



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-148-22

Druk nr 2768
Warszawa, 9 listopada 2022 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

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

- o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.

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

Z poważaniem

Mateusz Morawiecki

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733) w art. 15i ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, w tym na pokrycie kosztów obsługi, o której mowa w ust. 1, przekazuje marszałkowi województwa właściwy wojewoda na podstawie umowy zawartej między właściwym wojewodą a marszałkiem województwa. Umowa ta określa wysokość środków oraz sposób i tryb ich przekazywania i rozliczania.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:

a) w ust. 1 po pkt 3 dodaje się przecinek i pkt 3a w brzmieniu:

„3a) studenci i doktoranci, którzy odbywają kształcenie w Rzeczypospolitej Polskiej, absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, oraz odbywający kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawę z dnia 28 listopada 2014 r.– Prawo o aktach stanu cywilnego, ustawę z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 16 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw oraz ustawę z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265, 1352, 1700, 1855, 2140 i 2180.

UE lub EFTA i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, jeżeli zostali uznani za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadają ważną Kartę Polaka”;

- b) w ust. 2 w pkt 1 i 4 po wyrazach „ust. 1 pkt 3” dodaje się wyrazy „i 3a”;
- 2) w art. 5 w pkt 3 w lit. a skreśla się wyrazy „lub zakładzie kształcenia nauczycieli”;
- 3) w art. 13a wyrazy „w art. 12 pkt 5 i 10–12, art. 12a oraz art. 15 ust. 2 pkt 12” zastępuje się wyrazami „w art. 12 pkt 5 i 10–12 oraz w art. 12a”;
- 4) w art. 16 w ust. 1 w pkt 1 skreśla się wyrazy „lub zakładzie kształcenia nauczycieli”;
- 5) w art. 42c w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
 - „2) finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa;”;
- 6) w art. 43a:
 - a) w ust. 3 wyrazy „z budżetu państwa” zastępuje się wyrazami „przez Fundusz”;
 - b) uchyla się ust. 5;
- 7) w art. 43b:
 - a) w ust. 7 wyrazy „z budżetu państwa” zastępuje się wyrazami „przez Fundusz”;
 - b) uchyla się ust. 9;
- 8) w art. 48 po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1b w brzmieniu:
 - „1a. Minister właściwy do spraw zdrowia realizuje programy polityki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, 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.
 - 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.”;
- 9) w art. 66:
 - a) w ust. 1:
 - pkt 2 otrzymuje brzmienie:

- „2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący terytorialną służbę wojskową, zawodową służbę wojskową w trakcie kształcenia, służbę w rezerwie lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny – o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu;”,
 - pkt 5 otrzymuje brzmienie:
 - „5) żołnierze zawodowi;”,
 - w pkt 17 skreśla się wyrazy „oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli”,
 - po pkt 20 dodaje się pkt 20a w brzmieniu:
 - „20a) absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, oraz osoby odbywające kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;”,
 - b) w ust. 2 i 2a wyrazy „pkt 17–20” zastępuje się wyrazami „pkt 17–20a”;
- 10) w art. 67 w ust. 1 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:
„Obowiązek opłacenia składki nie dotyczy osób, o których mowa w art. 66 ust. 1:
- 1) pkt 16, którym przyznano rentę na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów;
 - 2) pkt 17, 18, 20, 20a, 24 – niepobierających zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium;
 - 3) pkt 25 – niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;
 - 4) pkt 31, 31a, 31b.”;
- 11) w art. 73:
- a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) uczniów, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, powstaje z dniem przyjęcia do szkoły, a wygasa z dniem ukończenia szkoły albo skreślenia z listy uczniów;”,

b) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20, 20a i 22, powstaje z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia odpowiednio pierwszego semestru kształcenia, obowiązkowego stażu lub kursu, a wygasa z dniem ukończenia odpowiednio studiów lub kształcenia w szkole doktorskiej lub stażu lub kursu albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów lub listy uczestników stażu lub listy kursu;”;

12) art. 75 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, 18, 20 i 20a, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, uczelnie, podmioty prowadzące szkoły doktorskie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.”;

13) w art. 81:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.”;

b) w ust. 8:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;”;

– pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, pobierających zasiłek dla bezrobotnych lub stypendium jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub kwota stypendium;”;

– pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 25, pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne jest kwota zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;”;

– pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28, jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;”

– uchyla się pkt 9a;

14) w art. 86:

a) w ust. 1:

– uchyla się pkt 2, 4, 6, 7, 12,

– pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32 i 32a, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;”

– uchyla się pkt 14,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 5, 8–11, 13–13a, 15 i 17, jest finansowana z budżetu państwa.”

c) uchyla się ust. 3;

15) w art. 87:

a) w ust. 2 we wprowadzeniu do wyliczenia skreśla się wyrazy „oraz świadczeń pieniężnych dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych”

b) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c–i, pkt 1a, 3–8, 8b–16a, 19, 21–23, 24 – pobierających zasiłek dla bezrobotnych lub stypendium, pkt 24a i 25 – pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, pkt 26–30 i 32–33 oraz w art. 68 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;”

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 5 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.”

d) po ust. 10g dodaje się ust. 10h w brzmieniu:

„10h. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, inne właściwe organy emerytalne i rentowe wypłacające rentę rodzinną działając za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,

przekazują do centrali Funduszu dane dotyczące osób pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia, określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7, 9 i 10 oraz datę, od której przysługuje wypłata renty rodzinnej i datę zaprzestania pobierania renty rodzinnej.”,

e) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu i oddziału wojewódzkiego Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inne właściwe organy emerytalne i rentowe wypłacające rentę rodzinną działając za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, o których mowa w ust. 10c–10e oraz 10h, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności i integralności przekazywanych danych.”;

16) w art. 95n w ust. 14 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) niezawarcia umowy, o której mowa w art. 159a, w terminie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1 albo”;

17) w art. 97:

a) w ust. 3:

– uchyla się pkt 2b,

– pkt 3c otrzymuje brzmienie:

„3c) dokonywanie zwrotu kosztów w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa, z zastrzeżeniem art. 42b ust. 2;”;

– po pkt 3c dodaje się pkt 3d i 3e w brzmieniu:

„3d) finansowanie zakupu szczepionek, o których mowa w art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz produktów leczniczych, o których mowa w art. 18a ust. 2 tej ustawy;

- 3e) finansowanie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 48 ust. 1b;”;
- b) uchyla się ust. 3c,
- c) uchyla się ust. 8;
- 18) w art. 107 w ust. 5 w pkt 6 skreśla się wyrazy „, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym”;
- 19) w art. 116 w ust. 1 w pkt 5 wyrazy „pkt 2b, 2c, 2e–2g i 4c” zastępuje się wyrazami „pkt 2f, 2g i 4c”;
- 20) w art. 117 w ust. 1 po pkt 3 dodaje się pkt 3a–3c w brzmieniu:
- „3a) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2c i 2e;
- 3b) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3d;
- 3c) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3e;”;
- 21) w art. 118:
- a) w ust. 2 w pkt 1:
- w lit. e w tiret czwarte średnik zastępuje się przecinkiem,
 - dodaje się lit. f w brzmieniu:
„f) kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3d i 3e;”;
- b) uchyla się ust. 6;
- 22) uchyla się art. 118a;
- 23) w art. 129 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. W okresie pomiędzy przyjęciem przez Radę Funduszu uchwały, o której mowa w ust. 2, w danym roku oraz przyjęciem przez Radę Funduszu uchwały, o której mowa w ust. 2, w następnym roku, planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej albo koszty zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3d i 3e w planie finansowym obowiązującym w tym okresie lub sporządzanym w tym okresie mogą być zwiększone, przy czym łączna wysokość zwiększenia planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej albo kosztów zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3d i 3e w tym okresie nie może być większa niż wysokość funduszu zapasowego. W tym przypadku nie stosuje się zasady określonej w art. 118 ust. 1.”;
- 24) w art. 131c ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. Środki, o których mowa w ust. 1, obejmują:
- 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia,

- 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa,
 - 3) koszty Funduszu ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem środków z Funduszu Medycznego, przekazywanych do Funduszu,
 - 4) odpis dla Agencji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9, ujęty w planie finansowym Funduszu,
 - 5) koszty Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych ujęte w planie finansowym tego Funduszu,
 - 6) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 888, 1301 i 1751),
 - 7) odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu,
 - 8) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, o którym mowa w art. 17b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
– po wyłączeniu planowanych transferów środków finansowych otrzymanych ze źródeł, o których mowa w pkt 1–8.”;
- 25) w art. 131d ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. W przypadku wystąpienia w trakcie roku oszczędności w budżecie państwa, w szczególności w części budżetowej ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym w ramach programów wieloletnich, jest możliwe zwiększenie dotacji podmiotowej, o której mowa w ust. 1, lub przeznaczenie środków na zwiększenie funduszu zapasowego Funduszu, o którym mowa w art. 115 ust. 1, z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń gwarantowanych.”;
- 26) w art. 136 w ust. 2 po pkt 1b dodaje się pkt 1ba w brzmieniu:
- „1ba) z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;”;
- 27) uchyla się art. 161a.

Art. 3. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 i 1733) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 21:

- a) w ust. 3 uchyla się pkt 5,
 - b) w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) o których mowa w ust. 3 pkt 2 i 3 oraz ust. 4, wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia;”;
- 2) art. 22 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 22. Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i umów na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe.”;
- 3) w art. 46:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1. Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, są finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez Narodowy Fundusz Zdrowia.”,
 - b) w ust. 3:
 - uchyla się pkt 1,
 - w pkt 2 przecinek zastępuje się średnikiem,
 - w pkt 3 dodaje się kropkę,
 - uchyla się część wspólną,
 - c) w ust. 4 wyrazy „zadań, o których mowa w ust. 1” zastępuje się wyrazami „dyspozytorni medycznych oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych”,
 - d) uchyla się ust. 5–8;
- 4) w art. 49:
- a) uchyla się ust. 1–5,
 - b) ust. 5a otrzymuje brzmienie:
 - „5a. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego.”,

c) w ust. 6 wyrazy „, o których mowa w ust. 1, przez zespoły ratownictwa medycznego” zastępuje się wyrazami „na zadania zespołów ratownictwa medycznego”;

5) art. 49a otrzymuje brzmienie:

„Art. 49a. 1. W przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może zawrzeć z dysponentem zespołów ratownictwa medycznego dodatkową umowę na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego związanych z zabezpieczeniem wybranych miejsc lub dokonaniem czynności wykraczających poza zadania określone w planie.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1, jest zawierana w trybie rokowań, o których mowa w art. 143 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 4. W ustawie z dnia z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 18:

a) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Szczepionki służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych nabywa minister właściwy do spraw zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych, a finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia.”,

b) uchyla się ust. 7;

2) w art. 18a:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Szczepionki oraz immunologiczne produkty lecznicze, stosowane w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii, nabywa minister właściwy do spraw zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych, a finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia.”,

b) uchyla się ust. 3.

Art. 5. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974 i 1079) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 37 w ust. 7 wyrazy „ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych” zastępuje się wyrazami „ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny”;
- 2) w art. 46a wyrazy „ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych” zastępuje się wyrazami „ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny”;
- 3) po art. 117 dodaje się art. 117a w brzmieniu:

„Art. 117a. W przypadku wieloletnich inwestycji budowlanych finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - 2) ministra właściwego do spraw wewnętrznych
- łączna kwota środków z budżetu państwa może być wyższa niż wartość kosztorysowa inwestycji określona przy rozpoczęciu jej realizacji, obejmująca koszty przygotowania do realizacji, koszty robót budowlanych, koszty nadzoru nad wykonywaniem robót budowlanych i koszty pierwszego wyposażenia.”.

Art. 6. W ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1681) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 144:
 - a) w ust. 1–3 we wprowadzeniach do wyliczenia i w ust. 5 wyrazy „1 stycznia 2023 r.” zastępuje się wyrazami „1 stycznia 2024 r.”;
 - b) w ust. 5 po wyrazach „martwego urodzenia” dodaje się wyrazy „oraz karta zgonu”;
- 2) w art. 149 w pkt 2 wyrazy „1 stycznia 2023 r.” zastępuje się wyrazami „1 stycznia 2024 r.”.

Art. 7. W ustawie z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 652 oraz z 2018 r. poz. 2092) w art. 7 w ust. 1:

- 1) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„W latach 2016–2022 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa, będących konsekwencją wejścia ustawy w życie, wynosi 4 915 400 tys. zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie:”;

2) uchyla się pkt 8–10.

Art. 8. W ustawie z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2020, z 2020 r. poz. 2400 oraz z 2021 r. poz. 2445) w art. 9 w ust. 1 uchyla się pkt 7–10.

Art. 9. W ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2173, z 2017 r. poz. 1774, z 2018 r. poz. 2435, z 2020 r. poz. 278 i 2400 oraz z 2021 r. poz. 2445) w art. 6 w ust. 1 uchyla się pkt 7–10.

Art. 10. W ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, 1942 i 2130, z 2020 r. poz. 2400 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 2445) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 23 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W latach 2018–2022 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia wynosi 194 434 tys. zł, z tym, że w poszczególnych latach wyniesie odpowiednio w:

- 1) 2018 r. – 5 098 tys. zł;
- 2) 2019 r. – 32 772 tys. zł;
- 3) 2020 r. – 36 153 tys. zł;
- 4) 2021 r. – 49 485 tys. zł;
- 5) 2022 r. – 70 926 tys. zł.”;

2) w art. 24 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W latach 2018–2022 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym niniejszej ustawy w części pozostającej w dyspozycji wojewodów wynosi 418 581 tys. zł, z tym że w poszczególnych latach wyniesie odpowiednio w:

- 1) 2018 r. – 0 zł;
- 2) 2019 r. – 2 434 tys. zł;
- 3) 2020 r. – 2 413 tys. zł;
- 4) 2021 r. – 185 170 tys. zł;
- 5) 2022 r. – 228 564 tys. zł.”.

Art. 11. W ustawie z dnia 16 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 945) w art. 4 w ust. 1:

1) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„W latach 2020–2022 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym niniejszej ustawy, w związku z realizacją zadania, o którym mowa w art. 43b ustawy zmienianej w art. 1, wynosi 61 820 tys. zł, z tym że w poszczególnych latach wyniesie odpowiednio:”;

2) uchyla się pkt 4–10.

Art. 12. W ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1855) art. 11 otrzymuje brzmienie:

„Art. 11. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.³⁾) art. 12a otrzymuje brzmienie:

„Art. 12a. Przepisów ustawy, z wyłączeniem art. 48 ust. 1b, przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, przepisów określających kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r. poz. 53, z późn. zm.⁴⁾).”.

Art. 13. W 2023 r. składki na ubezpieczenie zdrowotne za osoby, o których mowa w art. 67 ust. 1 zdaniu drugim ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, należne za 2022 r. w części nieopłaconej do końca 2022 r. mogą zostać sfinansowane z

³⁾ Patrz odnośnik nr 2.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 472, 1236 i 2054 oraz z 2022 r. poz. 22, 655 i 1855.

budżetu państwa z rezerwy celowej na zadania w ochronie zdrowia, na wniosek właściwego dysponenta zobowiązanego w 2022 r. do ich finansowania.

Art. 14. 1. W 2023 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, przekaze środki z funduszu zapasowego, o którym mowa w art. 115 ustawy zmienianej w art. 2, w kwocie nieprzekraczającej 5 500 mln zł. na zasilenie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 568, z późn. zm.⁵⁾), z przeznaczeniem, w szczególności, na finansowanie szczepień ochronnych związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz na finansowanie kosztów związanych z działalnością infolinii Narodowego Programu Szczepień.

2. Fundusz zapasowy Narodowego Funduszu Zdrowia zmniejsza się o wartość środków przekazanych zgodnie z ust. 1.

Art. 15. 1. W 2023 r. minister właściwy do spraw zdrowia może przyznać dotację, o której mowa w art. 115 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 5, również podmiotom leczniczym, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego, na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 5, w zakresie:

- 1) podnoszenia efektywności energetycznej podmiotów leczniczych;
- 2) modernizacji i doposażenia oddziałów udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego noworodkom oraz dzieciom wraz z infrastrukturą towarzyszącą;
- 3) wsparcia oddziałów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych;
- 4) modernizacji infrastruktury i doposażenia Izb Przyjęć oraz pomieszczeń z przeznaczeniem na Izby Przyjęć;
- 5) doposażenia podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt do diagnostyki wraz z niezbędnym dostosowaniem pomieszczeń.

2. W zakresie przyznawania i rozliczania dotacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio art. 114 ust. 2–4, art. 115 ust. 4a–6 oraz art. 116 ustawy zmienianej w art. 5.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 695, 1086, 1262, 1478, 1747, 2157 i 2255, z 2021 r. poz. 1535 i 2368 oraz z 2022 r. poz. 64, 202, 1561, 1692, 1730, 1967, 2127 i 2236.

Art. 16. 1. Termin obowiązywania umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy może zostać przedłużony, za zgodą stron tej umowy, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2023 r.

2. Z dniem 1 stycznia 2023 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wstępuje w prawa i obowiązki wojewodów będących stronami umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.

Art. 17. 1. Do dnia 20 stycznia 2023 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przekaze ministrowi właściwemu do spraw zdrowia:

- 1) sprawozdania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 43a ust. 5 oraz art. 43b ust. 9 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu dotychczasowym, dotyczące grudnia 2022 r.;
- 2) rozliczenie otrzymanych dotacji, o których mowa w przepisach określonych w pkt 1, za 2022 r.

2. Niewykorzystana część dotacji przekazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w 2022 r., o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 43a ust. 5 oraz art. 43b ust. 9 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu dotychczasowym, podlega zwrotowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rachunek bankowy ministra właściwego do spraw zdrowia do dnia 31 stycznia 2023 r.

Art. 18. Dotychczasowe przepisy wykonawcze, wydane na podstawie art. 13a ustawy zmienianej w art. 2, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13a ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 19. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 87 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 2 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 87 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 20. 1. Zadanie, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3e ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może być w 2023 r., w zakresie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez przekazanie 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.

2. Jednostki, o których mowa w ust. 1, mogą zaciągać zobowiązania niezbędne do nabycia produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1, w tym w roku poprzedzającym to nabycie, do wysokości określonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 21. 1. Nabycie szczepionek oraz produktów leczniczych związanych z realizacją zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3d ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może być w 2023 r. sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez przekazanie środków finansowych, w wysokości i terminach określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wyodrębniony rachunek bankowy jednostki budżetowej podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

2. Jednostka, o której mowa w ust. 1, może zaciągać zobowiązania niezbędne do nabycia szczepionek oraz produktów leczniczych, o których mowa w ust. 1, w tym w roku poprzedzającym to nabycie, do wysokości określonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 22. Zobowiązania wynikające z umów zawartych w 2022 r. pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a marszałkami województw dotyczących finansowania w 2022 r. staży podyplomowych, o których mowa w art. 15i ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733), mogą zostać sfinansowane w 2023 r. przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 23. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r., z wyjątkiem art. 2 pkt 25, art. 10, art. 20 ust. 2 oraz art. 21 ust. 2, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Projekt ma na celu optymalizację wydatkowania środków publicznych na cele ochrony zdrowia w ramach łącznej kwoty nakładów w tym obszarze określonej corocznie na podstawie przepisów ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) (dalej „ustawa o świadczeniach”). W projekcie ujęto ponadto regulacje incydentalne, które są związane z koniecznością wsparcia jednostek systemu ochrony zdrowia po okresie wzmożonych działań ukierunkowanych na przeciwdziałanie i zapobieganie COVID-19.

Art. 1.

Finansowanie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry jest zadaniem zleconym marszałkowi województwa z zakresu administracji rządowej. W chwili obecnej środki na to zadanie przekazywane są przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zmiany przewidziane w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733) mają na celu przywrócenie trybu finansowania obowiązującego dla zadań zleconych z zakresu administracji rządowej. W związku z tym środki na realizację tego zadania będą przekazywane marszałkowi województwa przez właściwego wojewodę.

Dodatkowo przewidziano w art. 22 projektu przepis przejściowy mający na celu umożliwienie sfinansowania w 2023 r. przez Ministra Zdrowia ewentualnych zobowiązań powstałych z tytułu realizacji ww. zadania w 2022 r.

Art. 2.

Zmiany w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmują:

- 1) przeniesienia źródła finansowania kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych i leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia**

Świadczenia wysokospecjalistyczne oraz leki dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży w chwili obecnej obecnie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, ze środków dotacji z budżetu państwa. Projekt ustawy przewiduje przeniesienie źródła finansowania przedmiotowych świadczeń z budżetu państwa do

Funduszu, który jest podstawowym płatnikiem w systemie opieki zdrowotnej (zmiana art. 42c ust. 1 pkt 2, art. 43a ust. 3 i 5, art. 43 b ust. 7 i 9, art. 97 ust. 3 pkt 2b, art. 97 ust. 8 oraz art. 116 ust. 1 pkt 5). Istniejące mechanizmy zapewniające finansowanie pełnej realizacji umowy przez Fundusz – także świadczeń udzielonych w stanach nagłych – uzasadniają jednolite finansowanie tych świadczeń przez Fundusz. Dodatkowo przewiduje się zakwalifikowanie przedmiotowych świadczeń wysokospecjalistycznych do tzw. świadczeń „nielimitowanych” (zmiana art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach) co oznacza, że w przypadku przekroczenia kwoty zobowiązania określonej w umowie kwota ta podlegać będzie zwiększeniu o wartość przekroczenia, stosownie do potrzeb. W odniesieniu do świadczeń wysokospecjalistycznych projektowana regulacja będzie skutkować ograniczeniem przychodów Funduszu. Zgodnie z Prognozą Funduszu na lata 2023–2025 r., środki zaplanowane w ramach dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b ustawy o świadczeniach (świadczenia wysokospecjalistyczne), wyniosą 221 576 000 zł. Zakres udzielanych świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz refundacji leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży i warunki ich realizacji pozostają bez zmian, zatem przedmiotowy projekt nie będzie miał skutków finansowych dla świadczeniodawców. Projekt nie będzie miał wpływu na umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami, które nadal będą obowiązywały. Proponowane rozwiązanie zapewni ciągłość oraz dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych, a także ciągłość oraz dostępność do bezpłatnych leków dla osób po 75. roku życia i dla kobiet w ciąży.

2) finansowanie wybranych programów polityki zdrowotnej

Proponowana zmiana w art. 2 pkt 6 projektu ma na celu dostosowanie ustawy o świadczeniach w zakresie podmiotu finansującego dwa programy polityki zdrowotnej, realizowane obecnie przez ministra właściwego do spraw zdrowia – dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV z modułem profilaktyki, diagnostyki i leczenia WZW typu C osób osadzonych w zakładach penitencjarnych oraz programu leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych. Zgodnie z projektowanymi regulacjami podmiotem odpowiedzialnym za zakup produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych określonych w programie realizowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia byłby podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów z rozpoznaniem uprawniającym do korzystania z tych programów, tj. Fundusz. Proponowana zmiana nie wpłynie na zmianę sposobu realizacji programu w zakresie dostępności i

organizacji profilaktyki, leczenia i diagnostyki chorób w populacji osób objętych ww. programami.

3) rezygnacji z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowanej z budżetu państwa w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia

Projekt przewiduje wyłącznie zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułów wskazanych w nowym brzmieniu, w tym art. 67 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego tych osób nadal będzie istniał i będą miały one status osoby ubezpieczonej.

Zmiana ma na celu ograniczenie wydatków budżetu państwa oraz kosztów administracyjnych związanych z opłacaniem składki na ubezpieczenie zdrowotne z budżetu państwa, w szczególności mając na względzie przepisy np. art. 131c ustawy o świadczeniach. Projektowane regulacje winny skutkować ograniczeniem przychodów Funduszu oraz wydatków budżetu państwa.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne nie będą opłacane za następujące osoby:

- 1) którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów. Zgodnie z np. 21 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128, z późn. zm.) wolne od podatku dochodowego są:
 - renty przyznane na podstawie odrębnych przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
 - emerytury lub renty otrzymane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w okresie wojny 1939–1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
- 2) żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, ćwiczenia wojskowe oraz pełniących terytorialną służbę wojskową lub służbę wojskową w razie ogłoszenia

mobilizacji i w czasie wojny za których składki opłacane są z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej,

- 3) uczniów w rozumieniu przepisów o systemie oświaty,
- 4) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej,
- 5) bezrobotnych, niepobierających zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium za których składki opłaca powiatowy urząd pracy,
- 6) niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego (z przyczyn określonych w przepisach odrębnych, za których składki opłaca powiatowy urząd pracy

– za które składka, zgodnie z np. 86 ust. 3 ustawy o świadczeniach jest opłacana z dotacji celowej dla jednostek samorządu terytorialnego na zadania z zakresu administracji rządowej,

- 7) studentów i doktorantów za których składki opłacane są przez uczelnię lub podmiot prowadzący szkołę doktorską, w których osoby te odbywają kształcenie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra do spraw nauki i szkolnictwa wyższego,

- 8) kombatantów i osoby represjonowane niepodlegające ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierające emerytury lub renty,

- 9) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych niepodlegające ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierających emerytury lub renty

– za których składka jest opłacana z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych,

- 10) cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, za których składka jest opłacana z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Ponadto proponuje się zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne za osoby uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadające ważną Kartę Polaka, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4 ustawy o świadczeniach. Obecnie zgodnie z np. 86 ust. 1 pkt 14 ustawy o świadczeniach osoby te podlegają ubezpieczeniu dobrowolnemu, a składki na ubezpieczenie zdrowotne tych osób opłaca uczelnia lub podmiot prowadzący szkołę doktorską, w których osoby te odbywają lub będą odbywać kształcenie i są one finansowane z budżetu państwa (art. 86 ust. 2 ustawy o świadczeniach). W związku z tym, w celu zachowania spójności systemu ubezpieczenia

zdrowotnego proponuje się wprowadzić obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne dla tych osób. Będzie wynikało to ze zmian wprowadzonych w art. 3 ust. 1 pkt 3a, ust. 2 pkt 1 i 4, w art. 66 ust. 1 pkt 20a, art. 73 pkt 4 oraz art. 75 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

W związku z zaprzestaniem opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne wskazanych powyżej osób koniecznym jest wprowadzenie zmian w przepisach:

- 1) regulujących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne tych osób, tj. w art. 68 ust. 4 pkt 3, w art. 81 ust. 4, ust. 8 pkt 3, 5 i 9 ustawy o świadczeniach;
- 2) wskazujących podmioty zobowiązane do finansowania tych składek oraz źródła ich finansowania, tj. art. 86 ust. 1 pkt 2, 4, 6, 7, 12, 13, 14 i ust. 2 i ust. 3 oraz art. 87 ust. 2, ust. 4 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

Jednocześnie w art. 13 zostały zaproponowane przepisy przejściowe odnośnie opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne za grudzień 2022 za osoby wskazane powyżej.

4) dodania podstawy prawnej, zobowiązującej Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz inne właściwe organy rentowe wypłacające rentę rodzinną do przekazywania do Funduszu danych osób pobierających rentę rodzinną

Proponowana zmiana art. 87 ust. 5 ustawy o świadczeniach ma na celu wydłużenie z 3 do 5 dni roboczych okresu, w jakim KRUS ma obowiązek przekazać NFZ pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z ustawą z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz ustawy – Prawo bankowe, KRUS dokonała zamknięcia wyodrębnionych rachunków bankowych w złotych, służących płatnikom składek do regulowania należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne rolników, o których mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, oraz należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w ustawie o świadczeniach, w 16 Oddziałach Regionalnych KRUS. Otwarto po dwa rachunki bankowe, służące do przyjmowania środków finansowych z tytułu przedmiotowych składek. Wprowadzone zmiany spowodowały wydłużenie czasu identyfikacji wpłat dokonywanych przez płatników składek. Wydłużenie z 3 do 5 dni roboczych okresu, w jakim KRUS ma obowiązek przekazać NFZ pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne, jest podyktowane terminowym oraz rzetelnym wykonywaniem przepisów art. 87 ust. 5 ustawy o świadczeniach.

Zmiany do art. 87 ustawy o świadczeniach w zakresie dodania ust. 10h oraz zmiany ust. 11 wiążą się ze zmianami wprowadzonymi do ustawy o świadczeniach ustawą z dnia 9

czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1265 oraz z 2022 r. poz. 1964). Zgodnie z tymi zmianami od dnia 1 lipca 2022 r. pobieranie renty rodzinnej w przypadku osób do 18. roku życia stanowi już odrębny tytuł objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (osoby te tracą status ubezpieczonego z tytułu pobierania renty rodzinnej). Osoby te zachowały prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jeżeli nie uzyskają statusu osób ubezpieczonych z innego tytułu lub nie posiadają obywatelstwa polskiego, mają prawo do świadczeń jako świadczeniobiorcy, inni niż ubezpieczeni, na podstawie dodanego art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o świadczeniach (zgodnie z którym prawo do świadczeń mają także inne niż ubezpieczone osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, nieposiadające obywatelstwa polskiego pobierające rentę rodzinną, jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa).

Od 1 lipca 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i inne właściwe organy rentowe nie przekazują już danych o osobach, które nie ukończyły 18. roku życia i otrzymują rentę rodzinną, gdyż zgodnie z ustawą o świadczeniach podmioty te przekazują co do zasady dane dotyczące osób podlegających ubezpieczeniu, a o innych grupach – tylko o ile jest to wyraźnie wskazane w ustawie. W konsekwencji Fundusz nie posiada danych dotyczących dzieci, które pobierają rentę rodzinną i nie może potwierdzać i weryfikować prawa tej grupy do świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym projektowana zmiana przewiduje dodanie podstawy prawnej, zobowiązującej Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz inne właściwe organy rentowe wypłacające rentę rodzinną do przekazywania do Funduszu także danych osób pobierających rentę rodzinną (art. 87 ust. 10h). Ponadto zmianie ulega upoważnienie zawarte w art. 87 ust. 11 ustawy o świadczeniach, tak aby rozporządzenie określające szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania danych do Funduszu obejmowało także dane dotyczące osób pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia.

5) dostosowania brzmienia art. 95n ust. 14 pkt. 1 do obowiązujących przepisów

Zmiana przepisu art. 95n ust. 14 pkt 1 ustawy o świadczeniach wynika z konieczności dostosowania tego przepisu do aktualnej sytuacji faktycznej i prawnej. Termin obowiązywania pierwszego wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń szpitalnych został przedłużony na podstawie przepisu szczególnego, tj. art. 2 ustawy z dnia 17 marca

2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 616, 1773 i z 2022 r. poz. 526). Zgodnie z tym przepisem kolejny wykaz został ogłoszony w dniu 30 września 2022 r. i będzie obowiązywał od 1 stycznia 2023 r. Proponowana zmiana ma na celu dostosowanie normy prawnej art. 95n ust. 14 pkt 1 do tego przepisu.

6) finansowanie zakupu szczepionek

Projekt ustawy umożliwia także włączenie do finansowania przez Fundusz kosztów zakupu szczepionek wykorzystywanych do szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych oraz szczepionek i innych immunologicznych produktów leczniczych stanowiących rezerwę, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii za wyjątkiem szczepionek COVID-19, których zakup finansowany jest z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Powyższe implikowało konieczność dostosowania przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

7) nadanie nowego brzmienia art. 131c ust. 3 ustawy o świadczeniach

Zmiana porządkuje kwestię ewentualnego podwójnego zaliczania do łącznej kwoty nakładów środków stanowiących transfery środków wskazanych w pkt 1–8. Z uwagi na coraz bardziej rozbudowany katalog wydatków zaliczanych do nakładów na ochronę zdrowia zasadna jest zmiana podejścia z obecnego wskazywania wszystkich możliwych transferów w poszczególnych punktach, na dodanie zdania wspólnego w zaproponowanym brzmieniu.

Ponadto, w ustawie o świadczeniach uchyla się art. 118a („Plan finansowy Funduszu nie obejmuje środków finansowych ujętych na wyodrębnionym rachunku Funduszu utworzonym na finansowanie zadań określonych odrębnymi przepisami”), z uwagi na zasadność ujmowania w planie finansowym Funduszu wszystkich kosztów zadań finansowanych przez Fundusz, co wpłynie na przejrzystość finansów publicznych. W korespondencji z tą zmianą niezbędne jest również uchylenie dotychczasowego pkt 7 w katalogu wydatków ujmowanych w nakładach na ochronę zdrowia określonych w art. 131c ust. 3 tej ustawy, dotyczącego kosztów realizacji programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787 oraz z 2022 r. poz. 1812), w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych, które zgodnie z art. 118a nie były objęte planem finansowym Funduszu, a po uchyleniu tego przepisu, będą zawierały się w kosztach objętych tym planem, a tym samym w nakładach na ochronę zdrowia.

8) zmiana art. 131 d ustawy o świadczeniach

W art. 131d ustawy o świadczeniach proponuje się zmiany rozszerzające uprawnienia Ministra Zdrowia pozwalające na wykorzystanie zidentyfikowanych na etapie realizacji budżetu oszczędności w ramach programów wieloletnich w celu zwiększenie dotacji podmiotowej, o której mowa w ust. 1, lub przeznaczenie środków na zwiększenie funduszu zapasowego Funduszu, o którym mowa w art. 115 ust. 1, z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń gwarantowanych.

9) zmiana ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1198)

Ponadto w ustawie o świadczeniach w art. 5 pkt 3 lit. a, art. 16 ust. 1 pkt 1, art. 66 ust. 1 pkt 17, art. 73 pkt 1, art. 75 ust. 4, art. 86 ust. 1 pkt 4 skreśla się odniesienia do zakładów kształcenia nauczycieli, które zostały zlikwidowane z dniem 1 października 2016 r, zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1198, z późn. zm.).

Art. 3.

Obecnie ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 i 1733) wskazuje, że finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego odbywa się ze środków budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie. Wojewodowie są odpowiedzialni za planowanie środków na ten cel i powierzają przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie i rozliczanie wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Kontrolę realizacji umów wykonuje Prezes Funduszu. Tym samym to Fundusz przeprowadza praktycznie całą procedurę związaną z zawieraniem umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego.

Powyższe powoduje, że za finansowanie zadań realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego odpowiedzialne są dwa podmioty: wojewoda oraz Fundusz. Proces planowania i przekazywania środków jest więc wydłużony i skomplikowany. Fundusz jest uzależniony od zapisów z umowy powierzenia zawieranej z wojewodą, co uniemożliwia mu praktycznie kształtowanie wysokości stawek na świadczenia ratownicze. Dotychczas wielu wojewodów praktykowało w umowach powierzenia ustalanie sztywnych ryczałtów

dobowych na zadania zespołów ratownictwa medycznego, co nie sprzyjało kształtowaniu mechanizmów promujących jakość udzielanych świadczeń w zależności od kwalifikacji personelu medycznego, składu liczbowego zespołu ratownictwa medycznego, czy też jego wyposażenia.

Powierzenie finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne Funduszowi spowoduje, że w jednym podmiocie skupią się wszystkie zadania związane z planowaniem środków na ten cel, ich wydatkowaniem i rozliczaniem.

Fundusz posiada zasoby kadrowe do realizacji ww. zadań, jak również odpowiednią organizację (komórki d.s. służb mundurowych w centrali i oddziałach wojewódzkich NFZ). Wojewodowie będą nadal odpowiedzialni za sporządzanie wojewódzkich planów działania systemu, na podstawie których – podobnie jak dotychczas – oddziały wojewódzkie Funduszu będą przeprowadzały postępowania w sprawie zawarcia umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego i świadczenia udzielane w szpitalnych oddziałach ratunkowych. W rękach wojewodów pozostaną takie kompetencje jak: organizowanie, koordynowanie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz nadzór nad systemem na terenie województwa, a także kontrola działalności dysponentów zespołów ratownictwa medycznego pod względem medycznym oraz zgodności z prawem.

Art. 4.

Projektowana zmiana ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657) ma na celu dostosowanie przepisów tej ustawy do zmiany podmiotu finansującego nabycie szczepionek, o które mowa w art. 2 pkt 15 lit. a tiret trzecie projektu. W proponowanym zmienionym stanie prawnym podmiotem nabywającym szczepionki pozostałby nadal minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast podmiotem finansującym zakup byłaby instytucja finansująca obecnie świadczenia opieki zdrowotnej w postaci szczepień wykonywane w ramach Programu Szczepień Ochronnych, tj. Fundusz.

Art. 5.

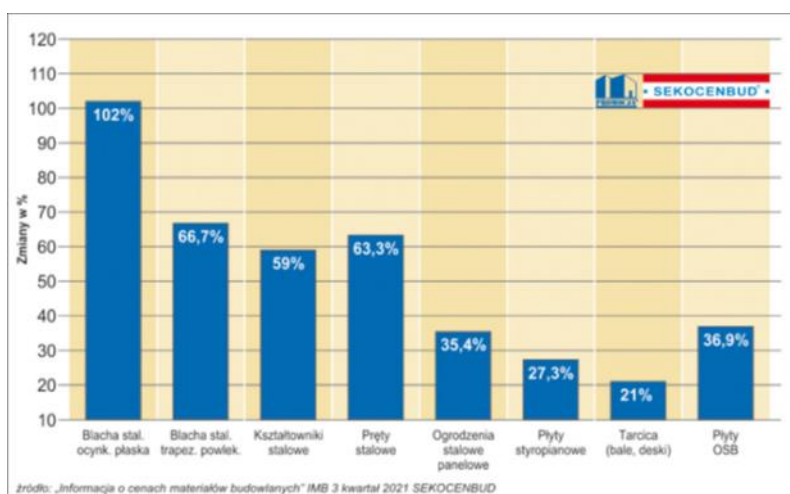
Zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) dotyczą poniższego zagadnienia.

Aktualnie w ramach części 46 – Zdrowie realizowanych jest m.in. 9 programów wieloletnich przyjętych do realizacji uchwałami Rady Ministrów w celu realizacji strategii przyjętych przez Radę Ministrów, o łącznej wartości inwestycji 4 425 208 tys. zł.

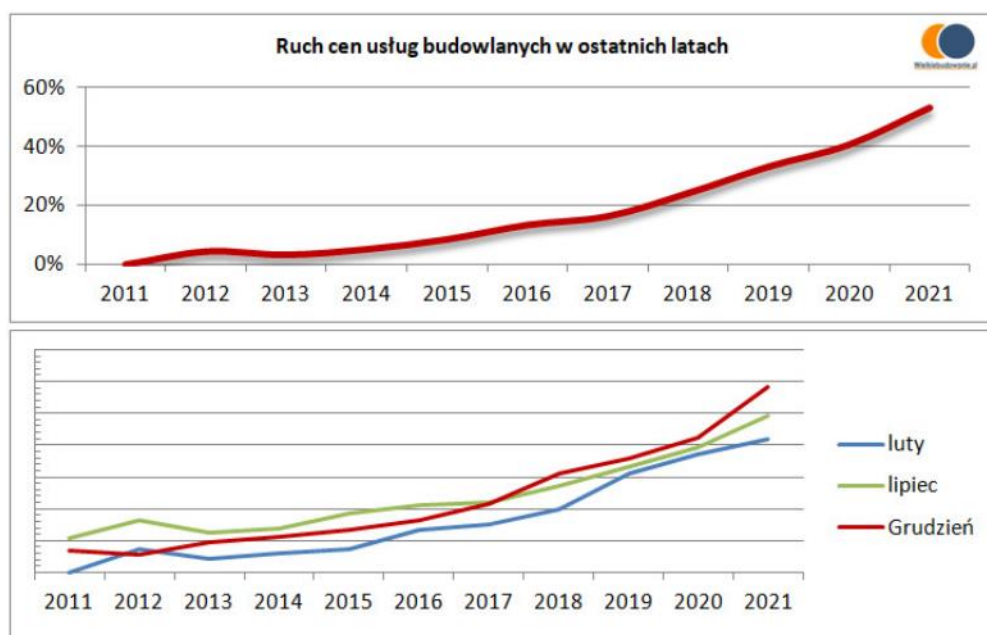
Zadania te zostały przyjęte do dofinansowania nawet w 2016 r., w związku ze złym stanem infrastruktury ochrony zdrowia, którą należy dostosować do obowiązujących wymogów i standardów określonych przepisami, w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych. Realizacja inwestycji jest niezbędna do zwiększenia zakresu świadczonych usług medycznych i dostosowania do dynamiki trendów demograficznych oraz poprawy ich jakości. Zastosowane nowe rozwiązania w zakresie technologii medycznej unowocześnią proces leczenia, zwiększą kompleksowość usług medycznych, zapewnią przyszłym kadrom możliwość rozwoju naukowego i poprawią warunki szkolenia studentów.

Okres realizacji przedsięwzięć zaplanowano na przestrzeni kilku lat, przez co na ich prawidłowy przebieg mają wpływ liczne zmiany w sytuacji społeczno-gospodarczej w kraju i na świecie, takie jak m.in. wzrost płacy minimalnej, rosnący kurs euro i dolara, podwyżki cen energii i gazu, sytuacja epidemiczna, wojna na Ukrainie, czy wzrastający poziom inflacji. Są to czynniki, których nie da się przewidzieć przy rozpoczęciu realizacji, a które mają bezpośrednie oddziaływanie na rynek usług i materiałów budowlanych i powodują dynamiczny wzrost ich kosztów, co w sposób jednoznaczny przekłada się na wysokość wskaźników nakładów inwestycyjnych.

Wg raportu Sekocenbud, obserwowany jest ciągły wzrost cen materiałów budowlanych. Wzrostu w takiej wysokości nie obserwowano w ponad 30-letniej historii notowań cen na rynku budowlanym przez SEKOCENBUD.



Zmiany na rynku usług budowlanych w latach 2016–2021, wskazują na wzrost kosztu realizacji inwestycji, w szczególności kubaturowych, średnio o ok. 50% i nadal mają tendencję wzrostową.



Dodatkowo należy wziąć pod uwagę dynamikę wzrostu cen obserwowaną od początku 2022 r. w związku z agresją Rosji na Ukrainę, inflacją oraz wzrostem cen paliw, prądu i gazu.

Powyższe kwestie spowodowały, że szacowane na etapie przygotowywania założeń inwestycji koszty ich realizacji, stały się nieadekwatne do bieżącej sytuacji rynkowej, pomimo prawidłowego zaplanowania struktury kosztów w programach inwestycji. Inwestorzy programów wieloletnich oraz innych inwestycji budowlanych nie są w stanie zrealizować zakładanego zakresu rzeczowego w ramach zaplanowanych środków.

Gros inwestycji finansowanych obecnie z części 46 – Zdrowie zostało przyjęte do finansowania kilka lat temu i aktualnie ponosi wymierne skutki zmian obserwowanych cen na rynku usług budowlanych. W wyniku procedur przetargowych przeprowadzonych przez podmioty lecznicze, uzyskiwane oferty na realizację robót wielokrotnie przekraczają pierwotnie zaplanowane nakłady. Powyższe w szczególności dotyczy inwestycyjnych (budowlanych) programów wieloletnich, których wartość kosztorysowa waha się w granicach 200–800 mln zł. Przy tak znaczącym wzroście cen realizacja całego zakresu inwestycji w posiadanym budżecie oraz w uzgodnionym terminie staje się nierealna.

Obecna sytuacja ekonomiczno-gospodarcza w sposób bezpośredni wpływa na wzrost kosztów funkcjonowania szpitali oraz wzrost cen usług w ochronie zdrowia, a w efekcie

również na wzrost zadłużenia szpitali, możliwość realizacji inwestycji rozwojowych przez podmioty lecznicze staje się wielce ryzykowna, a w wielu przypadkach wręcz niemożliwa.

Inwestorzy zgłaszają liczne problemy z realizacją kolejnych etapów inwestycji z uwagi m.in. na brak możliwości wyłonienia wykonawców prac, a także o wiele wyższe niż zakładano oferty na realizację robót. Z informacji otrzymanych od inwestorów wynika również, że – powołując się między innymi na zaistniałe w toku realizacji inwestycji i niemożliwe do przewidzenia okoliczności (np. wzrost cen, trudności w pozyskaniu pracowników) – wykonawcy robót występują z dodatkowymi roszczeniami finansowymi, podnosząc, że w przypadku ich niezaspokojenia, może dojść do konieczności zaprzestania prac, celem ograniczenia strat finansowych.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, w celu osiągnięcia zaplanowanego efektu rzeczowego inwestycji, inwestor jest lub może być zmuszony znacząco zwiększyć pierwotnie zakładane nakłady finansowe (nawet o kilkaset milionów złotych, stanowiących kilkadziesiąt % wartości inwestycji). W związku z tym, że inwestorzy nie są w stanie sprostać tak dużym wyzwaniom i obciążeniom finansowym, coraz częściej występują do Ministerstwa Zdrowia o zwiększenie finansowania ze środków publicznych. Niemniej – nawet w przypadku posiadania w dyspozycji Ministra Zdrowia środków, które mogą potencjalnie zostać przeznaczone na dokończenie danej inwestycji – obowiązujące przepisy art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm.) nie pozwalają na takie działanie.

W rezultacie, szpitale zmuszone są zaciągać wieloletnie kredyty albo rezygnować z realizacji części pierwotnie planowanego zakresu rzeczowego, co ma wpływ na ostateczne efekty inwestycji oraz na jakość i dostępność do udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Z uwagi na brak możliwości przewidzenia na etapie planowania przedsięwzięć ewentualnych kryzysów skutkujących m.in. znacznym wzrostem cen, zachodzi potrzeba uregulowania możliwości zwiększenia łącznej kwoty środków z budżetu państwa ponad wartość kosztorysową inwestycji określoną przy rozpoczęciu jej realizacji, obejmującą koszty przygotowania do realizacji, koszty robót budowlanych, koszty nadzoru nad wykonywaniem robót budowlanych i koszty pierwszego wyposażenia.

Wprowadzenie projektowanego rozwiązania pozwoli na adekwatne zwiększenie finansowania i zapewni podmiotom leczniczym warunki umożliwiające realizację niezbędnych inwestycji w zmieniających się okolicznościach rynkowych, a przez to

osiągnięcie zakładanych rezultatów mających wymierny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Analogiczne rozwiązanie przyjęto w stosunku do wieloletnich inwestycji budowlanych finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych, który jest podmiotem tworzącym 29 podmiotów leczniczych.

Art. 6.

Art. 6 projektu ustawy przewiduje nowelizację ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1681) w zakresie wydłużenia o rok obowiązywania przepisów przejściowych dotyczących karty zgonu, karty urodzenia i karty martwego urodzenia oraz odłożenia, również o rok, wejścia w życie docelowych przepisów odnoszących się do ww. kart z 1 stycznia 2023 r. na 1 stycznia 2024 r. Nowelizacja ta jest konieczna, gdyż wejście w życie zmienianych przepisów z dniem 1 stycznia 2023 r. spowodowałoby, oprócz zmian zakresu danych objętych ww. kartami i ich wzorów, również nałożenie obowiązków na podmioty wykonujące działalność leczniczą w przypadku wystawiania kart zgonu, kart urodzenia i kart martwego urodzenia, a zatem także na lekarzy i położne. Obowiązki te odnosiłyby się do przetwarzania i przekazywania służbom statystyki publicznej określonych danych zawartych w tych kartach dla potrzeb statystyki publicznej.

Obecnie dane te są przetwarzane dla potrzeb statystyki publicznej przez kierownika urzędu stanu cywilnego i przesyłane służbom statystyki publicznej. Za konieczne uważa się zatem utrzymanie takiego stanu do dnia wejścia w życie zmian przygotowywanych przez Pełnomocnika do spraw reformy regulacji administracyjnych związanych z ruchem naturalnym ludności i ochrony miejsc pamięci w projekcie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych w zakresie karty zgonu i martwego urodzenia oraz w projekcie ustawy wprowadzającej, w której są przewidziane również odpowiednie zmiany dot. karty urodzenia. Projekt ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych (nr w Wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów: UD278) oraz projekt ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę o cmentarzach i chowaniu zmarłych (nr w Wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów: UD277) w sposób kompleksowy będą regulowały zagadnienia odnoszące się m.in. do omawianych kart i odnoszą się do funkcjonowaniu tych dokumentów w formie elektronicznej.

Art. 7–11.

W związku z wprowadzoną w 2021 r. zmianą ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych przez dodanie pkt 9 w art. 50 ust. 6 tej ustawy, który pozwolił na wyłączenie wydatków w części budżetu państwa „zdrowie” oraz w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa ze stosowania przepisów ust. 1a–1c, 4 i 5 tego artykułu, tj. określania w treści ustawy maksymalnego limitu wydatków będących skutkiem finansowym wejścia w życie nowych przepisów, proponuje się:

- uchylenie maksymalnego limitu wydatków na lata 2023–2026 ujętego w ustawie z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2020, z późn. zm.),
- uchylenie maksymalnego limitu wydatków na lata 2023–2026 ujętego w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2173, z późn. zm.),
- dostosowanie maksymalnego limitu w zakresie roku 2022 do obecnych potrzeb oraz uchylenie maksymalnego limitu wydatków na lata 2023–2027 ujętego w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.) w zakresie wydatków na System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego i dyspozytornie medyczne zarówno w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i budżetach wojewodów.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że projektem utrzymuje się zapisy dotyczące maksymalnych limitów wydatków budżetu państwa dotyczących kosztów refundacji leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży w zakresie, w jakim koszty te zostały faktycznie wydatkowane w okresie poprzedzającym wejście w życie projektowanych przepisów, tj. odpowiednio w okresie 2016–2022 r. – w przypadku leków dla osób po 75. roku życia oraz 2020–2022 r. – w przypadku leków dla kobiet w ciąży.

Ponieważ limity te w dotychczasowym brzmieniu dotyczyły wydatków budżetu państwa, a począwszy od 2023 r. nie będą one już stanowiły wydatków tegoż budżetu, tylko będą pokrywane ze środków własnych Funduszu, utrzymywanie tych limitów w zakresie ponad zrealizowany do momentu wejścia projektowanych przepisów w życie, nie ma racji bytu, jako nieodpowiadające rzeczywistości. W związku z tym, dokonano analogicznych zmian jak w przypadku powyżej wskazanych ustaw.

Art. 12.

Projektowana zmiana w ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1855) jest konsekwencją wprowadzanych zmian dokonywanych projektem ustawy w zakresie finansowania niektórych programów polityki zdrowotnej ze środków Funduszu, a nie budżetu państwa. Z uwagi na to, że ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw znajduje się obecnie w okresie *vacatio legis*, zdecydowano się na dokonanie zmiany w tej ustawie zmieniającej.

Art. 13.

Przepis art. 13 umożliwia sfinansowanie w 2023 r. ze środków rezerwy celowej budżetu państwa, składek na ubezpieczenie zdrowotne naliczonych za 2022 r., za osoby za które od 1 stycznia 2023 r. nie będzie opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne (wymienione w zmieniającym w niniejszym projekcie art. 67 ust. 1 ustawy o świadczeniach) w części, w której nie zostały one sfinansowane w 2022 r. przez właściwego dysponenta części budżetowej. Charakter składek powoduje, że płacone są one zarówno w miesiącu, którego dotyczą, jak również w miesiącu następującym po tym miesiącu (np. składka zdrowotna za październik może być opłacona w październiku i listopadzie). Z uwagi na powyższe konieczne jest wprowadzenie przepisów pozwalających na prawidłowe opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne naliczonych za grudzień 2022 r., które zgodnie z obowiązującymi i projektowanymi przepisami powinny być zapłacone ze środków budżetu państwa.

Art. 14.

Zmiana określona w art. 14 jest uzasadniona koniecznością kontynuowania realizacji niektórych zadań z zakresu ochrony zdrowia mających na celu przeciwdziałanie i zapobieganie skutkom epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, których zakres pozostaje w funkcjonalnym związku z kompetencjami płatnika publicznego (np. zakup szczepionek, ich dostawy i dystrybucji).

Art. 15.

Wybuch pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w 2020 r. spowodował ogromne obciążenie systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej i zaostrzył problemy z jakimi od lat borykają się placówki udzielające świadczeń opieki zdrowotnej. Większość podmiotów leczniczych ma wyeksploatowaną infrastrukturę, w tym zużyty i przestarzały sprzęt medyczny. Kierowane do szpitali dofinansowanie z Funduszu Przeciwdziałania

COVID-19 (FPC) przeznaczone było w głównej mierze na zakup aparatury i sprzętu medycznego niezbędnego do walki z pandemią, a tym samym, w dalszym ciągu zachodzi potrzeba zapewnienia znacznych środków na inwestycje w pozostałą infrastrukturę niezbędną do zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczonych usług medycznych, a także zapewnienia warunków do racjonalnego, kompleksowego i skutecznego leczenia – w tym także nowych świadczeniobiorców, jakimi są uchodźcy z Ukrainy.

Na trudną sytuację finansową podmiotów leczniczych negatywnie wpływa obecna sytuacja ekonomiczno-gospodarcza, która ma wpływ na podniesienie kosztów funkcjonowania szpitali, a co za tym idzie istotny wzrost ich zadłużenia.

W efekcie możliwość realizacji inwestycji rozwojowych przez podmioty lecznicze w ramach środków własnych staje się ryzykowna, a w wielu przypadkach wręcz niemożliwa, a to powoduje konieczność tworzenia mechanizmów finansowych do podjęcia pilnych i skoordynowanych działań zapewniających zarówno modernizację infrastruktury, jak i systematyczne uzupełnianie i odnawianie bazy sprzętowej podmiotów leczniczych.

W chwili obecnej minister właściwy do spraw zdrowia może udzielać dotacji celowych na realizację zadań inwestycyjnych tylko dla nielicznych podmiotów leczniczych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498). Minister właściwy do spraw zdrowia udziela dotacji celowych na dofinansowanie realizacji zadań inwestycyjnych 43 szpitalom klinicznym oraz 14 instytutom badawczym, podczas gdy w Rzeczypospolitej Polskiej działa obecnie ponad 900 szpitali. Mając na uwadze fakt, że obecna trudna sytuacja dotknęła również podmioty regionalne, Minister Zdrowia dostrzega pilną potrzebę rozszerzenia listy podmiotów, którym może udzielać dotacji celowych o podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym lub nadzorującym jest jednostka samorządu terytorialnego.

Mając na uwadze powyższe, zasadna jest potrzeba zabezpieczenia w 2023 r. dodatkowych środków, które Minister Zdrowia będzie mógł przekazać również regionalnym podmiotom leczniczym, które muszą zapewnić odpowiednią jakość świadczeń udzielanych najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta, na finansowanie inwestycji w zakresie:

- 1) podnoszenia efektywności energetycznej podmiotów leczniczych;

- 2) modernizacji i doposażenia oddziałów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego noworodków oraz dzieci wraz z infrastrukturą towarzyszącą;
- 3) wsparcia oddziałów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych;
- 4) modernizacji infrastruktury i doposażenia Izb Przyjęć oraz pomieszczeń z przeznaczeniem na Izby Przyjęć;
- 5) doposażenia podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt do diagnostyki wraz z niezbędnym dostosowaniem pomieszczeń.

Nabór wniosków w celu wyboru do dofinansowania inwestycji na rzecz regionalnych podmiotów leczniczych będzie miał charakter konkursowy i zostanie przeprowadzony w sposób przejrzysty, rzetelny i bezstronny. Ocena złożonych wniosków zostanie dokonana w oparciu o kryteria oceny, stanowiące jeden z elementów dokumentacji konkursowej, do której wnioskodawcy będą mieć zapewniony równy dostęp.

Znaczący wzrost cen energii i zmniejszenie bezpieczeństwa dostaw energii do odbiorców końcowych, wskazuje na konieczność podjęcia dodatkowych działań wspierających w szczególności odbiorców tak newralgicznych, jakimi są podmioty lecznicze dla zapewnienia ciągłości opieki medycznej społeczeństwu oraz obniżenia w dłuższej perspektywie bieżących kosztów ich utrzymania. W przypadku szpitali, które zużywają bardzo duże ilości energii, sięgające nawet kilku tysięcy megawatogodzin, oszczędność już na poziomie kilkunastu procent oznacza istotną korzyść i obniżenie kosztów funkcjonowania szpitala. Kierowanie strumienia finansowego na inwestycje z tego obszaru jest szczególnie istotne w obecnej sytuacji ekonomiczno-gospodarczej.

Oddziałami, które wymagają modernizacji i doposażenia infrastruktury towarzyszącej, której celem jest poprawa warunków pobytowych w trakcie hospitalizacji, są oddziały udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego noworodków oraz dzieci. Wydzielenie specjalnych stref socjalno-wypoczynkowych dla rodziców i opiekunów, pomieszczeń do karmienia i przewijania dzieci oraz wypoczynku dla hospitalizowanych pacjentów, ma na celu podniesienie komfortu i bezpieczeństwa pobytu w szpitalu. Wynikowo inwestycje ułatwią przebieg procesu hospitalizacji, wpłyną na skrócenie przebywania dzieci w szpitalu, podnosząc w efekcie jakość udzielanych świadczeń. Dodatkowo wpłyną na poprawę warunków pracy personelu medycznego oraz usprawnią opiekę nad hospitalizowanym dzieckiem. Tworzenie m.in. ww. stref w szpitalu i utrzymanie odpowiednich standardów

sanitarnych pozytywnie wpłynie na ograniczenie liczby zakażeń szpitalnych i wtórnych hospitalizacji, które są istotnym problemem w kontekście nie tylko kosztów, ale także bezpieczeństwa pacjentów. Wiele z zakażeń szpitalnych, szczególnie w przypadku dzieci stwarza realne zagrożenie życia i wpływa na wydłużenie hospitalizacji, zwiększając koszty świadczonych usług w zakresie opieki medycznej.

Poprawa efektywności leczenia na oddziałach udzielających stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej, przez wsparcie modernizacji infrastruktury, w szczególności rehabilitacji pacjentów na tych oddziałach, jest kwestią kluczową wynikającą ze szczególnych potrzeb funkcjonowania oddziałów udzielających świadczeń z zakresu psychiatrii. W ostatnich latach oddziały psychiatryczne borykały się z licznymi problemami wynikającymi m.in. ze zwiększającej się liczby pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz konieczności dostosowywania infrastruktury do wymagań prawnych i funkcjonalnych w celu wdrożenia standardów nowoczesnej opieki psychiatrycznej. Zwiększona liczba pacjentów odczuwających pogorszenie stanu zdrowia psychicznego jest skutkiem m.in. trwającej przez 2 lata pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2, obecnym kryzysem gospodarczym i konfliktem zbrojnym w Ukrainie. Zapewnienie środków finansowych na poprawę stanu infrastruktury podmiotów leczniczych pozwoli na bezpieczne udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii, podniesienie jakości działań w obszarze diagnostyki, podwyższenie standardu opieki nad pacjentem oraz zwiększenie efektywności udzielanych świadczeń przez umożliwienie stosowania nowoczesnych form terapii. Zaplanowane działania będą stanowiły dopełnienie niezbędne do prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej w celu osiągnięcia poprawy jakości ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

Z uwagi na specyfikę prowadzonej w Izbach Przyjęć (IP) działalności, w tym zapewnienie w ramach IP całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia, w jednostkach tych priorytetowo powinny być realizowane inwestycje w zakresie modernizacji infrastruktury oraz doposażenia w najwyższej jakości aparaturę i sprzęt medyczny, w tym także w sprzęt pozwalający na podejmowanie czynności ratujących życie. Właściwa diagnoza i odpowiednia pomoc udzielona w IP pozwala na zastosowanie skutecznej metody leczenia pacjenta, a to przekłada się na wyższy standard udzielanych świadczeń oraz skrócenie procesu leczenia. Zakres udzielanych świadczeń, w tym m.in: podstawowa i rozszerzona diagnostyka, konsultacje specjalistyczne, małe zabiegi, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, a także czynności związane z

podtrzymaniem funkcji życiowych oraz resuscytację, intensywność oraz nagły charakter ich udzielania wpływa na zużycie posiadanego wyposażenia i sprzętu medycznego, co z kolei może wpływać na bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Mając na uwadze fakt, że podmioty udzielające lub planujące udzielać świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie świadczenia w IP zabezpieczają udzielanie świadczeń najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta, środki finansowe na modernizację infrastruktury i doposażenie IP powinny być skierowane również do szpitali regionalnych. Modernizacja infrastruktury oraz doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny pomieszczeń, w których funkcjonują IP lub planowane jest ich utworzenie, przełoży się na poprawę organizacji i jakości udzielanych świadczeń oraz na ograniczenie regionalnych dysproporcji w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Inwestycje wpłyną na skrócenie czasu oczekiwania w IP, podniesienie komfortu pobytu pacjenta w czasie oczekiwania na przyjęcie do szpitala lub poradę, znacznie poprawią stan techniczny pomieszczeń, zwiększą bezpieczeństwo profilaktyki zakażeń oraz pozytywnie wpłyną na warunki pracy personelu.

Sprzęt do diagnostyki jest niezbędnym wyposażeniem podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, które obok umiejętności, doświadczenia i kwalifikacji personelu medycznego placówki, decyduje o zastosowaniu właściwego leczenia u pacjenta i osiągnięciu zamierzonego celu terapeutycznego. Zgodnie z raportem NIK, obecnie nawet 80% rozpoznań jest stawianych lub potwierdzanych na podstawie badań obrazowych. W przypadku badań rentgenowskich w medycynie urazowej lub neurochirurgii odsetek ten wynosi już nawet 100%. Badania obrazowe wykorzystuje się nie tylko do wykrywania chorób, ale również do oceny skuteczności leczenia czy monitorowania przebiegu zabiegów leczniczych. Inwestycje w zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w specjalistyczną aparaturę i sprzęt medyczny są niezmiernie istotne, gdyż rodzaj i jakość sprzętu decyduje o możliwościach zapewnienia efektywnej opieki medycznej, diagnostyki i leczenia oraz ułatwia pracę lekarzom i innym pracownikom systemu opieki zdrowotnej. Niedostateczna liczba sprawnych urządzeń medycznych negatywnie odbija się na jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych – w związku z tym konieczna jest realizacja inwestycji zmierzających do wymiany i doposażania podmiotów w specjalistyczny sprzęt do diagnostyki (wraz z niezbędnym dostosowaniem pomieszczeń), tak aby mógł on być wykorzystywany optymalnie w procesie diagnostyki i leczenia, z jak największą korzyścią dla pacjenta. Z uwagi na wysoką cenę specjalistycznego sprzętu konieczne jest zapewnienie również szpitalom regionalnym odpowiedniego finansowego wsparcia, w celu ograniczenia regionalnych

dysproporcji w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz infrastruktury zdrowotnej wszystkim pacjentom, w tym mieszkańcom małych miast i wsi.

Art. 17 i 18.

W związku z przeniesieniem finansowania leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia i uchynieniem art. 43a ust. 5 oraz art. 43b ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewidziano odpowiednie przepisy przejściowe, które dotyczą zakończenia dotychczasowej sprawozdawczości i rozliczenia otrzymanej przez Fundusz dotacji.

Jednocześnie utrzymano w mocy przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 13a oraz art. 87 ust. 11 ustawy o świadczeniach. Utrzymanie w mocy obecnie obowiązujących rozporządzeń zostało przewidziane maksymalnie przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego projektu.

Art. 20 i 21.

Przedmiotowe przepisy dotyczą jedynie roku 2023 i mają na celu umożliwienie sfinansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia:

- zakupu szczepionek, o których mowa w art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz produktów leczniczych, o których mowa w art. 18a ust. 2 tej ustawy;
- zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 48 ust. 1b ustawy o świadczeniach,

poprzez przekazanie środków na wyodrębnione rachunki bankowe odpowiednich jednostek budżetowych podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Przedmiotowe działanie pozwoli na prawidłową i niezakłóconą realizację zakupów produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa powyżej, w okresie przejściowym niezbędnym do wprowadzenia w życie przewidzianych w ustawie zmian.

Art. 23.

Przewiduje się, że projektowana ustawa zasadniczo wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2023 r., z wyjątkiem przepisów pozwalających na wykorzystanie przez Ministra Zdrowia zidentyfikowanych na etapie realizacji budżetu oszczędności w ramach programów

wieloletnich w celu zwiększenie dotacji podmiotowej dla Funduszu lub przeznaczenie środków na zwiększenie funduszu zapasowego Funduszu oraz dotyczących dostosowania do obecnych potrzeb maksymalnego limitu wydatków w zakresie roku 2022 ujętego w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w zakresie wydatków na System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego i dyspozytornie medyczne zarówno w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i budżetach wojewodów, które wejdą w życie z dniem ogłoszenia.

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

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera norm technicznych, w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach 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).

Projekt ustawy nie wymaga przedłożenia instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia, o których mowa w § 39 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348).

Do projektu nie wpłynęły zgłoszenia w trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanej ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Minister Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Maciej Miłkowski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Michał Dziegielewski, Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, 22 53 00 284, m.dziegielewski@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 2022-11-07</p> <p>Źródło:</p> <p>Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD447</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt ma na celu optymalizację wydatkowania środków publicznych na cele ochrony zdrowia w ramach łącznej kwoty nakładów w tym obszarze określonej corocznie na podstawie przepisów ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. W projekcie ustawy ujęto ponadto regulacje incydentalne, które są związane z koniecznością wsparcia jednostek systemu ochrony zdrowia po okresie wzmożonych działań ukierunkowanych na przeciwdziałanie i zapobieganie COVID-19.

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

W projekcie ustawy przewiduje się:

- 1) umożliwienie włączenia do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia nabycia szczepionek wykorzystywanych do szczepień obowiązkowych w ramach programu szczepień ochronnych oraz szczepionek i innych immunologicznych produktów leczniczych stanowiących rezerwę, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii za wyjątkiem szczepionek przeciwko COVID-19.
- 2) rezygnację z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowanej obecnie z budżetu państwa w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia. Projekt przewiduje wyłącznie zaprzestanie opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułów wskazanych w zmienianym art. 67 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego tych osób nadal będzie istniał i będą miały one status osoby ubezpieczonej. Składki na ubezpieczenie zdrowotne nie będą opłacane za następujące osoby:
 - a) nieposiadających obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej studentów i uczestników studiów doktoranckich oraz absolwentów odbywających obowiązkowy staż, a także osoby odbywające kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim w przypadku, gdy osoby te zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji oraz gdy posiadają ważną Kartę Polaka,
 - b) żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, ćwiczenia wojskowe oraz pełniących terytorialną służbę wojskową lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny,
 - c) uczniów w rozumieniu przepisów o systemie oświaty,
 - d) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej,
 - e) bezrobotnych, niepobierających zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium,
 - f) niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,
 - g) studentów i doktorantów,
 - h) kombatantów i osoby represjonowane niepodlegające ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierające emerytury lub renty,
 - i) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych niepodlegające ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierających emerytury lub renty,
 - j) którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów.

Zmiana ma na celu ograniczenie wydatków budżetu państwa oraz kosztów administracyjnych związanych z opłacaniem składki na ubezpieczenie zdrowotne z budżetu państwa, w szczególności mając na względzie przepisy art. 131c ustawy o świadczeniach. Projektowane regulacje winny skutkować ograniczeniem przychodów

Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wydatków budżetu państwa.

- 3) nadanie nowego brzmienia art. 131c ust. 3 ustawy o świadczeniach w celu uporządkowania zagadnienia ewentualnego podwójnego zaliczania do łącznej kwoty nakładów środków stanowiących transfery środków wskazanych w pkt 1–8 tej jednostki redakcyjnej. Z uwagi na coraz bardziej rozbudowany katalog wydatków zaliczanych do nakładów na ochronę zdrowia zasadna jest zmiana podejścia z obecnego wskazywania wszystkich możliwych transferów w poszczególnych punktach, na dodanie zdania wspólnego.
- 4) nadanie nowego brzmienia art. 131d ust. 2 ustawy o świadczeniach w celu uprawnienia Ministra Zdrowia do wykorzystania zidentyfikowanych na etapie realizacji budżetu oszczędności w ramach programów wieloletnich na zwiększenie dotacji podmiotowej Narodowego Funduszu Zdrowia lub na zwiększenie funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia, z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń gwarantowanych.
- 5) objęcie finansowania wszystkich:
 - a) świadczeń wysokospecjalistycznych,
Świadczenia wysokospecjalistyczne w chwili obecnej są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków dotacji z budżetu państwa. Projekt przewiduje przeniesienie źródła finansowania przedmiotowych świadczeń z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest podstawowym płatnikiem w systemie opieki zdrowotnej. Istniejące mechanizmy zapewniające finansowanie pełnej realizacji umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia – także świadczeń udzielonych w stanach nagłych – uzasadniają jednolite finansowanie tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - b) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dla osób powyżej 75. roku życia (tzw. „leki 75 plus”) oraz leków dla kobiet w ciąży (tzw. „ciąża plus”),
 - c) leków oraz wyrobów medycznych nabywanych w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych oraz leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV,
 - d) zadań zespołów ratownictwa medycznego,
Powierzenie finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne Narodowemu Funduszowi Zdrowia spowoduje, że w jednym podmiocie skupią się wszystkie zadania związane z planowaniem środków na ten cel, ich wydatkowaniem i rozliczaniem. Narodowy Fundusz Zdrowia posiada zasoby kadrowe do realizacji ww. zadań, jak również odpowiednią organizację (komórki do spraw służb mundurowych w centrali i oddziałach wojewódzkich NFZ). Wojewodowie będą nadal odpowiedzialni za sporządzanie wojewódzkich planów działania systemu, na podstawie których – podobnie jak dotychczas – oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia będą przeprowadzały postępowania w sprawie zawarcia umów na zadania Zespołów Ratownictwa Medycznego;
– przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 6) przywrócenie trybu finansowania obowiązującego dla zadań zleconych z zakresu administracji rządowej w zakresie finansowania staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów.
W związku z powyższym środki na realizację tego zadania będą przekazywane marszałkowi województwa przez właściwego wojewodę, a nie jak obecnie przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
Dodatkowo umożliwi się sfinansowanie w 2023 r. przez Ministra Zdrowia ewentualnych zobowiązań powstałych z tytułu realizacji ww. zadania w 2022 r., tj. ostatnim roku, w którym dotację dla marszałków województw przekazywał będzie Minister Zdrowia.
- 7) umożliwienie jednorazowego zasilenia w 2023 r. Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 środkami pochodzącymi z funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem ich na finansowanie m.in. szczepień ochronnych związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz kosztów związanych z działalnością infolinii Narodowego Programu Szczepień.
Powyższa zmiana jest uzasadniona koniecznością kontynuowania realizacji niektórych zadań z zakresu ochrony zdrowia mających na celu przeciwdziałanie i zapobieganie skutkom epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, których zakres pozostaje w funkcjonalnym związku z kompetencjami płatnika publicznego.
Kwota zasilenia Funduszu będzie stanowiła wartość wynikową i będzie możliwa do określenia po uwzględnieniu potrzeb Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w zależności od sytuacji epidemicznej w kraju, a także od kwoty środków zgromadzonych na funduszu zapasowym NFZ.
- 8) wprowadzenie przepisu incydentalnego umożliwiającego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w 2023 r. udzielenie wsparcia finansowego inwestycji realizowanych w określonych podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego.
Epidemia wywołana zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 spowodowała ogromne obciążenie systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Dwa lata intensywnych działań w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19 sprawiło, że podmioty lecznicze mają wyeksploatowaną infrastrukturę, w tym sprzęt medyczny. Dofinansowanie z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 kierowane było do szpitali na zakupy aparatury i sprzętu medycznego niezbędnego do walki z pandemią i w głównej mierze dotyczyło aparatury, którą podmioty nie dysponowały przed pandemią, a która okazała się niezbędna w związku z wyjątkową sytuacją epidemiologiczną. Tym samym, pomimo zapewnienia finansowania z powyższego funduszu w ostatnich dwóch latach w dalszym ciągu zachodzi potrzeba zapewnienia znacznych środków na inwestycje w infrastrukturę

niezbędną do zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczonych usług medycznych, a także zapewnienia warunków do racjonalnego, kompleksowego i skutecznego leczenia. Intencją ustawodawcy jest, aby wsparcie zostało skierowane do szpitali, dla których organem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego (tzw. szpitali regionalnych). Nabór wniosków w celu wyboru do dofinansowania inwestycji będzie miał charakter konkursowy i zostanie przeprowadzony w sposób przejrzysty, rzetelny i bezstronny. Ocena złożonych wniosków zostanie dokonana w oparciu o kryteria oceny, stanowiące jeden z elementów dokumentacji konkursowej, do której wnioskodawcy będą mieć zapewniony równy dostęp.

- 9) umożliwienie wsparcia wieloletnich inwestycji budowlanych finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wieloletnich inwestycji budowlanych finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w uzasadnionych przypadkach w łącznej kwocie środków z budżetu państwa wyższej niż wartość kosztorysowa inwestycji określona przy rozpoczęciu jej realizacji, obejmująca koszty przygotowania do realizacji, koszty robót budowlanych, koszty nadzoru nad wykonywaniem robót budowlanych i koszty pierwszego wyposażenia.

Z uwagi na charakter ww. inwestycji, których okres realizacji zaplanowano na przestrzeni kilku lat, przez co na ich prawidłowy przebieg mają wpływ liczne zmiany w sytuacji społeczno-gospodarczej w kraju i na świecie, takie jak m.in. wzrost płacy minimalnej, rosnący kurs euro i dolara, podwyżki cen paliw, energii oraz gazu, a także sytuacja epidemiczna, inwazja Rosji na Ukrainę, czy wzrastający poziom inflacji, zachodzi konieczność umożliwienia zwiększenia ich finansowania w sposób adekwatny do kształtowania się rzeczywistych kosztów. W świetle obecnie obowiązujących przepisów, niemożliwe jest zwiększenie łącznej kwoty środków z budżetu państwa ponad wartość kosztorysową inwestycji określoną przy rozpoczęciu jej realizacji. Celem procedowanej obecnie zmiany przepisów jest umożliwienie takiego działania, tj. zwiększenia finansowania inwestycji wieloletnich ze środków publicznych ponad wartość kosztorysową inwestycji określoną przy rozpoczęciu jej realizacji.

- 10) dostosowanie przepisu art. 95 ust. 14 pkt 1 ustawy o świadczeniach do aktualnej sytuacji faktycznej i prawnej. Termin obowiązywania pierwszego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń szpitalnych został przedłużony na podstawie przepisu szczególnego, tj. art. 2 ustawy z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 616, 1773 i z 2022 r. poz. 526). Zgodnie z tym przepisem kolejny wykaz został ogłoszony w dniu 30 września 2022 r. i będzie obowiązywać od 1 stycznia 2023 r.

- 11) uchylenie od 2023 r. maksymalnych limitów wydatków określonych w ustawach w zakresie finansowanym z budżetu państwa w ramach części 46 – Zdrowie lub w dziale 851 – Ochrona zdrowia w innych częściach budżetu państwa, w związku z wprowadzoną w 2021 r. zmianą ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm.) która pozwoliła na wyłączenie wydatków w części budżetu państwa „zdrowie” oraz w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa z obowiązku określania w treści ustawy maksymalnego limitu wydatków będących skutkiem finansowym wejścia w życie nowych przepisów.

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

Projekt nowelizacji stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Pacjenci/Obywatele Polski	Cała populacja	n/d	Brak wpływu w zakresie zmian polegających na sposobie finansowania zadań. Wpływ pozytywny w zakresie możliwości dokończenia procesów inwestycyjnych w podmiotach leczniczych i zakupach inwestycyjnych do tych podmiotów.
Narodowy Fundusz Zdrowia	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 16 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia	Ustawa o świadczeniach	Ograniczenie przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z rezygnacją z opłacania składek finansowanych z budżetu państwa. Narodowy Fundusz Zdrowia stanie się

			podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży.
Wojewodowie	16	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty	Bezpośrednie (finansowanie staży podyplomowych)
Podmioty zainteresowane realizacją określonych zadań, które mogą być w 2023 r. wsparte środkami budżetowymi ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym jednostki samorządu terytorialnego	niemożliwe do oszacowania		Możliwość ubiegania się o środki budżetu państwa w celu finansowania lub dofinansowania planowanych inwestycji.

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

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Z uwagi na jednoznacznie pozytywny lub neutralny charakter projektu, odstąpiono od konsultacji publicznych w celu umożliwienia uchwalenia projektowanych zmian w terminie pozwalającym na ich implementację równoległe z pracami związanymi z opracowaniem projektu ustawy budżetowej na rok 2023.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)	
Dochody ogółem	0	-5.521	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-58.855
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narodowy Fundusz Zdrowia	0	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-59.260
SP ZOZ	0	405	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	405
Wydatki ogółem	0	-5.116	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-5.926	-58.450
budżet państwa	0	-6.738	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-71.025
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narodowy Fundusz Zdrowia	0	1.217	1.217	1.217	1.217	1.217	1.217	1.217	1.217	1.217	1.217	1.217	12.170
SP ZOZ	0	405	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	405
Saldo ogółem	0	-405	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-405
budżet państwa	0	6.738	7.143	7.143	7.143	7.143	7.143	7.143	7.143	7.143	7.143	7.143	71.025
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Narodowy Fundusz Zdrowia	0	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-7.143	-71.430
SP ZOZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	<p>W szacunkach ujętych w ww. tabeli rokiem „0” jest rok 2022 r.</p> <p>Projekt ustawy jest co do zasady neutralny dla sektora finansów publicznych, z wyłączeniem jednorazowego zwiększenia wydatków publicznych w 2023 r. o 405 mln zł w związku z umożliwieniem wsparcia przez ministra właściwego do spraw zdrowia inwestycji w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, dla których organem tworzącym nie jest minister właściwy do spraw zdrowia.</p> <p>Skutki finansowe wynikające z projektowanych rozwiązań zostaną pokryte w ramach środków przewidzianych w planie finansowym NFZ lub w ramach środków zgromadzonych na funduszu zapasowym. Źródłem zwiększonych przychodów NFZ będzie prognozowany wzrost przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a także zgromadzony fundusz zapasowy.</p> <p>Jeśli nastąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu już istniejącego, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d ustawy o świadczeniach, na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ.</p>												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Wskazane w tabeli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Zmniejszenie wydatków budżetu państwa w latach 2023–2032 w kwocie 7 143 mln zł rocznie dotyczy oszczędności związanych z: <ul style="list-style-type: none"> – zakupem szczepionek do szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych – 405 mln zł, – finansowaniem świadczeń wysokospecjalistycznych – 222 mln zł, – finansowaniem „leków 75+” i „leków cięża+” – 1 100 mln zł, – zakończeniem finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych obecnie z budżetu państwa w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia – 1 000 mln zł, – finansowaniem zadań zespołów ratownictwa medycznego – 3 604 mln zł, – zakupem leków w ramach programów polityki zdrowotnej – 812 mln zł. <p>Dodatkowo w roku 2023 r. nastąpi jednorazowe zwiększenie wydatków budżetu państwa o 405 mln zł w związku ze wsparciem SPZOZ, dla których Minister Zdrowia nie jest organem tworzącym, w ramach limitu wydatków zabezpieczonych na 2023 r. w rezerwie celowej pn. Środki na zadania w obszarze zdrowia.</p> 2) Zmiany w zakresie NFZ dotyczą: <ol style="list-style-type: none"> a) zmniejszenia dochodów o 5 926 mln zł z tytułu braku dotacji z budżetu państwa na realizację zadań związanych z finansowaniem: <ul style="list-style-type: none"> – świadczeń wysokospecjalistycznych – 222 mln zł, – „leków 75+” i „leków cięża+” – 1 100 mln zł – składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych obecnie z budżetu państwa w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia – 1 000 mln zł, – zadań zespołów ratownictwa medycznego – 3 604 mln zł. b) zwiększenia wydatków o 1 217 mln zł, związanych z przeniesieniem do finansowania przez NFZ zadań związanych z: <ul style="list-style-type: none"> – zakupem leków w ramach programów polityki zdrowotnej – 812 mln zł, – zakupem szczepionek do szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych – 405 mln zł. <p>Powyższe kwoty mogą ulec zmianie w zależności od ostatecznego kształtowania się potrzeb w zakresie wskazanych zadań, jednakże z uwagi na wzajemne się ich bilansowanie pomiędzy zmniejszeniem wydatków budżetu państwa i jednoczesnym zwiększeniem wydatków NFZ ich saldo dla sektora finansów publicznych będzie w latach 2024–2032 zerowe, natomiast w roku 2023 będzie ujemne i wyniesie 405 mln zł.</p> <p>Rozwiązanie ma pozytywny wpływ na sektor ochrony zdrowia i stanowi dostosowanie struktury wydatków ponoszonych w ramach łącznej kwoty nakładów na ochronę zdrowia do aktualnych uwarunkowań makroekonomicznych i możliwości budżetu państwa.</p> 												

	<p>Tym samym spełnione są warunki określone w art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące minimalnego poziomu nakładów na ochronę zdrowia.</p> <p>Finansowanie zadań przeniesionych do NFZ nie będzie odbywać się kosztem pacjentów i rezygnacją z innych świadczeń finansowanych z NFZ oraz w żaden sposób nie ogranicza wydatków NFZ, gdyż w 2023 r. ich realizacja będzie finansowana z funduszu zapasowego, a od 2024 r. będzie finansowana ze zwiększonych przychodów NFZ, w tym w ramach przekazywanej z budżetu państwa dotacji podmiotowej oraz wpłaty na fundusz zapasowy.</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	6	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na duże przedsiębiorstwa.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na mikro-, małych i średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na sytuację społeczną rodzin.						
	osoby starsze oraz osoby niepełnosprawne	Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na sytuację osób starszych i osób niepełnosprawnych.						
Niemierzalne	Projekt nie będzie miał wpływu na dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej bowiem zwiększone koszty NFZ zostaną sfinansowane zwiększonymi przychodami oraz dodatkowymi transferami środków z budżetu państwa lub wpływ ten będzie pozytywny z uwagi na umożliwienie wsparcia z budżetu ministra zdrowia podmiotów leczniczych poprzez sfinansowanie zakupów inwestycyjnych.							

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

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

<input 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 checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input checked="" 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 elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz: Ponadto efektem wprowadzenia proponowanych rozwiązań będzie odciążenie organów opłacających składki na ubezpieczenie zdrowotne z budżetu państwa od obowiązków rozliczeniowych wynikających z comiesięcznego opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz obowiązków wynikających z rozliczeń dotacji przekazanych na ten cel.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Nie dotyczy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input checked="" 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	Projekt umożliwi dokończenie realizacji inwestycyjnych programów wieloletnich oraz jednorazowe wsparcie podmiotów leczniczych środkami przeznaczonymi na zakupy inwestycyjne. Działania te pozwolą na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wpłyną na ich jakość.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Zakłada się, że projektowana ustawa co do zasady wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji. Minister Zdrowia odpowiada za organizację systemu w ramach określonej kwoty nakładów na ochronę zdrowia, dlatego też ewaluacja tego projektu ustawy będzie de facto dokonywana corocznie na etapie określania struktury zadań finansowanych w ramach dostępnej kwoty nakładów na ochronę zdrowia i nie ma potrzeby jej formalizowania w odniesieniu do rozwiązań wprowadzanych przedmiotową ustawą.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		