

<p>Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Barbara Więckowska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii, nr tel. +48 22 530 02 99, e-mail: barbara.wieckowska@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 28.05.2026 r.</p> <p>Źródło: art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)</p> <p>Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ 1883</p>
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego dla ministra właściwego do spraw zdrowia zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nie wszyscy pacjenci skierowani do leczenia w ramach hospitalizacji wymagają długotrwałego pobytu w szpitalu (na podstawie danych rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) odsetek hospitalizacji dla których data wypisu była taka sama jak data przyjęcia w 2025 r. wynosił 33,47% – obliczeń dokonano na podstawie danych wg stanu na marzec 2026 r.). Obecna konstrukcja prawna przewiduje możliwości udzielania świadczeń szpitalnych, w tym trwających krócej niż 12 godzin, z obowiązkiem prowadzenia szeregu czynności o charakterze formalnym, co ogranicza elastyczność organizacji opieki i utrudnia wykorzystanie pełnego potencjału placówek. Z uwagi na fakt, że priorytetem zawsze pozostaje bezpieczeństwo pacjenta, świadczeniodawca – w razie konieczności – zobowiązany do udzielenia pacjentowi niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także po opuszczeniu przez pacjenta podmiotu leczniczego. Umożliwienie realizacji specjalistycznych procedur medycznych bez części procedur formalnych, pozwoli skutecznie i bezpiecznie diagnozować oraz leczyć pacjentów, jednocześnie zwiększając efektywność kosztową i poprawiając dostępność świadczeń.

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

Procedowane rozporządzenie ma dotyczyć świadczeń, których czas realizacji ze względu na ich specyfikę wynikającą ze stanu zdrowia świadczeniobiorcy i sposobu realizacji świadczenia, nie przekracza 12 godzin. Świadczeniodawcy będą mogli obniżyć koszty działalności niezwiązane stricte z udzielaniem procedur medycznych. Oczekuje się, że omawiane rozwiązanie przyczyni się do racjonalizacji wykorzystania zasobów ochrony zdrowia, w tym kadry medycznej, która będzie mogła w większym stopniu zająć się najcięższymi chorymi pacjentami.

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

Projektowany mechanizm odpowiada rozwiązaniom od lat wprowadzanym przez państwa członkowskie OECD/UE, które kładą nacisk na realizację procedur medycznych w ramach krótkich pobytów. Trend ten – określanej jako ambulatory lub day-case care – obejmuje zarówno chirurgię, chemioterapię, diagnostykę czy interwencje kardiologiczne, jak i świadczenia psychiatryczne i geriatryczne.

Pionierami we wprowadzaniu „ambulatoryjnych DRG” (wyceny opartej na jednorodnej grupie rozliczeniowej, niezależnej od tego, czy pacjent pozostaje w szpitalu na noc) są kraje anglosaskie i skandynawskie, a w 2004 r. strategia NHS ustanowiła leczenie jednego dnia jako domyślny tryb leczenia planowego, który docelowo ma obejmować 75 % wszystkich zabiegów planowych. Natomiast w Szwecji aktualnie 43 % wszystkich procedur w szpitalu jest realizowanych jest w ramach pobytów nieprzekraczających jednego dnia. W Holandii od 2005 r. funkcjonuje Diagnose Behandeling Combinatie (DBC), integrujące w jednej wycenie opiekę stacjonarną, dzienną i ambulatoryjną.

Francja wprowadziła chirurgię jednego dnia w 1991 r., a impuls nadała reforma DRG, która zrównała stawki dla trybu ambulatoryjnego i stacjonarnego. Rząd wyznaczył następnie cel – 6 6% operacji w trybie ambulatoryjnym do 2020 r. W Niemczech, gdzie hospitalizacja i opieka ambulatoryjna były tradycyjnie finansowane w odrębnych systemach, od 2023 r. wdrażany jest instrument Hybrid-DRG – jednorodna grupowo taryfa stosowana zarówno w szpitalu, jak i w gabinecie lekarskim, niezależnie od tego, czy pacjent pozostaje na noc. Rozwiązanie obejmuje procedury o krótkiej hospitalizacji i niskiej złożoności klinicznej. Katalog zabiegów ambulatoryjnych w szpitalach (AOP-Katalog) rozszerzono od 1 stycznia 2024 r. o 171 nowych procedur interwencyjnych, co łącznie umożliwia realizację 3 312 świadczeń w ramach krótkich pobytów.

OECD konsekwentnie opisuje ten trend jako kluczowy dla wydajności i dostępności systemów, a jego oś stanowią krótkie,

standaryzowane ścieżki opieki, zredukowana biurokracja i rezygnacja z czynności niemających uzasadnienia klinicznego (przy zachowaniu możliwości natychmiastowej konwersji na hospitalizację). Zgodnie z raportem „Health at a Glance 2025” 90% lub więcej wszystkich operacji zaćmy w większości krajów OECD, dla których dostępne są dane, wykonywanych jest w ramach krótkiego pobytu. Dane wskazują, że we Francji odsetek operacji zaćmy w trybie jednodniowym wynosi 97,3%, a tonsilektomii – 53,1 %, podczas gdy w Niemczech odpowiednio zaledwie 0,1 % i 0,2 %. Tonsillektomia – jeden z najczęstszych zabiegów chirurgicznych wykonywanych u dzieci – jest przeprowadzana w trybie krótkiego pobytu w 14 z 33 krajów OECD z porównywalnymi danymi, a dzieci wracają do domu tego samego dnia. Średnio 43 % tonsilektomii wykonywane jest w tym trybie. Wskaźniki są stosunkowo wysokie w Finlandii i Holandii (ponad 85 %), natomiast w pięciu krajach OECD oraz w krajach kandydujących – Bułgarii i Rumunii – pozostają poniżej 5 %. Liczba obu procedur realizowanych w trybie krótkiego pobytu znacznie wzrosła w wielu krajach, w tym w Austrii, na Litwie, w Luksemburgu i we Francji. Przyniesiony raport wskazuje, że duże różnice między krajami mogą odzwierciedlać odmienne postrzeganie ryzyka powikłań pooperacyjnych, a nie rzeczywiste różnice kliniczne.

We wcześniejszym raporcie OECD/UE analizującym cztery procedury (zaćma, tonsilektomia, przepuklina pachwinowa, cholecystektomia laparoskopowa) kraje skandynawskie i Holandia osiągały wskaźniki ambulatoryjne sięgające 75 % dla przepukliny pachwinowej, podczas gdy kraje Europy Wschodniej pozostawały wyraźnie w tyle.

Wielka Brytania pozostaje dojrzałym przykładem wdrożenia omawianego modelu i kontynuuje rozszerzanie katalogu procedur — m.in. o laseroterapię zmian skórnych, czy procedury onkologiczne u dzieci — oraz wyrównywanie różnic między szpitalami. Towarzyszące wytyczne anestezyjologiczne i katalogi NHS dostarczają gotowych ścieżek i standardów dla setek procedur. Całość modelu sprowadza się do kwalifikacji i przygotowania przedoperacyjnego, zorganizowanego wypisu tego samego dnia i gotowości do przedłużenia pobytu wyłącznie z przyczyn klinicznych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
świadczeniobiorcy	37 402 052	strona internetowa Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) (odczyt 6.02.2026)	dostęp do świadczeń w nowym trybie
świadczeniodawcy/ podmioty lecznicze	888	GUS- opracowanie „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r.”	podmioty lecznicze mogące potencjalnie skorzystać z nowego trybu realizacji świadczeń – dana dotyczy liczby stacjonarnych szpitali ogólnych
NFZ	1	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	możliwość efektywniejszego wykorzystania środków publicznych

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

Nie były prowadzone pre-konsultacje projektu.

Pierwotnie, w ramach 21-dniowych konsultacji publicznych i opiniowania projekt rozporządzenia został przesłany w dniu 29 kwietnia 2026 r. do zaopiniowania przez następujące podmioty:

- 1) Naczelna Rada Lekarska;
- 2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelna Rada Aptekarska;
- 4) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 6) Krajowa Rada Ratowników Medycznych;
- 7) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 8) Rada Dialogu Społecznego;
- 9) Związek Gmin Wiejskich RP;
- 10) Związek Powiatów Polskich;
- 11) Związek Województw RP;
- 12) Unia Metropolii Polskich;
- 13) Związek Miast Polskich;
- 14) Unia Miasteczek Polskich;
- 15) Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali;
- 16) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;

- 17) Stowarzyszenie Prawa Konkurencji;
- 18) Pracodawcy Medycyny Prywatnej;
- 19) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 20) Polska Unia Szpitali Klinicznych;
- 21) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 22) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Lecznicznych;
- 23) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 24) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 25) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 26) NSZZ „Solidarność”;
- 27) NSZZ „Solidarność-80”;
- 28) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 29) Polska Federacja Szpitali;
- 30) Stowarzyszenie Szpitali Małopolski;
- 31) Wielkopolski Związek Szpitali;
- 32) Związek Pracodawców Podmiotów Lecznicznych Samorządu Województwa Mazowieckiego;
- 33) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ;
- 34) Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 35) Krajowe Stowarzyszenie Ratowników Medycznych;
- 36) Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej;
- 37) Lotnicze Pogotowie Ratunkowe;
- 38) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 39) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 40) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
- 41) Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Chorób Zakaźnych;
- 42) Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa;
- 43) Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej;
- 44) Polskie Towarzystwo Pediatriczne;
- 45) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie;
- 46) Polskie Towarzystwo Położnych;
- 47) Polskie Towarzystwo Kardiologiczne;
- 48) Polskie Towarzystwo Kardio-Torakochirurgów;
- 49) Polskie Towarzystwo Onkologiczne;
- 50) Polskie Towarzystwo Diabetologiczne;
- 51) Polskie Towarzystwo Chorób Płuc;
- 52) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 53) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 54) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
- 55) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 56) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 57) Organizacja Pracodawców Rada Przedsiębiorców;
- 58) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 59) Organizacją Pracodawców Rada Przedsiębiorców;
- 60) Konfederacja „Lewiatan”;
- 61) Związek Pracodawców Business Centre Club;
- 62) Polska Izba Przemysłu Chemicznego – Związek Pracodawców;
- 63) Ogólnopolska Izba Gospodarcza POLMED;
- 64) Krajowa Federacja Konsumentów;
- 65) Krajowa Izba Gospodarcza;
- 66) Izba Gospodarcza Medycyna Polska;
- 67) Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna;
- 68) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- 69) Forum Związków Zawodowych;
- 70) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 71) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 72) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 73) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Zawodowe Techników Farmaceutycznych;
- 74) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 75) Rzecznik Praw Dziecka;
- 76) Rzecznik Praw Obywatelskich;
- 77) Rada Dialogu z Młodym Pokoleniem;

- 78) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 79) Helsińska Fundacja Praw Człowieka;
- 80) Fundacja Batorego;
- 81) Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 82) Urząd Ochrony Danych Osobowych;
- 83) Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 84) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 85) Agencja Badań Medycznych;
- 86) Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych;
- 87) Marszałek województwa dolnośląskiego;
- 88) Marszałek województwa świętokrzyskiego;
- 89) Marszałek województwa podlaskiego;
- 90) Marszałek województwa lubuskiego;
- 91) Marszałek województwa mazowieckiego;
- 92) Marszałek województwa opolskiego;
- 93) Marszałek województwa małopolskiego;
- 94) Marszałek województwa lubelskiego;
- 95) Marszałek województwa warmińsko-mazurskiego;
- 96) Marszałek województwa podkarpackiego;
- 97) Marszałek województwa zachodniopomorskiego;
- 98) Marszałek województwa łódzkiego;
- 99) Marszałek województwa wielkopolskiego;
- 100) Marszałek województwa kujawsko-pomorskiego;
- 101) Marszałek województwa śląskiego;
- 102) Marszałek województwa pomorskiego;
- 103) Konsultant krajowy w dziedzinie alergologii;
- 104) Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 105) Konsultant krajowy w dziedzinie audiologii i foniatry;
- 106) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej;
- 107) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej;
- 108) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej;
- 109) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej;
- 110) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej;
- 111) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii plastycznej;
- 112) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej;
- 113) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej;
- 114) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc;
- 115) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc dzieci;
- 116) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych;
- 117) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych;
- 118) Konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii;
- 119) Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii;
- 120) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 121) Konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii;
- 122) Konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości;
- 123) Konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej;
- 124) Konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii;
- 125) Konsultant krajowy w dziedzinie farmakologii klinicznej;
- 126) Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii;
- 127) Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej;
- 128) Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej;
- 129) Konsultant krajowy w dziedzinie geriatry;
- 130) Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej;
- 131) Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii;
- 132) Konsultant krajowy w dziedzinie hipertensjologii;
- 133) Konsultant krajowy w dziedzinie immunologii klinicznej;
- 134) Konsultant krajowy w dziedzinie intensywnej terapii;
- 135) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiochirurgii;
- 136) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii;
- 137) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej;
- 138) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny lotniczej;

- 139) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej;
- 140) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej;
- 141) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- 142) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 143) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 144) Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii;
- 145) Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej;
- 146) Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii;
- 147) Konsultant krajowy w dziedzinie neurochirurgii;
- 148) Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii;
- 149) Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii dziecięcej;
- 150) Konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki;
- 151) Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej;
- 152) Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej;
- 153) Konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- 154) Konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii;
- 155) Konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej;
- 156) Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii;
- 157) Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii metabolicznej;
- 158) Konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii;
- 159) Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
- 160) Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej;
- 161) Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
- 162) Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii;
- 163) Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej;
- 164) Konsultant krajowy w dziedzinie toksykologii klinicznej;
- 165) Konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii klinicznej;
- 166) Konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej;
- 167) Konsultant krajowy w dziedzinie urologii;
- 168) Konsultant krajowy w dziedzinie urologii dziecięcej;
- 169) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 170) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 171) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
- 172) Centrum e-Zdrowia;
- 173) Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II spółka akcyjna z siedzibą w Polanicy-Zdroju;
- 174) Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 175) Parlament Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
- 176) Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny;
- 177) Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
- 178) Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii;
- 179) Krajowa Reprezentacja Doktorantów;
- 180) Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”;
- 181) Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu;
- 182) Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc;
- 183) Instytut Hematologii i Transfuzjologii;
- 184) Instytut Matki i Dziecka;
- 185) Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera;
- 186) Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki;
- 187) Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy;
- 188) Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;
- 189) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;
- 190) Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”;
- 191) Instytut Psychiatrii i Neurologii;
- 192) Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher;
- 193) Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie;
- 194) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;
- 195) Gdański Uniwersytet Medyczny;
- 196) Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
- 197) Uniwersytet Medyczny w Lublinie;
- 198) Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
- 199) Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

- 200) Pomorski Uniwersytet Medyczny;
- 201) Warszawski Uniwersytet Medyczny;
- 202) Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
- 203) Główny Inspektor Sanitarny;
- 204) Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego;
- 205) Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników;
- 206) Fundacja K.I.D.S. Klub Innowatorów Dziecięcych Szpitali;
- 207) Fundacja Innowacji i Społeczeństwa Obywatelskiego.

W wyniku wprowadzonych zmian w projekcie rozporządzenia, będących wynikiem analizy zgłoszonych uwag, projekt rozporządzenia został ponownie skierowany do konsultacji publicznych do ww. podmiotów, z 4-dniowym terminem na zgłaszanie uwag. Skrócony termin konsultacji publicznych i opiniowania jest podyktowany potrzebą pilnego wdrożenia rozwiązań, które w innej formie były już konsultowane. Jednocześnie jednak ze względu na dokonanie gruntownej modyfikacji projektu, konieczne jest kolejne przeprowadzenie konsultacji publicznych i opiniowania.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677 oraz z 2026 r. poz. 160) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz stosownie do § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404) został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki pierwszych konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny. Wyniki ponownych konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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
NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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
NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Omawiana regulacja nie wpływa na wysokość limitu finansowania świadczeń w ramach obowiązujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym skutki finansowe zostaną pokryte w ramach środków określonych w planie finansowym NFZ w poz. B2.3 – leczenie szpitalne, bez konieczności ubiegania się na ten cel o dodatkowe środki z budżetu państwa.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Omawiana regulacja ma przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania obecnie dostępnych zasobów systemu opieki zdrowotnej.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na działalność dużych przedsiębiorstw poprzez zniesienie obowiązków wykonywania niektórych formalnych czynności przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców. Proponowane rozwiązania nie określają ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Przyjmuje się, że nowe rozwiązanie organizacyjne umożliwi zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, przez zwiększenie liczby przyjmowanych przez świadczeniodawców pacjentów a co za tym idzie skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Przedmiotowa regulacja nie wpływa na sytuację osób starszych i osób z niepełnosprawnościami w sposób inny niż w odniesieniu do populacji ogólnej.						
Niemierzalne	-	-						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Nie dotyczy.						
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 type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input checked="" type="checkbox"/> inne: zniesienia obowiązku oceniania stanu odżywienia, przeprowadzenia oceny geriatrycznej pacjenta w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach elastycznej organizacji.					<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: Brak.								
9. Wpływ na rynek pracy								
Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe			<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> inne:			<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie		
Omówienie wpływu		Projektowane rozporządzenie wprowadza rozwiązanie, które wpłynie pozytywnie na zdrowie obywateli przez racjonalizację wykorzystania zasobów w systemie ochrony zdrowia i zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego.						
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego								
Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2026 r.								

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Raport z pierwszych konsultacji publicznych i opiniowania.