

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 2017 r. poz. 1938) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 97 w ust. 8 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:
„Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b, oraz na finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 131d ust. 2.”;
- 2) w art. 116 w ust. 1 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:
„5a) dotacje podmiotowe z budżetu państwa z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 131d ust. 2.”;
- 3) 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% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2024 nie może być niższa niż:

- 1) 4,67% produktu krajowego brutto w 2018 r.;
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.;
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.;
- 4) 5,22% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
- 5) 5,41% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
- 6) 5,60% produktu krajowego brutto w 2023 r.;
- 7) 5,80% produktu krajowego brutto w 2024 r.

2. Wartość produktu krajowego brutto, o którym mowa w ust. 1, jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto. Wartość ta w trakcie danego roku może zostać skorygowana.

3. Środki, o których mowa w ust. 1, obejmują wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, 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 dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych.

4. Zasady 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

Głównym celem projektowanej ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest pełna realizacja norm konstytucyjnych – art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, które zobowiązują władze publiczne do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez zwiększenie finansowania ochrony zdrowia.

Rozwiązaniem służącym realizacji powyżej wskazanych norm konstytucyjnych są regulacje wprowadzane w nowo dodawanych art. 131c i art. 131d do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938). Zgodnie z ich brzmieniem, na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczane się będzie corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto ustalane w oparciu o wartość określoną na podstawie obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. poz. 1188 oraz z 2009 r. poz. 817), która w trakcie danego roku może zostać skorygowana, z zastrzeżeniem, iż wielkość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2024 nie może być mniejsza niż:

- 1) 4,67% produktu krajowego brutto w 2018 r.;
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.;
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.;
- 4) 5,22% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
- 5) 5,41% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
- 6) 5,60% produktu krajowego brutto w 2023 r.;
- 7) 5,80% produktu krajowego brutto w 2024 r.

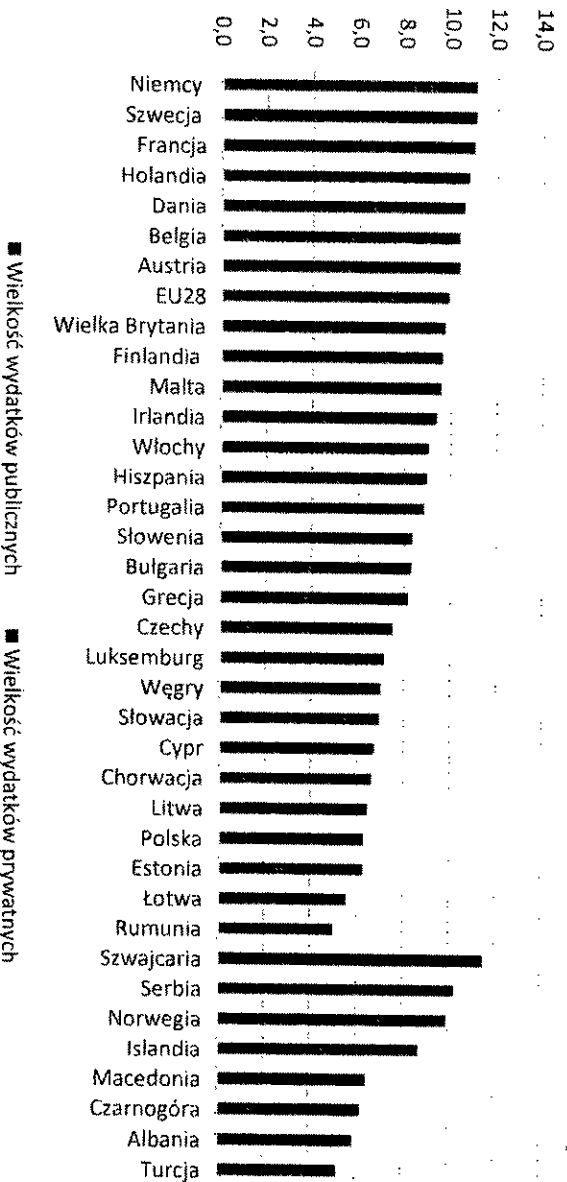
Jednocześnie proponuje się przyjęcie zasady, iż środki finansowe odpowiadające wzrostowi nakładów na opiekę zdrowotną na dany rok, w porównaniu z rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznaczane byłyby na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia,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

Podczas *expose* w dniu 18 listopada 2015 r. Prezes Rady Ministrów 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. 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 % 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).

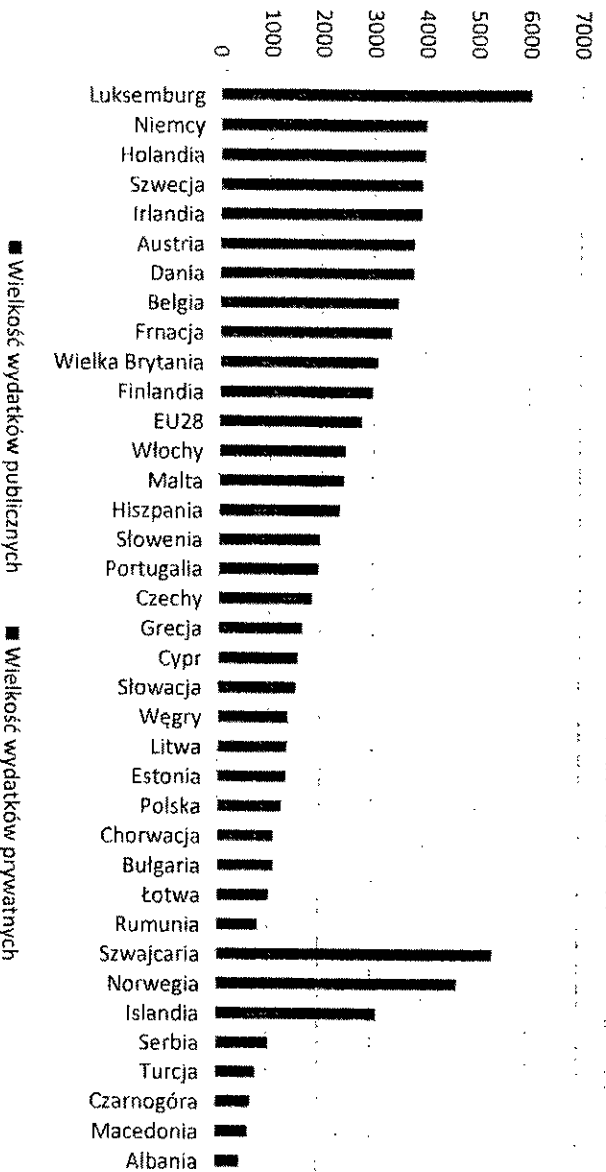
Wielkość środków publicznych i prywatnych przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD oraz wielkość środków publicznych i prywatnych przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD *per capita* przedstawiają wykres nr 1 i wykres nr 2.

Wykres nr 1. Wielkość środków publicznych i prywatnych przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD jako procent PKB w 2015 r.



Źródło: *Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle.*

Wykres nr 2. Wielkość środków publicznych i prywatnych per capita przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD w 2015 r.



Źródło: *Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle.*

Ponadto zauważenia wymaga, iż zawartość tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych jest dziś określona w dysproporcji w stosunku do wielkości środków finansowych na jego realizację. Innymi słowy w ww. koszyku jest więcej świadczeń niż możliwe jest do sfinansowania ze środków publicznych przeznaczanych na służbę zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej.

Przede wszystkim z niewystarczających środków i wskazanej dysproporcji wynikają takie patologie systemu, jak korzystanie z przywileju (znajomości), korupcja czy kolejki. W przypadku problemu kolejek według stanu na koniec 2016 r. świadczenia, do których dostępność wyrażana czasem oczekiwania była ograniczona, należą:

- 1) **w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** – najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych:
 - a) endokrynologicznych – mediana średniego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym przekraczała 200 dni,
 - b) chirurgii naczyniowej – mediana wynosiła 131 dni,
 - c) kardiologicznych – mediana wynosiła 106 dni,
 - d) gastroenterologicznych – mediana wynosiła 81 dni,
 - e) okulistycznych – mediana wynosiła 65 dni;
- 2) **w zakresie leczenia szpitalnego** – do oddziałów szpitalnych, do których oczekiwało najwięcej w skali kraju osób, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do oddziałów:
 - a) chirurgii urazowo-ortopedycznej – mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 151 dni,
 - b) otolaryngologicznych dla dzieci – mediana wynosiła 149 dni,
 - c) otolaryngologicznych – mediana wynosiła 144 dni,
 - d) neurochirurgicznych – mediana wynosiła 117 dni,
 - e) reumatologicznych – mediana wynosiła 74 dni;
- 3) **w zakresie rehabilitacji leczniczej** – czasy oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do jednych z najdłuższych – najtrudniej dostępne są świadczenia oddziału rehabilitacji i oddziału rehabilitacji narządu ruchu, dla których mediana średniego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym na oddział rehabilitacji przekracza 400 dni;
- 4) **w zakresie leczenia stomatologicznego** – do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia stomatologiczne, do których oczekiwało najwięcej w skali kraju osób, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do: poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni ortodontycznych, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni stomatologicznych i poradni protetyki stomatologicznej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 55 dni.

Jeżeli chodzi o trudności w dostępie do świadczeń do poradni i oddziałów dziecięcych, to analizując dostępność do komórek organizacyjnych udzielających świadczeń dzieciom, obserwuje się zakresy, w których czas oczekiwania dla dzieci zakwalifikowanych jako „przypadek stabilny” przekracza 3 miesiące. Są to komórki z zakresu:

1) **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:**

- a) poradni genetycznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 224 dni,
- b) poradni endokrynologicznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 181 dni,
- c) poradni immunologicznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 165 dni,
- d) poradni gastroenterologicznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 108 dni;

2) **leczenia szpitalnego:**

- a) oddziału otolaryngologicznego dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 149 dni,
- b) oddziału chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 123 dni,
- c) oddziału odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 97 dni,
- d) oddziału urologicznego dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 94 dni.

W tym miejscu należy także zaznaczyć, że wymaga, iż w odniesieniu do świadczeń, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących, najdłuższe czasy oczekiwania dotyczą świadczeń:

- 1) **w zakresie soczewki (zaćma)** – w przypadku której dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 585 dni, przy jednoczesnej bardzo dużej liczbie oczekujących (540.667 osób);
- 2) **endoprotezoplastyki stawowej** – mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego 542 dni, a dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego 460 dni, przy jednocześnie bardzo dużej liczbie osób oczekujących (114.137 i 104.959 osób);
- 3) **świadczeń diagnostyki rezonansu magnetycznego** – 332.330 osób oczekujących przy medianie średniego czasu oczekiwania 193 dni, oraz **tomografii komputerowej** – 178.994 osób oczekujących przy medianie średniego czasu oczekiwania 70 dni;
- 4) **programów lekowych** – najwięcej osób i najdłużej oczekiwano na program leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową. Na liście oczekujących na ten program lekowy według stanu na koniec grudnia 2016 r. znajdowało

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Katarzyna Głowała – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Elżbieta Jazgarska – Dyrektor Departamentu Budżetu i Finansów w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: e.jazgarska@mz.gov.pl/ tel. służb.: (22) 634-95-10</p>	<p>Data sporządzenia 30.10.2017 r.</p> <p>Źródło: Expose Prezesa Rady Ministrów</p> <p>Nr w wykazie prac RM: UA 36</p>
--	---

EXCERPT NA STRONKOWY NADPISANE

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Jednym z najistotniejszych problemów ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej jest ograniczona dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla obywateli, co bezpośrednio przejawia się gorszymi wynikami wskaźników zdrowia w porównaniu do innych państw, w szczególności państw członkowskich Unii Europejskiej. Rozwiązaniem problemu jest poszerzenie dostępu do świadczeń gwarantowanych – świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia.

Ze względu na przyjętą w Rzeczypospolitej Polskiej konstrukcję systemu ochrony zdrowia oraz sposób jego finansowania, powyższym ograniczeniom formalnym towarzyszą istotne ograniczenia oraz nierówności w dostępie do świadczeń gwarantowanych, wynikające w szczególności z niskiego poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia (zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych). Ograniczenie dostępu do świadczeń gwarantowanych przyjmuje w szczególności postać kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie niezbędnych świadczeń. W przypadku niektórych świadczeń czas oczekiwania może wynosić nawet kilka lat.

Zgodnie z informacjami publikowanymi przez Fundację Watch Health Care średni czas oczekiwania na świadczenia gwarantowane w naszym kraju w pierwszych miesiącach 2017 r. wynosił 3 miesiące, w tym dla angiologii, reumatologii, stomatologii wynosił średnio 7 miesięcy, a dla ortopedii i traumatologii narządu ruchu średnio 11 miesięcy. Jednocześnie zgodnie z danymi publikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach jednej dziedziny medycyny rozrzut wyników czasu oczekiwania może być od kilku dni do ponad trzech lat (np. w reumatologii).

Powyższe ograniczenia potwierdzają również źródła międzynarodowe. W raporcie OECD „Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle” Rzeczpospolita Polska jest wskazana na ostatnim miejscu pod względem czasu oczekiwania na świadczenie – średni czas od diagnozy do zabiegu wynosił w 2015 r. odpowiednio dla operacji zaćmy – ponad 400 dni (przy 40 w Holandii i około 100 w Portugalii, Hiszpanii i Finlandii), operacji wymiany stawu biodrowego – ponad 365 dni (przy 40 w Holandii i około 150 w Hiszpanii, Norwegii i Węgrzech), a dla operacji wymiany stawu kolanowego – ponad 400 dni (przy 30 w Holandii, około 100 we Włoszech i Wielkiej Brytanii oraz 200 w Portugalii).

Jak częstokroć wskazują dane i opracowania międzynarodowe, jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy są niskie (w szczególności w porównaniu do innych państw) wydatki na ochronę zdrowia, w tym w szczególności wydatki publiczne w tym zakresie. W 2015 r. zgodnie z danymi OECD (raport „Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle”), publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej wynosiły 4,5% PKB (podczas, gdy średnia dla Unii Europejskiej – 28 krajów wynosiła 7,7% PKB, w tym 8,9% w Danii, 8,7% w Holandii, 9,3% w Szwecji, a także 6,4% w Czechach i 6,0% w Słowenii; niższy wskaźnik niż w naszym kraju zanotowano na Łotwie – 3,4%, w Rumunii – 4,0% oraz na Litwie – 4,4%). Jednocześnie zgodnie z danymi OECD za 2015 r., całkowite wydatki na zdrowie wynoszą w Rzeczypospolitej Polskiej 6,3% PKB, przy średniej dla 28 państw członkowskich Unii Europejskiej wynoszącej 9,9% PKB (niższy wskaźnik niż w Polsce występuje tylko w Rumunii i na Łotwie – odpowiednio 5,0% i 5,6%).

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

Celem projektu jest zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych w ujęciu materialnym – poprzez zwiększenie środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych (a więc umożliwienie Narodowemu Funduszowi Zdrowia zakontraktowanie większej liczby udzielonych świadczeń).

Przewidziane w projekcie zwiększenie środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia nie stanowi jedyne działania realizowanego w ramach prowadzonej przez Ministra Zdrowia polityki zdrowotnej mającego na celu zwiększenie dostępności świadczeń gwarantowanych. Jest to działanie komplementarne do innych podejmowanych w tym obszarze, a mających na celu zwiększenie efektywności wydatkowania środków publicznych – działania te obejmują w szczególności

kwalfikację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako świadczeń gwarantowanych, ich taryfikację, kontraktowanie świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi, w tym ich usieciowienie w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze nierówny dostęp do niektórych świadczeń gwarantowanych, wskazane jest wprowadzenie rozwiązania pozwalającego na zapewnienie ich dostępności – uwzględniając listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, szczególny charakter udzielanych świadczeń z uwzględnieniem obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz mapy potrzeb zdrowotnych. Wskazanie tych świadczeń, mając na uwadze całość działań prowadzonych przez Ministra Zdrowia, powinno zostać mu powierzone przez upoważnienie ustawowe do wydania właściwego rozporządzenia.

Oczekiwanym efektem wprowadzenia ustawy będzie: 1) zapewnienie dostępu do świadczeń gwarantowanych dla większej liczby osób oraz 2) zmniejszenie kolejek do świadczeń gwarantowanych (mierzone przez weryfikację średniego całkowitego czasu oczekiwania na świadczenia gwarantowane oraz weryfikację średniego czasu oczekiwania na świadczenia gwarantowane objęte rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia).

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

Wskazane problemy mają charakter uniwersalny – występują we wszystkich krajach na świecie, w tym osiągających lepsze wyniki w przyjętych wskaźnikach zdrowotnych. Państwa w różny sposób określają zakres podmiotowy i przedmiotowy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór ten wynika częstokroć z uwarunkowań historycznych i częściej podlega wyłącznie korektom niż głęboko idącym zmianom. Jednocześnie sposób zwiększania środków dostępnych w publicznym systemie ochrony zdrowia zależy od przyjętego modelu. Tradycyjnie ukształtowały się następujące modele systemowe ochrony zdrowia: brytyjski – model Beveridge’a, rosyjski – model Siemaszki, amerykański – model rezydualny.

W systemie Beveridge’a (np. Wielka Brytania, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Portugalia, Dania, Finlandia czy Szwecja) dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej mają wszyscy obywatele, zapewniony jest powszechny i równy dostęp do świadczeń, które są finansowane z budżetu państwa. Z kolei w systemie Bismarcka (np. Niemcy, Belgia, Francja, Luksemburg, Austria, Szwajcaria czy Holandia) środki finansowe pochodzą ze składek odprowadzanych przez pracowników i pracodawców, naturalnym elementem systemu jest współpłacenie pacjentów oraz finansowanie świadczeń przez kasy chorych (lub analogiczne im instytucje ubezpieczenia zdrowotnego) i udzielanie świadczeń przez świadczeniodawców publicznych, jak i prywatnych.

W praktyce coraz częściej mamy do czynienia z systemami mieszanymi. Również model stosowany w RP ma charakter mieszany, ale w rozumieniu połączenia cech systemu ubezpieczeniowego z budżetowym, zarówno w obszarze gromadzenia środków, jak i ich rozdysponowania.

Mając powyższe na uwadze, należy wskazać, że wybór mechanizmu zwiększania środków finansowych dostępnych w systemie publicznym jest uzależniony od systemu, który ma miejsce w danym kraju. W praktyce w naszym kraju jest to możliwe na jeden z dwóch sposobów – zwiększenie składki na ubezpieczenie zdrowotne lub zwiększenie dotacji z budżetu państwa, z których to pierwsze rozwiązanie może być wyraźnie trudniejsze do wprowadzenia.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	ok. 38 mln osób	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	- zwiększony dostęp do świadczeń gwarantowanych poprzez skrócenie kolejek
Podmioty lecznicze	ok. 27 200 w tym: 18 600 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenia stacjonarne, ambulatoryjne (wg funkcji ochrony zdrowia HC 1.1–1.3); 5715 podmiotów leczniczych udzielających	Rejestry Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	- umożliwienie udzielania większej liczby świadczeń gwarantowanych

	świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rehabilitacji (wg funkcji ochrony zdrowia HC 2.1–2.4, 2.9); 2906 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (wg funkcji ochrony zdrowia HC 3.1–3.4).		
Ministerstwo Zdrowia	1	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów	- dodatkowe narzędzie do zarządzania dostępem do świadczeń gwarantowanych w postaci rozporządzenia Ministra właściwego do spraw zdrowia określającego świadczenia gwarantowane finansowane z dotacji budżetu państwa
Oddziały wojewódzkie NFZ + Centrala	17	Ustawa	- zwiększenie dostępnych środków finansowych - umożliwienie kontraktowania większej liczby świadczeń gwarantowanych

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

Nie dotyczy. Ze względu na wagę i pilność sprawy projekt procedowany w trybie odrębnym.

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
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	3 779	13 055	23 656	35 409	47 825	61 410	75 898	85 444	95 374	105 779	547 629
budżet państwa	0	3 779	13 055	23 656	35 409	47 825	61 410	75 898	85 444	95 374	105 779	547 629
JST	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
Saldo ogółem	0	3 779	13 055	23 656	35 409	47 825	61 410	75 898	85 444	95 374	105 779	547 629
budżet państwa	0	3 779	13 055	23 656	35 409	47 825	61 410	75 898	85 444	95 374	105 779	547 629
JST	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
Zróżła finansowania	Budżet państwa.											

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Skutki finansowe wejścia w życie ustawy obliczone zostały na podstawie:</p> <p>a) nominalnego tempa wzrostu PKB oszacowanego i przekazanego przez Ministra Rozwoju i Finansów,</p> <p>b) wyliczenia wartości bazowej dla 2018 r. w wysokości 4,67% PKB z uwzględnieniem nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 90 422 mln zł (budżet państwa, Narodowy Fundusz Zdrowia i Fundusz Pracy z wyeliminowaniem wzajemnych przepływów finansowych),</p> <p>c) przy naliczaniu wydatków na ochronę zdrowia przyjęto następujące wskaźniki PKB roku planistycznego: w 2018 r. – 4,67% PKB, w 2019 r. – 4,86% PKB, w 2020 r. – 5,03% PKB, w 2021 r. – 5,22% PKB, w 2022 r. – 5,41% PKB, w 2023 r. – 5,60% PKB, w 2024 r. – 5,80% PKB, a w latach 2025-2028 – 6,00% PKB.</p> <p>Rzeczywisty wpływ na budżet państwa będzie prawdopodobnie mniejszy ze względu na fakt, iż głównym źródłem finansowania świadczeń gwarantowanych jest składka na ubezpieczenie zdrowotne, której pobór zależy przede wszystkim od zatrudnienia oraz poziomu wynagrodzeń – poprawa w tym zakresie będzie przekładała się na zwiększenie wpływów ze składki zdrowotnej.</p> <p>Zgodnie z uchwałą Rady Ministrów w sprawie „Wieloletniego Planu Finansowego Państwa na lata 2017–2020” szacuje się, że w porównaniu z 2016 r., przyjętym jako rok bazowy, w którym stopa bezrobocia wynosiła 6,2%, będzie ona spadać i w kolejnych latach wyniesie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 5,7% w 2017 r. – 5,0% w 2018 r. – 4,0% w 2020 r.
--	---

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	Poprawa kondycji finansowej wynikająca z umożliwienia kontraktowania większej liczby świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Poprawa kondycji finansowej wynikająca z umożliwienia kontraktowania większej liczby świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Poprawa stanu zdrowia wynikająca ze zwiększonej dostępności świadczeń gwarantowanych.						
Niemierzalne	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Poprawa stanu zdrowia wynikająca ze zwiększonej dostępności świadczeń gwarantowanych.						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Szacowanie wpływu na funkcjonowanie przedsiębiorców w ujęciu pieniężnym jest niemożliwe w rozbiciu na mniejsze grupy – całkowity wpływ będzie odpowiadał wzrostowi wydatków na ochronę zdrowia wynikającemu z ustawy w związku z przeznaczeniem tych środków na finansowanie dodatkowych świadczeń gwarantowanych, a więc pozwalając na zakup większej ilości usług od podmiotów leczniczych, w tym przedsiębiorców.</p> <p>W szczególności, wpływ na przedsiębiorców będzie zależał od tego, ile z nabywanych na podstawie rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia świadczeń gwarantowanych nabywanych będzie przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, a ile w ramach procedur konkursowych.</p> <p>Wpływ na poprawę stanu zdrowia nie może być szacowany ani w ujęciu pieniężnym, ani niepieniężnym ze względu na fakt, iż bezpośrednio będzie on zależał od tego, na jakie świadczenia gwarantowane zostaną przeznaczone dotacje w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia. Wybór tych świadczeń będzie zależał od czynników wskazanych w ustawie, takich jak dostępność do świadczeń i występujące potrzeby zdrowotne.</p>
--	---

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:

Projekt nie przewiduje nałożenia dodatkowych obciążeń na przedsiębiorców.

9. Wpływ na rynek pracy

Projekt będzie miał istotny wpływ na rynek pracy wynikający zarówno z poprawy zdrowia społeczeństwa – zmniejszenie kosztów pośrednich (prezenteizmu i absenteizmu) oraz wzrost liczby osób zdolnych do pracy, jak i wzrostu wydatków na świadczenia gwarantowane. Wzrost środków na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców będzie przyczyniał się do konieczności zapewnienia odpowiedniego personelu (w tym zwiększenia jego liczby i podniesienia kwalifikacji).

Jednocześnie jednak wpływ na rynek pracy jest niemierzalny ze względu na fakt, iż oddziałuje na niego zbyt wiele czynników, w tym będących skutkiem innych prowadzonych prac legislacyjnych w obszarze zdrowia.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Ustawa wpłynie na:

- zdrowie obywateli przez zapewnienie szerszej dostępności do świadczeń gwarantowanych dla większej liczby osób;
- demografię przez wzrost oczekiwanej średniej długości życia;
- mienie państwowe przez poprawę kondycji podmiotów leczniczych utworzonych przez organy administracji rządowej oraz jednostki samorządu terytorialnego – co będzie skutkiem nabywania większej liczby świadczeń gwarantowanych, tym samym umożliwi ich rozwój i dalsze inwestycje.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Projekt będzie wykonywany w postaci wydawanego co roku rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, które będzie zawierało wykaz świadczeń gwarantowanych finansowanych z dotacji z budżetu państwa.

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

Po 3 latach od wejścia w życie ustawy, a potem regularnie co 3 lata. Ewaluacja będzie polegała na ocenie wskaźników:

- Liczba osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym,
- Średni czas oczekiwania na leczenie świadczeń gwarantowanych;
- Średni czas oczekiwania na leczenie świadczeń gwarantowanych objętych rozporządzeniami wydanymi w przyszłości przez ministra właściwego do spraw zdrowia zgodnie z przedstawianym projektem ustawy.

Jednocześnie w długim terminie ustawa, przez zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych, wpłynie na główne wskaźniki zdrowia Polaków, takie jak średnia oczekiwana długość życia oraz poprawę efektów zdrowotnych leczenia chorób, które będą finansowane na podstawie rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

Brak.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych finansowanych
z budżetu państwa w 2019 r.**

Na podstawie art. 131d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wykaz świadczeń gwarantowanych, finansowanych w 2019 r., zgodnie z art. 131d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 2. Ustala się wykaz świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 1:

- 1) ...;
- 2) ...;
- 3) ...;
- 4)

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa w 2019 r., stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 131d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Przedmiotowe rozporządzenia określa świadczenia gwarantowane, zawarte w rozporządzeniach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, które w 2019 r. będą finansowane dotacji budżetu państwa. Aktualnie do świadczeń wskazanych w rozporządzeniu jest ograniczona dostępność, w szczególności z uwagi na długi okres oczekiwania na udzielenie tych świadczeń. Dodatkowe środki pochodzące z budżetu państwa spowodują że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł zakontraktować więcej świadczeń, a tym samym więcej pacjentów będzie miało sfinansowane leczenie w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia przyczyni się do skrócenia tzw. kolejek.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

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

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

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa w 2019 r.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia</p>	<p>Data sporządzenia: 30 października 2017 r.</p> <p>Źródło: Art. 131d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938)</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ ...</p>
---	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ustawa z dnia 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.), zapewniła, iż corocznie środki finansowe przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia muszą wynosić co najmniej poziom określony w przepisie art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Przy czym, zgodnie z art. 131d ust. 1 ustawy o świadczeniach, środki finansowe, które będą stanowić różnicę pomiędzy danym rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznacza się na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeń gwarantowanych, wskazanych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu wydawanym corocznie na podstawie ust. 2.

Różnica, o której mowa powyżej wyniosła w roku 2018 – ... zł i zgodnie z przepisami ustawy należy wskazać świadczenia gwarantowane na które te środki mają zostać przekazane.

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

W projekcie określa się świadczenia gwarantowane, które będą finansowane z budżetu państwa, przy czym podstawowym kryterium które było brane pod uwagę był czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)	16 oddziałów NFZ	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Uzyskanie dodatkowych środków finansowych na świadczenia gwarantowane
Świadczeniodawcy			Możliwość udzielenia większej ilości świadczeń i zmniejszenie liczby pacjentów na listach oczekujących
Świadczeniobiorcy			Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

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

Odnosnie projektowanego rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt regulacji zostanie przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych m.in. następującym podmiotom:

- 1) Naczelna Rada Lekarska;
- 2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 4) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 5) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 6) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;

Dochody ogółem																				
budżet państwa																				
JST																				
pozostałe jednostki (oddzielnie)																				
Wydatki ogółem																				
budżet państwa																				
JST																				
pozostałe jednostki (oddzielnie)																				
Saldo ogółem																				
budżet państwa																				
JST																				
pozostałe jednostki (oddzielnie)																				
Źródła finansowania		Świadczenia gwarantowane, wskazane w rozporządzeniu będą finansowane, na podstawie art. 131 d ust. 1, ustawy o świadczeniach, z budżetu państwa z części , której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, oraz jako wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa.																		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń																				
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	<i>Łącznie (0-10)</i>												
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa																			
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw																			
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe																			
	(dodaj/usuń)																			
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa																			
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw																			
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe																			
	(dodaj/usuń)																			
Niemierzalne	(dodaj/usuń)																			
	(dodaj/usuń)																			
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.																		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu																				
<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> inne:	<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 type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz: Brak.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Brak danych.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		