Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pan Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Katarzyna Szelągowska, radca w Departamencie Lecznictwa, e-mail: k.szelagowska@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 29.10.2026 r. **Źródło** Art. 137 ust. 2 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.) **Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:** **MZ 1954**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Problemy rozwiązywane w niniejszej regulacji obejmują kilka zagadnień.

1. W związku z wprowadzeniem nowego świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia należy dostosować obowiązujące przepisy regulujące ogólne warunki umów o umowy zawierane w rodzaju powiatowe centra zdrowia.

2. Zapewnienie rozwiązań umożliwiających odpowiednie finansowanie podmiotów zakwalifikowanych do schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej (SZOS) niezbędnych dla zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniej dostępności do świadczeń, w szczególności ze względu na uwarunkowania geograficzne.

3. Z analiz, którymi dysponuje Ministerstwo Zdrowia, wynika, że w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 1 września 2026 r. obsada lekarska w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego (ZRM S) była zapewniona na poziomie 58,5%. Na dzień 1 września 2026 r. funkcjonowało 195 ZRM S, przy czym obsadę lekarską miało około 114 z nich. W dalszym ciągu występuje zatem znaczny niedobór lekarzy spełniających wymagania przewidziane dla lekarza systemu i gotowych do podjęcia pracy w zespołach ratownictwa medycznego. Należy przy tym podkreślić, że o ile w zespołach ratownictwa medycznego większość zadań lekarzy systemu może być wykonywana przez ratowników medycznych lub pielęgniarki systemu, o tyle w szpitalnych oddziałach ratunkowych zastąpienie lekarzy nie jest możliwe bez ryzyka zakłócenia funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Za przedłużeniem okresu niestosowania kar umownych przemawia potrzeba zapewnienia dalszego funkcjonowania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w liczbie określonej w wojewódzkich planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ograniczenia ryzyka obciążeń finansowych dysponentów tych zespołów w warunkach obiektywnych trudności z pozyskaniem lekarzy systemu. Przedłużenie tego okresu pozwoli również na wypracowanie docelowych rozwiązań określających rolę lekarza systemu w przedszpitalnym ratownictwie medycznym. Analiza zmian kadrowych wynikających z wejścia w życie nowych przepisów oraz danych dotyczących rzeczywistej obsady specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego pozwoli ocenić zasadność nowelizacji ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141) oraz określić ewentualny zakres zmian.

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

Projekt rozporządzenia obejmuje zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem OWU".

W załączniku do rozporządzenia OWU przewidziano następujące zmiany:

1) wprowadzono nowy rodzaj umów, tj. umowy w rodzaju powiatowe centra zdrowia;

2) w celu zapewnienia odpowiedniego finansowania świadczeniodawców zakwalifikowanych do schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej (SZOS), którzy posiadają miejsce udzielania świadczeń ujęte w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej, określonej na podstawie art. 95a ust. 1 w zw. z art. 95a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określone jako niezbędne ze względu na dostępność czasową, dodano nowy sposób finansowania tych świadczeń, tj. ryczałt dostępności terytorialnej.

Ponadto w rozporządzeniu OWU w celu uniknięcia dodatkowego obciążenia finansowego świadczeniodawców realizujących świadczenia w ZRM S proponuje się modyfikację w § 3c pkt 2. Proponowana zmiana w zakresie § 3c ma na celu przedłużenie o kolejny rok (do dnia 31 grudnia 2027 r.) abolicji na nakładanie kar umownych na świadczeniodawców z tytułu braku lekarza w obsadzie ZRM S. Przedłużenie abolicji do dnia 31 grudnia 2027 r. ma charakter przejściowy – do czasu wypracowania docelowego modelu funkcjonowania ratownictwa pozaszpitalnego, który uwzględni problemy z zatrudnieniem lekarzy w zespołach ratownictwa medycznego. Skutkiem wprowadzenia projektowanych zmian Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie nakładał kar umownych w przypadku zapewnienia w ZRM S trzech osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

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

Projekt stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia	centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	rozliczanie świadczeń zgodnie z nowymi zasadami
świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy w rodzaju powiatowe centra zdrowia	35	Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (Dane rozliczeniowe maj/2026)	możliwość zawarcia umowy na nowy rodzaj świadczeń
świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach umowy w rodzaju ratownictwo medyczne, posiadający w swojej strukturze ZRM S	134	NFZ	niekaranie świadczeniodawców za brak lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w trzyosobowym składzie ZRM S
świadczeniodawcy posiadający miejsce udzielania świadczeń ujęte w SZOS jako niezbędne ze względu na dostępność czasową		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie SZOS	możliwość rozliczania świadczeń ryczałtem dostępności terytorialnej

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

Nie były prowadzone pre-konsultacje dotyczące projektu rozporządzenia.
Projekt rozporządzenia został przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 10-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
6) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
7) Radzie Dialogu Społecznego;
8) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
9) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
10) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
11) Federacji Pacjentów Polskich;
12) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
13) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
14) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
15) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
16) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
17) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
18) Konfederacji „Lewiatan”;
19) Polskiemu Towarzystwu Prawa Medycznego;
20) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Szpitali Powiatowych;
21) NSZZ Solidarność;
22) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
23) Forum Związków Zawodowych;
24) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
25) Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia;
26) Prezesowi Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji;
27) Pracodawcom Medycyny Prywatnej;
28) Stowarzyszeniu Szpitali Prywatnych;
29) Stowarzyszeniu Pacjentów „Primum Non Nocere”;
30) Radzie Przedsiębiorców;
31) Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;

32) Wojewodzie Dolnośląskiemu;
33) Wojewodzie Kujawsko-Pomorskiemu;
34) Wojewodzie Lubelskiemu;
35) Wojewodzie Lubuskiemu;
36) Wojewodzie Łódzkiemu;
37) Wojewodzie Małopolskiemu;
38) Wojewodzie Mazowieckiemu;
39) Wojewodzie Opolskiemu;
40) Wojewodzie Podkarpackiemu;
41) Wojewodzie Podlaskiemu;
42) Wojewodzie Pomorskiemu;
43) Wojewodzie Śląskiemu;
44) Wojewodzie Świętokrzyskiemu;
45) Wojewodzie Warmińsko-Mazurskiemu;
46) Wojewodzie Wielkopolskiemu;
47) Wojewodzie Zachodniopomorskiemu.

Projekt będzie przedmiotem opiniowania przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936) 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 konsultacji publicznych oraz opiniowania zostaną przedstawione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania 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
budżet państwa	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
NFZ	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
budżet państwa	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
NFZ	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
budżet państwa	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
NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania	Projekt nie ma wpływu na sektor finansów publicznych i nie wymaga konieczności zwiększania środków w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2026 r. oraz lata kolejne.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy

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	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0

(w mln zł, ceny stałe z …… r.)	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowane regulacje nie pogorszą sytuacji finansowej podmiotów leczniczych należących do kategorii dużych przedsiębiorstw, w związku z przedłużeniem terminu odstąpienia od nakładania kar umownych oraz modyfikacją procesu aneksowania umów.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowane regulacje nie pogorszą sytuacji finansowej podmiotów leczniczych należących do kategorii mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, w związku z przedłużeniem terminu odstąpienia od nakładania kar umownych oraz modyfikacją procesu aneksowania umów.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Brak wpływu na bezpieczeństwo pacjentów. Projektowane zmiany modyfikują ogólne warunki umów. Dotyczą stosunków cywilnoprawnych, które łączą Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i danego świadczeniodawcę.
	osoby niepełnosprawne i osoby starsze	Brak wpływu na bezpieczeństwo pacjentów. Projektowane zmiany modyfikują ogólne warunki umów. Dotyczą stosunków cywilnoprawnych, które łączą Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i danego świadczeniodawcę.
Niemierzalne		

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

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

☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Przedłużenie abolicji wykluczy nakładanie kar umownych na świadczeniodawców z tytułu braku lekarza w obsadzie ZRM S. Bez wpływu na pozostałe obszary. Umożliwienie zawierania umów w rodzaju powiatowe centra zdrowia. Rozliczanie świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców ujętych w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej, niezbędnych ze względu na dostępność terytorialną.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przewiduje się, że projekt rozporządzenia wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

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.)
Brak.