



PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Karol Nawrocki

Warszawa, dnia 18 listopada 2025 r.

RPW/38284/2025-1P



EZD RP KS
(GMS-WSU)
Data rejestracji: 2025-11-18
Data wpływu: 2025-11-18

Pan

Włodzimierz Czarzasty

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Sejmowi Prez. 17-ruk,

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

- ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym.

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

2 poniedziałek,

[Signature]

U S T A W A

z dnia 2025 r.

o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym

Art. 1. W ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) programie inwestycyjnym - rozumie się przez to finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa program o okresie realizacji dłuższym niż rok;
- 2) w art. 5:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Programy inwestycyjne, o których mowa w:

 - 1) art. 14 ust. 5, są ustanawiane przez ich zatwierdzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 2) art. 16 ust. 1, art. 19 ust. 1 i art. 27a ust. 4, są ustanawiane, w drodze uchwały, przez Radę Ministrów i ogłaszane w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.”,
 - b) w ust. 6 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W celu realizacji programów inwestycyjnych minister właściwy do spraw zdrowia zawiera z podmiotem realizującym projekt finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych lub subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa umowę na udzielenie dotacji celowej.”;
- 3) w art. 6 w ust. 4 po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:

„2a) subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa;

2b) subfundusz chorób rzadkich u dzieci;”;
- 4) w art. 7:
 - a) po pkt 2a dodaje się pkt 2b w brzmieniu:

„2b) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, rozbudowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitali w ramach subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa;”,
 - b) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

- „7) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju oraz zwiększonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w kraju związanych z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;”,
- c) w pkt 9 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 10 i 11 w brzmieniu:
- „10) finansowanie innowacyjnego leczenia osób z chorobami rzadkimi do ukończenia 18. roku życia, w szczególności w zakresie sierocych produktów leczniczych;
- 11) finansowanie zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów.”;
- 5) w art. 14:
- a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
- „6. Minister właściwy do spraw zdrowia uzgadnia z wnioskodawcą projekt programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego i może go zatwierdzić.”,
- b) uchyla się ust. 7,
- c) dodaje się ust. 8 w brzmieniu:
- „8. Minister właściwy do spraw zdrowia nie zatwierdza projektu programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego, w przypadku gdy:
- 1) projekt programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego nie jest zgodny z regulaminem konkursu, o którym mowa w art. 13 ust. 5, lub z ocenioną propozycją projektu strategicznego;
- 2) zmiany w projekcie programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego miałyby wpływ na ocenę propozycji projektu strategicznego w konkursie, o którym mowa w art. 13 ust. 1.”;
- 6) w art. 24 uchyla się ust. 2;
- 7) po rozdziale 4 dodaje się rozdział 4a i 4b w brzmieniu:

„Rozdział 4a

Subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa

Art. 27a. 1. W celu realizacji zadania, o którym mowa w art. 7 pkt 2b, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt programu inwestycyjnego.

2. Celem programu inwestycyjnego jest wsparcie szpitali w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach kryzysowych, w szczególności

w przypadku wystąpienia stanów nadzwyczajnych lub stanu wojny, poprzez inwestycje w infrastrukturę szpitali.

3. Program inwestycyjny obejmuje działania w szpitalach w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, która poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych, w warunkach kryzysowych.

4. Projekt programu inwestycyjnego minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Radzie Ministrów, celem ustanowienia programu inwestycyjnego.

5. W przypadku ustanowienia przez Radę Ministrów programu inwestycyjnego, o dofinansowanie inwestycji w ramach tego programu mogą ubiegać się szpitale udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa.

6. Wykonawcą programu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 5, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

7. Wniosek o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego zawiera w szczególności:

- 1) nazwę (firmę) wnioskodawcy;
- 2) tytuł inwestycji;
- 3) harmonogram realizacji inwestycji;
- 4) opis inwestycji i jej lokalizacji;
- 5) wyjaśnienie zgodności inwestycji z celami programu inwestycyjnego;
- 6) opis spełniania kryteriów oceny wniosków;
- 7) wartość kosztorysową inwestycji;
- 8) kwotę wnioskowanej dotacji celowej;
- 9) proponowany procent dofinansowania inwestycji;
- 10) proponowaną kwotę dofinansowania w podziale na poszczególne lata realizacji inwestycji;
- 11) określenie wysokości środków własnych wnioskodawcy lub środków przeznaczonych na realizację inwestycji uzyskanych od innych podmiotów, wraz ze wskazaniem tych podmiotów, oraz opis spodziewanych korzyści z realizacji inwestycji;

12) informację o wymaganiach w zakresie zasobów rzeczowych i kadrowych oraz kompetencji osób, zapewniających prawidłową realizację inwestycji.

8. Do inwestycji dofinansowanych z subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa w ramach programu inwestycyjnego nie stosuje się przepisów dotyczących konieczności wydania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 27b. 1. Wybór wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego następuje w drodze konkursu.

2. W przypadku gdy kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich wniosków, o których mowa w ust. 1, dofinansowanie mogą uzyskać wnioski, które spełniły kryteria oceny wniosków.

3. W przypadku gdy kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie nie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich wniosków, o których mowa w ust. 1, dofinansowanie mogą uzyskać wnioski, które spełniły kryteria oceny wniosków i uzyskały:

- 1) wymaganą liczbę punktów albo
- 2) kolejno największą liczbę punktów.

4. Do konkursu, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 21-27 z tym zastrzeżeniem, że przedmiot i kryteria oceny wniosków muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Rozdział 4b

Subfundusz chorób rzadkich u dzieci

Art. 27c. 1. Rada Ministrów przyjmuje, w drodze uchwały, Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci, zwany dalej „Planem”.

2. Plan zawiera w szczególności:

- 1) opis aktualnego stanu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich;

2) środki i działania służące do poprawy dostępu do elementów, o których mowa w pkt 1, ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje przeglądu Planu co 2 lata.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza sprawozdanie z przeglądu Planu i przedkłada je Radzie Ministrów w terminie 2 miesięcy od dnia zakończenia przeglądu.

Art. 27d. 1. Ze środków subfunduszu chorób rzadkich u dzieci finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do 18. roku życia w zakresie opisanym w art. 27c ust. 2 pkt 2.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.

3. Dysponent Funduszu przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotację celową, o której mowa w ust. 2, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Łączna wysokość dotacji, o których mowa w ust. 2, przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia w danym roku, nie może przekroczyć kwoty 500 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

5. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o którym mowa w ust. 4, ustala się na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631 i 1674 oraz z 2025 r. poz. 718, 769 i 1159).

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w terminie do dnia 15 lutego, w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 1 pkt 4, po waloryzacji.”;

8) w art. 28:

a) w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) wzmocnienie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, w zwiększaniu zgłaszalności na świadczenia opieki zdrowotnej służące profilaktyce chorób i istotnych problemów zdrowotnych;

2) wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizowanego, na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dofinansowania programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce chorób, z uwzględnieniem działań o charakterze edukacyjnym, w określanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na dany rok obszarach priorytetowych;”;

b) uchyla się ust. 5;

9) po art. 32b dodaje się art. 32c w brzmieniu:

„Art. 32c. 1. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się zwiększone koszty świadczeń opieki zdrowotnej związane z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej nie może zostać udzielone przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na brak odpowiednich kwalifikacji lub wystarczającego doświadczenia.

2. Świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, jest finansowane w zakresie, w jakim koszt jego udzielenia przekracza koszt udzielenia takiego świadczenia opieki zdrowotnej wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych na podstawie ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa art. 951 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustalony na

podstawie iloczynu prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania określonej w planie zakupu, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 tej ustawy, i liczby jednostek sprawozdawczych określonych dla poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów, o których mowa w ust. 1.

4. Dysponent Funduszu przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotację celową, o której mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

10) po art. 33b dodaje się art. 33c w brzmieniu:

„Art. 33c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego dotację celową na realizację zadań, o których mowa w art. 7 pkt 11.

2. Wysokość dotacji, o której mowa w ust. 1, nie może przekroczyć kwoty 100 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji, art. 27d ust. 4-6 stosuje się odpowiednio.

11) w art. 38 w ust. 1 pkt 7–10 otrzymują brzmienie:

„7) w 2026 r. – 6,4 mld zł;

8) w 2027 r. – 5,9 mld zł;

9) w 2028 r. – 5,4 mld zł;

10) w 2029 r. – 5,2 mld zł.”.

Art. 2. Rada Ministrów przyjmuje pierwszy Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci, o którym mowa w art. 27c ustawy zmienianej w art. 1, do końca roku 2026.

Art. 3. 1. Limitu określonego w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889) nie stosuje się w latach 2025–2029 do dotacji, o których mowa w art. 31 ust. 2 tej ustawy, przekazywanych przez dysponenta Funduszu Medycznego Narodowemu Funduszowi Zdrowia w tym okresie.

2. W 2026 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 6,2 mld zł.

3. W 2027 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5,7 mld zł.

4. W 2028 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5,2 mld zł.

5. W 2029 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5 mld zł.

6. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 5 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, składa do dysponenta Funduszu Medycznego dodatkowe wnioski o przekazanie dotacji celowych, o których mowa w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 31 ust. 1 tej ustawy, w wysokości odpowiadającej zwiększeniu kwot zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń, zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) za drugi i trzeci kwartał 2025 r. Wnioski te obejmują koszty świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w części, która nie została uwzględniona w dotacjach celowych przekazanych za ten okres.

7. W 2025 r. maksymalna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być wyższa niż 4,4 mld zł.

8. W latach 2026–2029 maksymalna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być wyższa niż 840 mln zł rocznie.

9. W 2025 r. zmiana planu finansowego Funduszu Medycznego polegająca na zwiększeniu planowanych kosztów związanych z finansowaniem zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, jest dokonywana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zmiany tej nie stosuje się trybu określonego w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483).

Art. 4. Przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do:

- 1) konkursów ogłaszanych od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy;
- 2) umów zawieranych od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2025 r.

UZASADNIENIE

Jednym z kluczowych zobowiązań złożonych obywatelom przez Prezydenta Karola Nawrockiego była dbałość o zdrowie i życie Polaków. Dzisiejsza, wymagająca sytuacja finansowa systemu ochrony zdrowia sprawia, że konieczne jest podjęcie szybkich działań i wprowadzenie nadzwyczajnych rozwiązań. Inicjatywa Pana Prezydenta ma na celu dostosowanie narzędzi Funduszu Medycznego do aktualnych wyzwań, aby skutecznie wspierać bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i stabilność całego systemu.

Wyzwania, przed którymi stoi dziś polski system ochrony zdrowia, wynikające z narastających trudności finansowych, wymagają podjęcia szybkich i zdecydowanych działań. Jednocześnie niezbędne jest zaadresowanie, w obliczu obojętności rządu, innych niż wynikające z niedoboru środków problemów systemu. Związane one są między innymi z kwestią bezpieczeństwa narodowego i zdolnością systemu do funkcjonowania w sytuacjach kryzysowych, a także potrzebą zapewnienia stabilnego wsparcia dla pacjentów z chorobami rzadkimi oraz koniecznością poprawy jakości obsługi pacjentów z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi cyfrowych.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym ma na celu zmianę ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889), zwanej dalej „UFM”.

W odpowiedzi na te wyzwania projekt ustawy zakłada utworzenie w ramach Funduszu Medycznego dwóch nowych subfunduszy:

- subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa, który finansowałby inwestycje związane z zapewnieniem ciągłości i bezpieczeństwa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w sytuacjach kryzysowych, w tym działań wojennych,
- subfunduszu chorób rzadkich u dzieci, który zapewniałby stałe finansowanie dla leczenia pacjentów do ukończenia 18. roku życia, dla których obecnie najczęstszym sposobem zdobycia środków na opłacenie diagnostyki oraz leczenia jest prowadzenie zbiorów publicznych.

Ponadto środki z Funduszu Medycznego będą mogły być wykorzystane do stworzenia i utrzymania nowoczesnego i opartego o narzędzia informatyczne Centrum Obsługi Pacjenta, które zapewniłoby pacjentom dostęp do informacji na temat dostępnych możliwości leczenia, a także ścieżki postępowania. Centrum Obsługi Pacjenta dzięki wykorzystaniu nowoczesnych

rozwiązań dawałoby każdemu - bez względu na wiek, stan zdrowia czy miejsce zamieszkania - równy dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Nadrzędnym celem projektowanej ustawy jest pilne zapewnienie płynności finansowej systemu opieki zdrowotnej, a tym samym zagwarantowanie obywatelom nieprzerwanego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dane przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia jednoznacznie wskazują, że funkcjonowanie systemu znalazło się w stanie głębokiego zagrożenia. Niedostateczna wysokość dotacji podmiotowej przekazanej NFZ przez Ministerstwo Finansów doprowadziła Fundusz do faktycznej utraty płynności finansowej, co w konsekwencji może skutkować masowym ograniczeniem udzielania świadczeń, także w obszarach o kluczowym znaczeniu dla zdrowia i życia pacjentów. Najbardziej alarmującym przykładem są szpitale onkologiczne – według Ogólnopolskiego Zrzeszenia Szpitali Onkologicznych, zaległości wobec tych placówek osiągnęły na koniec września 2025 r. poziom ponad 1,35 mld zł. Dalszy wzrost zadłużenia grozi wstrzymaniem dostaw leków niezbędnych do ratowania życia pacjentów z chorobami nowotworowymi, a w niektórych przypadkach również wstrzymaniem możliwości zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej przez placówki znajdujące się z najgorszej sytuacji finansowej. W tej sytuacji jedynym dostępnym narzędziem zdolnym do natychmiastowego wsparcia systemu pozostaje Fundusz Medyczny. Jest to konieczne, ponieważ kwoty zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców, nie mogą zostać pokryte z dotychczasowych środków Funduszu.

Jednocześnie projekt przewiduje dostosowanie minimalnych i maksymalnych limitów wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny w latach 2025–2029 w taki sposób, aby odzwierciedlały one rzeczywiste potrzeby systemu ochrony zdrowia oraz skalę wyzwań, z jakimi obecnie mierzy się Narodowy Fundusz Zdrowia i cały sektor. W aktualnych, wyjątkowo trudnych uwarunkowaniach finansowych, w których NFZ znalazł się w stanie faktycznej utraty płynności, konieczne staje się czasowe skierowanie części środków Funduszu Medycznego na wsparcie bieżącego funkcjonowania Funduszu oraz na zabezpieczenie ciągłości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci. Takie działanie ma charakter interwencyjny i ma na celu ograniczenie ryzyka wstrzymania lub znaczącego ograniczenia dostępu do kluczowych świadczeń medycznych, w tym świadczeń, których niedostępność mogłaby powodować poważne zagrożenie zdrowia lub życia pacjentów.

Należy podkreślić, że ustawodawca przewidział rozwiązania systemowe, które zapewnią Funduszowi Medycznemu pełne odtworzenie wykorzystanych obecnie środków oraz zagwarantują jego stabilność i zdolność działania w kolejnych latach. W tym celu projekt

ustawy zakłada podwyższenie w latach 2025–2029 minimalnych kwot wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny, tak aby ubytek środków wynikający z konieczności wsparcia NFZ został w całości zrekompensowany. Podwyższone limity umożliwią stopniowe odbudowanie zasobów Funduszu i przywrócenie jego pełnej zdolności do realizacji ustawowych zadań, w tym finansowania inwestycji infrastrukturalnych, rozwoju nowoczesnych technologii medycznych, wsparcia terapii wysokospecjalistycznych oraz projektów strategicznych skierowanych do pacjentów, w szczególności dzieci. Dzięki temu Fundusz Medyczny, mimo czasowego zaangażowania w działania stabilizujące sytuację finansową systemu, będzie mógł w przyszłości ponownie skoncentrować się na realizacji swoich celów długoterminowych, związanych z modernizacją i unowocześnianiem polskiej ochrony zdrowia.

Warto przypomnieć, że na dzień 12 listopada 2025 r. na rachunku Funduszu Medycznego zgromadzone było blisko 7 mld zł, a prognozowany stan środków na koniec roku – po uwzględnieniu wszystkich ustawowych zadań – nadal wyniesie około 4,4 mld zł. Oznacza to, że wdrożenie projektowanych zmian nie ograniczy możliwości Funduszu Medycznego w zakresie finansowania planowanych i ogłaszanych konkursów inwestycyjnych oraz pozostałych inicjatyw przewidzianych w ustawie o Funduszu Medycznym. Równocześnie, w celu zapewnienia długofalowej stabilności finansowej oraz pokrycia kosztów nowych obowiązków wynikających z projektowanych przepisów, przewiduje się zwiększenie o blisko 30% minimalnej kwoty wpłat budżetowych, które w latach 2025–2029 będą przekazywane na Fundusz Medyczny. W rezultacie, na przestrzeni tych pięciu lat Fundusz Medyczny zostanie zasilony kwotą co najmniej 26,1 mld zł, co umożliwi nie tylko pełne zrekompensowanie bieżących obciążeń, ale również trwałe wzmocnienie zdolności Funduszu do realizowania jego podstawowych zadań i misji.

Ze względu na konieczność niezwłocznego zabezpieczenia płynności NFZ w zakresie finansowania świadczeń udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, projektowane przepisy muszą wejść w życie jeszcze w bieżącym roku – z dniem 15 grudnia 2025 r. Tylko szybkie uruchomienie dodatkowych środków pozwoli zapobiec krytycznym przerwom w dostępności świadczeń i tym samym zagwarantować obywatelom ciągłość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej.

Proponowane zmiany w art. 5 ust. 1 oraz w art. 14 ust. 6-8 UFM mają na celu usprawnienie procesu ustanawiania programów inwestycyjnych dla projektów strategicznych w konkursach organizowanych ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej (SIS). Celem proponowanej zmiany jest jak najszybsze wsparcie finansowe (dofinansowanie) określonych obszarów ochrony zdrowia, a co za tym idzie poprawa jakości i dostępności do

świadczeń zdrowotnych. Ustanowienie programów inwestycyjnych dla projektów strategicznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (zamiast przez Radę Ministrów), zdecydowanie usprawni proces uzgodnieniowy i pozwoli niezwłocznie po rozstrzygnięciu konkursu przystąpić do oceny projektów programów inwestycyjnych i ich zatwierdzenia, a co za tym idzie podpisania umów z realizatorami. W ustawie znajdują się również przesłanki regulujące w jakich przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia nie zatwierdzi programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego.

Proponowane zmiany przewidują utworzenie w ramach Funduszu Medycznego dwóch nowych subfunduszy, tj. subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa oraz subfunduszu chorób rzadkich u dzieci.

Celem nowelizacji jest umożliwienie finansowania ze środków Funduszu Medycznego programów inwestycyjnych w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych szpitali w warunkach kryzysowych, co jest szczególnie istotne w obliczu aktualnej sytuacji geopolitycznej.

Od 2022 roku za wschodnią granicą Polski toczy się wojna z poważnym ryzykiem jej rozszerzenia także na inne państwa. Znaczenie systemu ochrony zdrowia dla zapewnienia odporności państwa w sytuacjach wojny lub innego kryzysu o dużej skali (naturalnego czy o charakterze incydentu z masowymi ofiarami – tzw. Mass Casualty Incident) jest nie do przecenienia. Polska potrzebuje nowej architektury bezpieczeństwa medycznego. Aby było to możliwe, konieczne jest unowocześnienie i dostosowanie wybranych szpitali tworzących przyszłą sieć bezpieczeństwa medycznego poprzez wsparcia rozwoju ich infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych. Niezbędne są przy tym nowoczesne i odpowiednio odporne systemy łączności i komunikacji. Inwestycje w infrastrukturę, takie jak budowa nowoczesnych centrów ratunkowych, miejsc schronienia umożliwiających prowadzenie ciągłej działalności medycznej w warunkach wojny oraz w nowoczesne technologie mogą znacząco zwiększyć odporność systemu ochrony zdrowia na przeciążenia.

W celu realizacji zadania, którym jest dofinansowanie budowy, rozbudowy, modernizacji, przebudowy lub doposażenia szpitali w ramach subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt programu inwestycyjnego. Celem programu inwestycyjnego jest wsparcie szpitali w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanów nadzwyczajnych lub stanu wojny, poprzez inwestycje w infrastrukturę szpitali. W sytuacjach kryzysowych, jak pokazały doświadczenia z ostatnich lat, najważniejszą kwestią jest zapewnienie ciągłości i bezpieczeństwa wykonywania

świadczeń zdrowotnych. Program inwestycyjny obejmuje działania w szpitalach w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, która poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych, w warunkach kryzysowych. Program inwestycyjny przyjmowany jest przez Radę Ministrów w drodze uchwały. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa. Projekt ustawy przewiduje tryb konkursowy analogiczny jak w przypadku konkursów organizowanych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, z tym istotnym doprecyzowaniem, że przedmiot i kryteria oceny wniosków w konkursie muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Powołanie subfunduszu chorób rzadkich u dzieci ma na celu poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych. Obecny system ochrony zdrowia nie zapewnia bowiem skutecznego i równego wsparcia dla dzieci dotkniętych rzadkimi chorobami. Chodzi o stworzenie systemowego, państwowego modelu finansowania leczenia dzieci wymagających kosztownych terapii, niezależnie od sytuacji materialnej ich rodzin. Rozwiązanie ma na celu eliminację barier finansowych, które obecnie ograniczają dostęp do terapii ratujących życie, poprzez wdrożenie systemowego mechanizmu wsparcia. Obecny model finansowania leczenia dzieci cierpiących na poważne choroby rzadkie, a zwłaszcza ultrarządki wykazuje liczne deficyty i obarczony jest poważnymi problemami. Z uwagi na wysokie koszty terapii innowacyjnych rodziny pacjentów często zmuszone są do organizowania zbiórek publicznych oraz poszukiwania wsparcia w organizacjach pozarządowych. Taka forma zdobywania środków jest stosunkowo nieefektywna i niestabilna oraz nie gwarantuje systemowego rozwiązania problemu, co niewątpliwie skutkuje dodatkowymi obciążeniami emocjonalnymi i psychicznymi dla rodzin, które już mierzą się z ogromnym wyzwaniem, jakim jest walka o zdrowie i życie dziecka. Rodzi też ona opóźnienia w zgromadzeniu koniecznych środków finansowych, co może skutkować pogorszeniem stanu pacjentów. Dlatego konieczne jest wprowadzenie racjonalnego i przejrzystego systemu wsparcia w tym zakresie opartego na obiektywnie zdefiniowanych wskazaniach medycznych i szczególnie nakierowanego na niezaspokojone dotąd potrzeby medyczne.

Zgodnie z rozwiązaniami projektowanej ustawy Rada Ministrów została zobligowana do przyjęcia w drodze uchwały, Planu dla Chorób Rzadkich u Dzieci. Pierwszy Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci ma zostać przyjęty do końca 2026 r. Plan ten ma zawierać w szczególności:

1) opis aktualnego stanu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich;

2) środki i działania służące do poprawy dostępu do elementów, o których mowa powyżej, ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych.

Minister właściwy do spraw zdrowia został zobligowany do dokonywania cyklicznego przeglądu Planu - co 2 lata i sporządzania sprawozdania.

Ze środków subfunduszu chorób rzadkich u dzieci finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do 18. roku życia, w ramach działań poprawiających dostępność diagnostyki i leczenia chorób rzadkich, w szczególności dostępności sierocych produktów leczniczych, tj. produktów leczniczych stosowanych w leczeniu chorób rzadkich, o których mowa w rozporządzeniu (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych (Dz. Urz. UE L 18 z 22.01.2000, str. 1, z późn. zm.). Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa powyżej. Łączna wysokość dotacji przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia w danym roku, nie może przekroczyć kwoty 500 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

Projektowane przepisy mają na celu także umożliwienie finansowania w ramach subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów.

Zaproponowany mechanizm dałby Ministrowi Zdrowia możliwość sfinansowania budowy oraz utrzymania przez Centrum e-Zdrowia nowoczesnego Centrum Obsługi Pacjenta. Wykorzystując już istniejące funkcjonalności systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, a także łącząc zebrane w nich dane z możliwością uzyskania do nich dostępu przez pacjenta za pośrednictwem licznych kanałów komunikacji (portal, centrum obsługi telefonicznej, voicebot, chatbot i inne) COP pozwoliłoby na zaoferowanie niespotykanej do tej pory jakości informowania oraz wspierania pacjentów korzystających ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Centrum w zamyśle projektodawców powinno nie tylko umożliwiać umówienie się na wizytę w najlepszym z punktu widzenia pacjenta ośrodku, ale także dać możliwość uzyskania informacji o bezpłatnych programach profilaktycznych i innych

inicjatywach prozdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Jednym z filarów funkcjonowania Centrum będzie także zbieranie od pacjentów informacji na temat jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwoli to na zidentyfikowanie przez Ministerstwo Zdrowia obszarów wymagających poprawy, a w szczególnych wypadkach - także niezbędnych do pilnego podjęcia interwencji. Wdrożenie transparentnego systemu ocen będzie stanowiło istotny krok w stronę poprawy jakości opieki finansowanej ze środków publicznych.

Proponowane rozwiązanie daje ponadto gwarancję, że finansowanie innowacyjnych rozwiązań dla pacjentów będzie dostępne niezależnie od aktualnych priorytetów budżetowych oraz dostępności środków europejskich, które dotychczas były głównym źródłem finansowania w Polsce rozwiązań z zakresu e-zdrowia. Cel ten osiągnięty zostanie poprzez wprowadzenie regulacji, przewidującej, że minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego dotację celową na realizację powyżej wskazanego zadania. Wysokość tej dotacji nie może jednak przekroczyć kwoty 100 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji, analogicznie jak to będzie miała miejsce w przypadku maksymalnej kwoty dotacji z subfunduszu chorób rzadkich u dzieci.

Zmiana w art. 28 w ust. 1 w pkt 1 i 2 UFM jest odpowiedzią na zgłaszane m.in. przez Najwyższą Izbę Kontroli wątpliwości interpretacyjne i ma na celu zapewnienie odpowiedniego rozdysponowania dostępnych środków publicznych w oparciu o bieżące potrzeby, które odnoszą się do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz profilaktyki. Wskazana modyfikacja umożliwi otrzymanie dofinansowania z subfunduszu rozwoju profilaktyki (SRP) na świadczenia opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom oraz wczesne wykrywanie chorób. Proponowana zmiana nie wpłynie na wysokość środków koniecznych do zabezpieczenia na ten cel w planie finansowym Funduszu Medycznego. Przez modyfikację brzmienia, będzie możliwe dofinansowanie działań jednostek samorządu terytorialnego w kierunku profilaktyki, co może znacząco zwiększyć efekty zdrowotne określonej populacji.

Uchylenie w art. 28 UFM ust. 5 umożliwi dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w całości ze środków Funduszu Medycznego – subfunduszu rozwoju profilaktyki. Obecne regulacje, które nakładały na JST obowiązek poniesienia 20% kosztów programu, uderzały przede wszystkim w mniejsze i mniej zamożne gminy. Efektem było niewielkie zainteresowanie profilaktyką w na tych obszarach, na których już teraz odsetek korzystających z takich programów jest mniejszy niż w metropoliach.

W projektowanym art. 32c, w celu umożliwienia wykonywania w kraju procedur medycznych, realizowanych obecnie poza granicami kraju, których istotnym elementem kosztowym jest personel medyczny, proponuje się wprowadzenie finansowania zwiększonych kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, związanych z udziałem osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (RP), ze względu na brak możliwości udzielenia tego świadczenia opieki zdrowotnej przez osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP, w zakresie, w jakim koszt tego świadczenia przekracza normalny koszt takiego świadczenia, pokrywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Powyższe ma na celu zapewnienie finansowania kosztownych świadczeń opieki zdrowotnej wymagających zaawansowanych umiejętności lub doświadczenia osób udzielających takich świadczeń, w zakresie zwiększonych kosztów ich realizacji. Włączenie do finansowania ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego (STI) nowego zadania wiąże się z pozyskaniem personelu medycznego z zagranicy, jednakże realizacja nowego zadania nie będzie powodowała konieczności zwiększenia środków zabezpieczonych w planie finansowym Funduszu Medycznego, ponieważ koszty te będą finansowane z STI, w ramach środków zabezpieczonych na zadanie wynikające z art. 32 UFM (leczenie zagraniczne).

Przepisy art. 1 pkt 11 oraz art. 3 projektu ustawy dotyczą zmiany wysokości wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny oraz zasad przekazywania dotacji z Funduszu Medycznego i mają na celu przede wszystkim:

- 1) wprowadzenie rozwiązania umożliwiającego zwiększenie środków Funduszu Medycznego przeznaczonych w 2025 r. na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie, w jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461);
- 2) dostosowanie maksymalnych i minimalnych limitów wpłat planowanych do dokonania z budżetu państwa na Fundusz Medyczny w latach 2025-2029 do rzeczywistych potrzeb Funduszu Medycznego w poszczególnych latach.

Proponowana zmiana jest odpowiedzią na zapewnienie przez Ministerstwo Finansów dotacji podmiotowej dla Narodowego Funduszu Zdrowia w niedostatecznej wysokości, czego skutkiem jest doprowadzenie NFZ do faktycznej utraty płynności finansowej. Brak podjęcia działań zaradczych może doprowadzić do masowego ograniczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w obszarach, w których ich brak stanowi poważne zagrożenie zdrowia, a nawet życia pacjentów. Jedynym dostępnym w tej sytuacji źródłem finansowania jest obecnie

Fundusz Medyczny, który może zwiększyć wydatki na niektóre przewidziane w ustawie cele tak, aby m.in. ograniczyć skutki fatalnego zarządzania finansami ochrony zdrowia dla pacjentów przed ukończeniem 18. roku życia. Pozwoliłoby to na przekazanie NFZ brakujących 3,6 miliarda złotych.

Należy jeszcze raz podkreślić, że projektowane zmiany nie wpływają w żaden sposób na zdolność Funduszu Medycznego do finansowania w pełni wszystkich już ogłoszonych i planowanych do ogłoszenia konkursów inwestycyjnych, a także innych ustawowo określonych zadań. Jednocześnie, w celu zrekompensowania ubytków w Funduszu, a także sfinansowania dodatkowych zadań które proponuje ustawa. Projekt przewiduje zwiększenie o blisko 30% minimalnej kwoty wpłat z budżetu państwa, która będzie musiała zostać przekazana w latach 2025-2029, co oznacza że w rezultacie minimalna kwota, która trafi w tym okresie na Fundusz Medyczny wyniesie co najmniej 26,1 mld zł.

Z uwagi na konieczność bieżącego pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie, w jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest konieczne by projektowane przepisy weszły w życie jeszcze w tym roku – tj. z dniem 15 grudnia 2025 r.

Regulacja przejściowa zawarta w art. 4 projektu ustawy ma na celu jednoznaczne przesądzenie, że zmiany wprowadzone niniejszą nowelizacją dotyczące zatwierdzania programów inwestycyjnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia mają zastosowanie dla konkursów ogłaszanych po wejściu w życie ustawy oraz do umów zawieranych po wejściu w życie ustawy.

Zakłada się, że projektowana ustawa wejdzie w życie z dniem 15 grudnia 2025 r.

Skrócony okres *vacatio legis* projektowanej regulacji jest w świetle powyższej argumentacji uzasadniony i jako taki nie narusza zasady demokratycznego państwa prawnego.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie podlegał konsultacjom publicznym i opiniowaniu (także ze względu na konieczność jak najszybszego uchwalenia i wejścia w życie projektowanej regulacji).

Projektowane zmiany będą miały pozytywny wpływ na podmioty lecznicze (143 podmioty lecznicze na najwyższych poziomach zabezpieczenia szpitalnego: poziomy od IV do VI) - zmiany w zakresie konkursów, dotyczące m.in planowanego zatwierdzania programów inwestycyjnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (a nie jak dotychczas przez Radę

Ministrów) będą stosowane dla konkursów ogłaszanych od dnia wejścia w życie nowelizacji ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym; zaproponowane przepisy stosuje się do umów zawieranych od dnia wejścia w życie ww. nowelizacji; wymienione działania zapewnią szybszą ścieżkę realizacji przyszłych zadań infrastrukturalnych wspieranych ze środków SIS. Projektowane zmiany będą miały pozytywny wpływ na podmioty lecznicze – szpitale w zakresie możliwości ubiegania się o środki na budowę, rozbudowę, przebudowę, modernizację lub doposażenie w ramach programów inwestycyjnych finansowanych z subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa. Zmiana ustawy korzystnie wpłynie na rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych działających w formie dużych, mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, a tym samym na ich działalność. Ponadto, w związku z realizacją programów strategicznych przez podmioty lecznicze, przewiduje się wpływ na przedsiębiorstwa zajmujące się produkcją, sprzedażą sprzętu medycznego oraz przedsiębiorstwa z sektora budowlanego.

Projekt ustawy nie dotyczy majątkowych innych niż powyżej wskazane praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej.

Projektowane zmiany będą miały pozytywny wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez umożliwienie sfinansowania w 2025 r. tzw. nadwykonań z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, w zakresie jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projektowane zmiany mają wpływ na budżet części 46 – Zdrowie, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia, jak też na wysokość przychodów i kosztów Funduszu Medycznego.

W wyniku wprowadzonych zmian łączna wpłata z budżetu państwa do Funduszu Medycznego w latach 2025-2029 zostanie zwiększona o co najmniej 6,1 mld zł w stosunku do obecnie planowanych minimalnych wpłat.

Skutki projektowanych zmian w latach 2026-2029 zostaną sfinansowane w ramach środków, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, bez możliwości ubiegania się o dodatkowe ich zwiększenie z tytułu wejścia w życie niniejszych zmian.

Realizacja dodatkowych zadań w ramach nowoutworzonych subfunduszy: subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa oraz infrastruktury chorób rzadkich u dzieci będą sfinansowane

ze zwiększonych wpłat z budżetu państwa oraz w ramach przesunięć już zaplanowanych do wypłacenia środków, których minimalna wartość jest wskazana w ustawie.

Przewiduje się pozytywne skutki społeczne dla rodzin i innych grup społecznych (seniorów, osób z niepełnosprawnościami, dzieci) w związku z:

- 1) realizacją przez podmioty lecznicze programów strategicznych, mających wpływ m.in. na poprawę infrastruktury służącej do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) możliwością zapewnienia bezpieczeństwa i tym samym ciągłości świadczenia usług zdrowotnych w sytuacjach kryzysowych, w szczególności w sytuacji stanu wojny, aktu terrorystycznego o dużej skali czy też znacznego stopnia katastrofy naturalnej lub wypadku masowego poprzez szpitale odpowiednich rzutów desygnowane na te okoliczności poprzez Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Obrony Narodowej, ministrem właściwym do spraw administracji publicznej oraz Szefem Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) możliwością przeznaczania środków Funduszu Medycznego na stworzenie narzędzi wykorzystujących technologię do poprawy jakości obsługi pacjentów, co wpłynie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a także wzrost satysfakcji z udzielanych świadczeń;
- 4) możliwością przeznaczania środków Funduszu Medycznego na stworzenie narzędzi wykorzystujących technologię do poprawy jakości obsługi pacjentów, co wpłynie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a także wzrost satysfakcji z udzielanych świadczeń;
- 5) możliwością finansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich u dzieci;
- 6) dofinansowaniem działań jednostek samorządu terytorialnego w kierunku profilaktyki;
- 7) dofinansowaniem programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy;
- 8) umożliwieniem wykonywania w RP procedur medycznych, realizowanych obecnie poza granicami kraju i wprowadzeniem finansowania zwiększonych kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, związanych z udziałem osób wykonujących zawód medyczny poza granicami RP.

Zwiększenie środków Funduszu Medycznego na finansowanie tzw. świadczeń ponadlimitowych udzielonych osobom do ukończenia 18. roku życia pozwoli na rozdysponowanie środków zabezpieczonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej, wpływając pozytywnie na zwiększanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

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

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

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

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projektowane przepisy są zgodne z zasadami proporcjonalności, uzasadnionego i niedyskryminującego charakteru.

Przepisy projektu ustawy są uzasadnione nadrzędnymi względami interesu ogólnego i tym samym nie wykraczają poza to, co niezbędne.

Projekt nie zawiera przepisów regulacyjnych lub przepisów określających 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 334).