



U S T A W A

z dnia ... 2024 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

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

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

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

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

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

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

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



- 5) informację o dacie zgłoszenia się do świadczeniodawcy lub świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, oraz o braku możliwości udzielenia świadczenia w wymaganym terminie, potwierdzoną w dowolnej formie, w tym w szczególności:
- w postaci pisemnej informacji zawierającej datę i podpis pracownika oraz pieczęć świadczeniodawcy,
 - w postaci informacji przekazanej świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę drogą elektroniczną,
 - w postaci nagrania dźwiękowego.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



UZASADNIENIE

1. Potrzeba i cel wydania ustawy

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

Proponowane zmiany precyzują:

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

Wyjaśnienia dodatkowe:

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

Proponowana nowelizacja ma na celu zwiększenie dostępności świadczeń specjalistycznych dla pacjentów oraz usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie mechanizmów motywujących NFZ do efektywnego zarządzania środkami i kontraktami.

2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana



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

- 1) najwięcej osób oczekujących na pilne wizyty:
 - neurologia: 45 942 pacjentów,
 - chirurgia urazowo-ortopedyczna: 39 993 pacjentów,
 - kardiologia: 36 777 pacjentów,
 - rehabilitacja lecznicza dzienna: 36 598 pacjentów,
 - okulistyka: 27 353 pacjentów;
- 2) najwięcej osób w stabilnym stanie:
 - okulistyka: 468 646 pacjentów,
 - stomatologia: 299 122 pacjentów,
 - neurologia: 262 278 pacjentów,
 - kardiologia: 200 543 pacjentów,
 - chirurgia urazowo-ortopedyczna: 197 271 pacjentów;
- 3) średni czas oczekiwania na wizytę dla przypadków stabilnych:
 - neurologia: 66 dni,
 - neurochirurgia: 159 dni,
 - endokrynologia: 160 dni,
 - choroby tarczycy: 197 dni,
 - genetyka dziecięca: 273 dni,
 - endokrynologia i diabetologia dziecięca: 292 dni;
- 4) czas oczekiwania na wizytę dla przypadków pilnych:
 - neurologia: 25 dni,
 - chirurgia urazowo-ortopedyczna: 22 dni,
 - kardiologia: 38 dni,
 - okulistyka: 8 dni,
 - rehabilitacja lecznicza dzienna: dostęp niemal od razu.



3. Przewidywane skutki prawne

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

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

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

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

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

Projekt ustawy jest zgodny z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej.

Projektowana ustawa nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

4. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze i finansowe

1) Skutki społeczne

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

Ponadto, proponowane rozwiązania mogą przyczynić się do **zmniejszenia nierówności społecznych w dostępie do opieki zdrowotnej**. Osoby, które wcześniej nie mogły sobie pozwolić na prywatne wizyty ze względów finansowych, zyskają możliwość szybszego skorzystania z opieki specjalistycznej bez dodatkowego obciążenia budżetu domowego. Zwiększenie dostępności do świadczeń może poprawić satysfakcję pacjentów z systemu opieki



zdrowotnej oraz zwiększyć zaufanie do instytucji publicznych. Dodatkowo, presja na NFZ i placówki medyczne w celu zapewnienia terminowej opieki może skutkować **ogólną poprawą efektywności i jakości usług medycznych w kraju.**

2) Skutki gospodarcze

Projekt ustawy wywoła pozytywne skutki gospodarcze we wskazanym poniżej zakresie.

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

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

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

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

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

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

3) Skutki finansowe

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

A. Wpływ na budżet państwa

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



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

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

B. Wpływ na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

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

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

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

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

C. Koszt wprowadzenia ustawy

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

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

Co więcej, wprowadzenie przepisów o obowiązku zwrotu kosztów prywatnych wizyt **może zmotywować NFZ do optymalizacji kontraktów ze świadczeniodawcami, co z kolei zwiększy przejrzystość i efektywność alokacji środków publicznych.** Warto też podkreślić, że ustawa zakłada proste i jasne procedury zwrotu, co zminimalizuje bariery administracyjne



dla pacjentów i przyczyni się do wzrostu ich zaufania do instytucji publicznych. Rozwiązanie to ma również potencjał do zmniejszenia nierówności społecznych – pacjenci z ograniczonymi zasobami finansowymi uzyskają prawo do szybszej opieki specjalistycznej bez konieczności ponoszenia dodatkowych, nieplanowanych wydatków.

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

5. Źródła finansowania

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

6. Inne

Projekt nie był poddawany formalnym konsultacjom społecznym.

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

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

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

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

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

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r.



w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych
(Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

DEKLAROWANE SKUTKI REGULACJI (DSR)

projektu ustawy

Informacja o projekcie

a) Tytuł projektu:

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

b) Przedstawiciel wnioskodawcy:

Przemysław Wipler

I. Część wstępna

[1] Zwięzły opis zidentyfikowanego problemu i proponowanych rozwiązań.

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

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

[2] Czy były rozważane rozwiązania alternatywne?

Tak

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



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

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

[3] Jakie są przewidywane skutki prawne projektowanych rozwiązań?

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

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

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

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

Projekt ustawy jest zgodny z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej.

Projektowana ustawa nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

[4] Jakie są przewidywane skutki społeczne projektowanych rozwiązań?

Wprowadzenie ustawowego limitu 60 dni oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w ramach AOS oraz możliwość zwrotu kosztów prywatnych wizyt przez NFZ może **znacząco poprawić dostępność do specjalistycznej opieki medycznej**. Pacjenci będą mogli szybciej uzyskać diagnozę i rozpocząć leczenie, co przełoży się na poprawę ogólnego stanu zdrowia



społeczeństwa. Zmniejszenie czasu oczekiwania może również prowadzić do redukcji liczby powikłań i zaostrzeń chorób wynikających z opóźnionego dostępu do specjalistów.

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

[5] Jakie są przewidywane skutki gospodarcze projektowanych rozwiązań?

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Wpływ na budżet państwa

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

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

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

Wpływ na budżety jednostek samorządu terytorialnego

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

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

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

Koszty wprowadzenia ustawy

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

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



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

[8] Czy projekt ustawy podlega procedurze notyfikacyjnej?

Nie

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

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

Nie

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

Nie

[11] Czy projekt ustawy zawiera przepisy regulacyjne lub określa wymogi dotyczące świadczenia usług transgranicznych w rozumieniu ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (art. 34 ust. 2b regulaminu Sejmu)?

Nie