

# PROJEKT

## Ustawa

z dnia .....

### 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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.):  
po Dziale V dodaje się Dział Va w brzmieniu:

#### „Dział Va

#### Finansowanie ochrony zdrowia

Art. 131c. 1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6,8 % Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018 – 2020 nie może być niższa niż:

- 1) 5,2 % Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2018 r.;
- 2) 5,7 % Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2019 r.;
- 3) 6,2 % Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2020 r.;

2. Środki, o których mowa w ust. 1, obejmują wydatki budżetowe w części budżetu państwa "zdrowie" oraz wydatki budżetowe w dziale "ochrona zdrowia" w innych częściach budżetu państwa, z wyłączeniem składki na ubezpieczenia zdrowotne, koszty Funduszu z wyłączeniem środków z budżetu państwa ujęte w planie finansowym Funduszu oraz koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, ujęte w planie finansowym Funduszu Pracy.

3. Kryteria określone w ust. 1 są uwzględniane przez Radę Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym.

**Art. 131d. 1. Środki finansowe, o których mowa w art. 131c ust. 1, stanowiące różnicę pomiędzy danym rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznaczają się na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Funduszu, świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2.**

**2. Minister właściwy do spraw zdrowia, określa corocznie, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń gwarantowanych finansowanych zgodnie z ust. 1, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz konieczność zapewnienia dostępności do tych świadczeń biorąc pod uwagę listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, o których mowa w art. 20, a także rodzaj tych świadczeń z uwzględnieniem obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz mapy potrzeb zdrowotnych”;**

## **Art. 2**

**Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.**

## UZASADNIENIE

### 1. Potrzeba i cel wydania ustawy.

Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP zobowiązują władze publiczne do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dostępność do świadczeń warunkowana jest przede wszystkim przez wysokość środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie opieki zdrowotnej. Środki te bezspornie są obecnie zbyt małe.

Obejmując ster rządów, podczas expose w dniu 18 listopada 2015 r. Prezes Rady Ministrów, pani Beata Szydło zapowiedziała, iż „*Elementem polityki prorodzinnej, ale mającym także znacznie szersze aspekty, jest przebudowa służby zdrowia*”, co wiąże się z tym, iż „*Każdy polski obywatel ma czuć się bezpieczny wtedy, kiedy potrzebuje pomocy medycznej. Ma wiedzieć, że ta pomoc zostanie mu udzielona szybko i że będzie bezpieczny*”. Powyższe stwierdzenie wynika z tego, iż we wszystkich badaniach, wśród najważniejszych wartości w życiu Polacy wymieniają zdrowie. Ponadto w Rzeczypospolitej Polskiej występuje zjawisko starzenia się społeczeństwa, co przekłada się na rosnące potrzeby i słuszne oczekiwania pacjentów.

Wobec powyższego, bez dodatkowych środków nie da się powstrzymać negatywnych trendów i pogorszenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, czyli wzrostu liczby kolejek i czasu oczekiwania na świadczenia. Społeczeństwo polskie starzeje się. Według Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 r. w Rzeczypospolitej Polskiej, 19% ogólnej liczby ludności stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym, natomiast w 2050 r. będzie ich ponad 32%. Należy przy tym podkreślić, że w oparciu o badanie z 2015 r. dla osób starszych, wśród trzech najważniejszych wartości w życiu, przed rodziną i wiarą religijną to zdrowie zdobyło największą liczbę wskazań (95,3 proc wskazań). W celu realizacji ww. zapowiedzi należy dążyć do zwiększenia nakładów na służbę zdrowia. Tym bardziej staje się to zasadne w kontekście raportów OECD dotyczących wysokości środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia, w których średnia publicznych wydatków dla krajów rozwiniętych gospodarczo na zdrowie to 6,7% PKB, a gdzie nasze państwo zajęło w 2015 r. jedno z ostatnich miejsc z 4,5% PKB. Za Rzeczpospolitą Polską znalazły się takie kraje jak Litwa (4,4% PKB), Korea (4,0% PKB), Turcja (4,0% PKB), Łotwa (3,4% PKB) oraz Meksyk (3,0% PKB).

Zauważenia wymaga ponadto, iż konkurencyjna wysokość wynagrodzeń w innych krajach Unii Europejskiej prowadzi do odpływu pracowników medycznych, głównie lekarzy i pielęgniarek,

co ma również przełożenie na dostępność do świadczeń. Szacunki wskazują, że przy dzisiejszej zawartości tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych i obecnej demografii brakuje co najmniej ok. 30 mld zł rocznie. Przy czym zarówno trend demograficzny, jak i rozwój medycyny (nowe technologie medyczne w ww. koszyku) wymagają zwiększania podaży pieniądza w systemie.

## **2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana.**

W chwili obecnej wysokość środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych warunkowana jest przede wszystkim wielkością budżetu NFZ. Budżet ten z kolei w dużej mierze zależny jest od aktualnej koniunktury gospodarczej, wzrasta w latach prosperity – przede wszystkim dzięki zwiększeniu wynagrodzeń pracowników oraz zmniejszaniu się bezrobocia.

Nie zmienia to jednak tego, iż nie ma automatycznego przełożenia wysokości produktu krajowego brutto w danym roku na wysokość środków, którymi dysponuje NFZ na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

## **3. Różnica pomiędzy dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym.**

W projekcie ustawy przewiduje się wprowadzenie zasady, zgodnie z którą na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczać się będzie corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6,8% Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego, z zastrzeżeniem, iż wielkość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018 – 2020 nie może być mniejsza niż:

- 1) 5,2 % Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2018 r.;
- 2) 5,7 % Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2019 r.;
- 3) 6,2 % Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego w 2020 r.;

Jednocześnie proponuje się przyjęcie zasady, iż środki finansowe odpowiadające wzrostowi nakładów na opiekę zdrowotną na dany rok, w porównaniu z rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznaczane byłyby na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Funduszu, świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na każdy rok w drodze

rozporządzenia Ministra Zdrowia, który przy wydawaniu tego rozporządzenia powinien kierować się takimi przesłankami jak: konieczność zapewnienia dostępności do określonych świadczeń, z uwzględnieniem list oczekujących, rodzaj świadczeń z uwzględnieniem obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, a także wnioski płynące z mapy potrzeb zdrowotnych.

#### **4. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne.**

##### **a) skutki społeczne**

Skutkiem wprowadzonych zmian będzie polepszenie jakości opieki zdrowotnej, zmniejszenie emigracji zarobkowej pracowników tego sektora, zwiększenie dostępności do świadczeń, polepszenie stanu zdrowia społeczeństwa

##### **b) skutki gospodarcze**

Zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej wpłynie na polepszenie rentowności działalności leczniczej w Polsce, zwiększenie wynagrodzeń dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce, zwiększenie zatrudnienia w sektorze medycznym (również na skutek rezygnacji z emigracji zarobkowej przez personel medyczny)

##### **c) skutki finansowe**

Skutkami finansowymi projektowanej ustawy będzie przede wszystkim zwiększenie środków finansowych, którymi dysponować będzie płatnik- Narodowy Fundusz Zdrowia. Środki na ten cel pochodzić będą z dotacji przekazywanej z budżetu Państwa, co w efekcie wpłynie na zwiększenie środków wydatkowanych z budżetu na opiekę zdrowotną. Wysokość tej dotacji jest trudna do oszacowania, warunkowana bowiem będzie wysokością środków w NFZ, poziomem bezrobocia, wysokością wynagrodzeń w gospodarce.

Można szacować, że w latach 2018-2011 obciążenia budżetu Państw z tego tytułu wynosić będą od ok. 7 do 12 mld złotych i będą maleć w latach kolejnych.

##### **d) skutki prawne**

Skutki prawne projektowanej ustawy sprowadzać się będą do ustawowego wprowadzenia limitu środków, które będą musiały być corocznie uwzględniane w ramach środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną.

Dodatkowo, koniecznym będzie coroczne wydawanie przez ministra Zdrowia rozporządzenia, określającego wykaz świadczeń gwarantowanych finansowanych na które przeznaczana będzie coroczna dotacja z budżetu Państwa, zgodnie z postanowieniami projektowanego art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### **5. Źródła finansowania.**

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej do poziomu limitu określonego ustawą będzie realizowane w ramach dotacji przekazywanej corocznie z budżetu Państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia.

#### **6. Założenia projektów podstawowych aktów wykonawczych.**

Ustawa przewiduje wydanie jednego tylko aktu wykonawczego – rozporządzenia, które wydawać będzie Minister Zdrowia corocznie, określając sposób przeznaczenia dotacji przekazywanej zgodnie z ustawą do NFZ, przy uwzględnieniu zasad określonych ustawą. W efekcie tak wydany akt wykonawczy będzie musiał uwzględniać zwiększenie finansowania takiego zakresu świadczeń, które pozwolą na zrealizowanie zapisów ustawy.

#### **7. Oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej.**

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.