ samo finansowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych nie jest wystarczające do przeprowadzenia terapii bez odpowiednich świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań związanych z kwalifikacją pacjenta do leczenia i monitorowaniem terapii. Środki na ten cel zostały już uwzględnione w planie finansowym NFZ, w związku z czym projekt nie tworzy nowego programu ani nowego rodzaju interwencji zdrowotnej, lecz usuwa przeszkodę prawną utrudniającą pełną realizację istniejącego programu.

Za zasadnością tej zmiany przemawiają również dane wskazujące na szczególną sytuację epidemiologiczną zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród osób osadzonych. Według danych Służby Więziennej (stan na 13 sierpnia 2026 r.) w jednostkach penitencjarnych przebywa 70 268 osadzonych¹¹. W rządowym programie (na podstawie danych Służby Więziennej z lat 2008-2020) wskazano, że badania w kierunku przeciwciał anty-HCV wykonywano rocznie jedynie u ok. 9% osadzonych, a wśród osób badanych przeciwciała anty-HCV

¹¹ Służba Więzienna, *Informacja o zaludnieniu jednostek penitencjarnych*, stan na 13 sierpnia 2026 r., <https://sw.gov.pl/sites/default/files/2026-08/13.08.2026%20Informacja%20o%20zaludnieniu%20jednostek%20penitencjarnych.pdf>.

wykrywano średnio u 9,6%, przy wartościach od 5,8% do 13,1% w poszczególnych latach. W programie zaznaczono, że odsetek dodatnich wyników anty-HCV był ok. dziesięciokrotnie wyższy niż w populacji ogólnej¹². Dane te mają charakter historyczny i nie mogą być utożsamiane z częstością aktywnego zakażenia HCV w całej populacji osadzonych, ponieważ odnoszą się do wyników badań serologicznych w ograniczonej grupie osób poddanych testowaniu. Wskazują jednak na szczególne znaczenie diagnostyki i leczenia WZW C w środowisku penitencjarnym oraz na potencjalne znaczenie zwiększenia rzeczywistej dostępności programu.

Korzyści zdrowotne wynikające ze skutecznego rozpoznania i leczenia WZW C obejmują ograniczenie ryzyka progresji choroby i późnych powikłań oraz zmniejszenie liczby osób z aktywnym zakażeniem HCV, które mogą stanowić źródło dalszej transmisji. Skutki społeczne nie muszą więc ograniczać się do okresu pobytu pacjenta w jednostce penitencjarnej – ograniczenie następstw przewlekłego zakażenia może zmniejszać również przyszłe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne po zakończeniu odbywania kary. Skala tych pośrednich efektów jest jednak trudna do oszacowania.

Jednocześnie regulacja usuwa konkretną barierę finansowania, ale nie rozwiązuje wszystkich problemów determinujących dostęp do leczenia. W przypadku HIV nie oddziałuje na osoby, które nie zostały zdiagnozowane, ani na inne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej osób bez tytułu do ubezpieczenia. W odniesieniu do HCV sama możliwość finansowania świadczeń niezbędnych do diagnostyki i leczenia WZW C nie gwarantuje objęcia leczeniem wszystkich zakażonych osadzonych, jeżeli skala testowania i kwalifikacji do terapii pozostanie ograniczona. Rzeczywista skala korzyści społecznych będzie zatem zależała nie tylko od wprowadzenia projektowanych przepisów, ale również od ich praktycznego stosowania, dostępności diagnostyki oraz zachowania ciągłości leczenia.

C. Konsultacje społeczne

Na podstawie wyników konsultacji społecznych projektu, w których wzięło udział 12 osób, można stwierdzić, że zgłoszone stanowiska miały przede wszystkim charakter sygnałny i wyrażały poparcie dla projektu. Komentujący koncentrowali się na potrzebie zapewnienia ciągłości leczenia osobom żyjącym z HIV niezależnie od ich statusu ubezpieczeniowego oraz na znaczeniu tego rozwiązania dla zdrowia pacjentów i ograniczenia ryzyka transmisji zakażenia¹³. Wskazywano także, że projekt ma charakter naprawczy i porządkujący, usuwa niespójności w finansowaniu świadczeń, a zmiana ustawowa stanowi najbardziej stabilny sposób rozwiązania istniejących wątpliwości interpretacyjnych¹⁴.

Zauważono również, że projekt może ograniczyć spory rozliczeniowe i poprawić przewidywalność finansowania programów, przy możliwym niewielkim

¹² Krajowe Centrum ds. AIDS, *Moduł „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych na lata 2022-2024”*, Warszawa 2022, <https://www.gov.pl/attachment/99ba2155-d9ac-4746-b188-2925757a08a4>.

¹³ ID ankiety: 186800.

¹⁴ ID ankiety: 187895.

zwiększeniu obciążeń administracyjnych związanych z rozróżnianiem źródeł finansowania. Jako potencjalny skutek długoterminowy wskazano także ograniczenie kosztów wynikających z przerw w terapii antyretrowirusowej¹⁵.

Zgłoszone zastrzeżenia miały przede wszystkim charakter legislacyjny i techniczny i nie dotyczyły zasadniczego kierunku regulacji, a m.in. doprecyzowania zakresu finansowanych świadczeń oraz zabezpieczenia przed ich podwójnym finansowaniem¹⁶.

VII. Skutki gospodarcze projektowanej ustawy

Projekt zasadniczo nie powoduje skutków finansowych ani niepieniężnych w kontekście gospodarczym. Nie będzie wpływać na działalność przedsiębiorstw ani na zasady funkcjonowania rynku.

W ramach przeprowadzonych konsultacji społecznych nie pojawiły się opinie bezpośrednio wskazujące na skutki gospodarcze projektu.

VIII. Skutki projektowanej ustawy dla sektora finansów publicznych

W opinii Wnioskodawcy projekt nie pociąga za sobą skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, w tym budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Jednocześnie korzyści ekonomiczne jego przyjęcia powinny zostać uznane za znaczące, jakkolwiek trudne do oszacowania. Projekt ukierunkowany jest przede wszystkim na usunięcie elementu niepewności w zakresie możliwości publicznego finansowania świadczeń zdrowotnych wobec osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotne a zakażonych HCV i HIV.

W uzasadnieniu projektu Wnioskodawca wyraźnie wskazał, że projekt nawiązuje do projektu rządowego (druk nr 2456)¹⁷ i odwołał się do zaproponowanych w nim rozwiązań i argumentacji dotyczącej przewidywanych skutków¹⁸. Choć argumentacja zawarta w uzasadnieniu projektu prezydenckiego jest dość skąpa, analiza uzasadnienia i OSR projektu wyjściowego, do którego odwołuje się Wnioskodawca, pozwala na podtrzymanie tej obserwacji jako w pełni prawidłowej.

Zasadność pokrywania ze środków publicznych kosztów leczenia zakażeń wirusowych HCV i HIV wpisuje się w mechanizm pozytywnego efektu zewnętrznego polegającego na minimalizacji ryzyka roznoszenia zakażeń przez osoby leczone (również, kiedy nie są objęte publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym). Przy braku leczenia osoby takie mogłyby przenosić zakażenie, generując dodatkowe koszty

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Rządowy 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 – druk nr 2456 z dnia 15 kwietnia 2026 r. Stał on się podstawą uchwalenia ustawy z dnia 15 maja 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw objętej wnioskiem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o ponowne rozpatrzenie (tzw. *vefo* prezydenckie) z dnia 11 czerwca 2026 r.

¹⁸ Zob. uzasadnienie projektu, s. 1.

systemowe wynikające z diagnozowania i leczenia nowych zarażonych. W przypadku chorób zakaźnych o względnie znacznej łatwości przenoszenia zakażeń finansowanie leczenia redukuje koszty społeczne i publiczne związane z dalszą, a możliwą do uniknięcia, transmisją zakażeń.

Co warto podkreślić, środki na realizację postanowień projektu zostały już zabezpieczone¹⁹.

W trakcie konsultacji społecznych ankietowani zgodzili się z oceną skutków finansowych przedstawianych w projekcie.

IX. Inne skutki projektowanej ustawy

Nie zidentyfikowano innych skutków wejścia w życie projektowanej ustawy.

X. Zmiana obciążeń administracyjnych

Przyjęcie projektu skutkować będzie zwiększeniem obciążeń administracyjnych po stronie NFZ i Ministerstwa Zdrowia, przede wszystkim związanych z rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu polityki zdrowotnej dotyczącego leczenia HCV i HIV. Świadczeniodawcy zostaną zobowiązani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, objętym programem polityki zdrowotnej w zakresie HIV ustalonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wejście w życie projektowanej ustawy nie spowoduje zmiany obciążeń administracyjnych dla przedsiębiorców. Można natomiast założyć niewielki wzrost obciążenia pracą w aparacie administracyjnym właściwych lecznic i NFZ w stosunku do stanu wyjściowego tj. braku przyjęcia projektu ustawy (może on być związany m.in. z koniecznością identyfikacji i dokumentowania źródeł finansowania świadczeń). Z uwagi na to, iż projekt ma charakter doprecyzowania, uznać należy, iż docelowy poziom obciążeń administracyjnych był brany pod uwagę w pracach budżetowych.

XI. Konkluzje

1. Skutki prawne: Skutkiem prawnym przyjęcia projektu będzie ustalenie, że świadczenia zdrowotne udzielane w programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia lekami o bezpośrednim, swoistym działaniu przeciwwirusowym osób osadzonych w zakładach penitencjarnych z przewlekłym, wirusowym zapaleniem wątroby typu C, finansuje NFZ. Przyjęcie projektu przesądzać też będzie, że koszty świadczeń opieki zdrowotnej związanych przyczynowo z zakażeniami HIV (i chorobą AIDS), udzielanych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, są finansowane

¹⁹ Zob. druk nr 2456, Ocena skutków regulacji, s. 3-5.

z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Opiniowany projekt nie dotyczy zagadnień unormowanych w EKPC.

2. Skutki społeczne: Regulacja dotyczy bezpośrednio relatywnie niewielkich grup świadczeniobiorców, ale usuwa bariery w dostępie do skutecznego leczenia zakażeń o istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego.

Korzyści obejmują przede wszystkim poprawę ciągłości terapii, ograniczenie nierówności w dostępie do świadczeń, zmniejszenie ryzyka powikłań i hospitalizacji oraz ograniczenie ryzyka dalszej transmisji HIV i HCV. Pozytywne skutki mogą więc obejmować także osoby niebędące bezpośrednimi adresatami regulacji.

3. Skutki gospodarcze: Projekt nie wywołuje istotnych bezpośrednich skutków gospodarczych dla przedsiębiorców ani dla funkcjonowania rynku.

4. Skutki finansowe: Wdrożenie rozwiązań projektu nie będzie powodowało powstawania skutków finansowych dla sektora publicznego innych niż już zabezpieczone w planach finansowych.

W średnim i długim okresie, należy spodziewać się efektów pozytywnych w postaci niższych niż potencjalnie możliwe wydatków na leczenie chorób zakaźnych i ich następstw, a także brakiem dodatkowych kosztów społecznych powodowanych przez zakażenia HCV i HIV.

Autorzy:

dr Marek Jaśkowski, ekspert ds. legislacji (pkt I-III)

Daniela Kupis, specjalistka ds. komparatystycznych (pkt IV, XI.5)

dr Adam Karczmarek, ekspert ds. legislacji (pkt V.1, X, XI.1.1)

prof. dr hab. Krzysztof Wojtyczek, ekspert ds. legislacji (pkt V.2, XI.1.2)

dr hab. Wojciech Zgliczyński, specjalista ds. społecznych (pkt VI, X, XI.2)

dr Marcin Klinowski, specjalista ds. systemu gospodarczego (pkt VII, X, XI.3)

dr Jarosław Wierzbicki, specjalista ds. finansów publicznych (pkt VIII, X, XI.4)

Akceptował:

Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik

/podpisano elektronicznie/