



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-93-21

Druk nr 1450
Warszawa, 2 sierpnia 2021 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem,

Mateusz Morawiecki

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 131c:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 7% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia:

1) w latach 2018–2026 nie może być niższa niż:

- a) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.,
- b) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.,
- c) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.,
- d) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.,
- e) 5,75% produktu krajowego brutto w 2022 r.,
- f) 6,00% produktu krajowego brutto w 2023 r.,
- g) 6,20% produktu krajowego brutto w 2024 r.,
- h) 6,50% produktu krajowego brutto w 2025 r.,
- i) 6,80% produktu krajowego brutto w 2026 r.;

2) nie może być w danym roku niższa niż kwota środków finansowych ustalona w projektach, o których mowa w ust. 4, w roku poprzednim.”,

b) w ust. 3 uchyla się pkt 5;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawę z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

2) art. 131d otrzymuje brzmienie:

„Art. 131d. 1. W ramach środków, o których mowa w art. 131c ust. 1, jest możliwe przekazanie do Funduszu dotacji podmiotowej z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych.

2. W przypadku wystąpienia w trakcie roku oszczędności w budżecie państwa, w szczególności w części budżetowej ministra właściwego do spraw zdrowia, jest możliwe zwiększenie dotacji podmiotowej, o której mowa w ust. 1, lub przeznaczenie środków na zwiększenie funduszu zapasowego Funduszu, o którym mowa w art. 115 ust. 1, z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń gwarantowanych.

3. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych może dokonywać przeniesień wydatków między działami klasyfikacji budżetowej, w ramach części budżetu państwa, której jest dysponentem.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305 i 1236) w art. 50 w ust. 6 w pkt 8 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) wydatków w części budżetu państwa „zdrowie” oraz w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 55 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2.”;

2) w art. 57 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) kwoty środków pieniężnych przekazane na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2.”;

3) w art. 59:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Podmiot tworzący może pokryć stratę netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w kwocie, jaka nie może zostać pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji.”,

b) uchyla się ust. 2a i 2b.

Art. 4. W ustawie z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 616) w art. 2:

- 1) uchyla się ust. 1;
- 2) w ust. 2 wyrazy „31 grudnia 2021 r.” zastępuje się wyrazami „30 czerwca 2022 r.”.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Projektowana ustawa wprowadza zmianę ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, polegającą na nadaniu nowego brzmienia art. 131c i art. 131d oraz zmianę ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305 i 1236) polegającą na dodaniu w art. 50 w ust. 6 pkt 9.

Proponowane nowe rozwiązania w zakresie minimalnej wysokości środków publicznych przeznaczanych corocznie na ochronę zdrowia są wynikiem prowadzonego dialogu społecznego, którego zwińczeniem jest ujęcie w ramach pięciu fundamentów Polskiego Ładu rozwiązań w tym zakresie.

Projekt ustawy realizuje główny cel powyższego programu przez:

- 1) przyspieszenie osiągnięcia dotychczas określonego poziomu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6% produktu krajowego brutto (PKB) już w 2023 r.;
- 2) określenie ścieżki dalszego wzrostu minimalnych wartości przedmiotowych nakładów aż do osiągnięcia poziomu 7% PKB w 2027 r.

Zgodnie z obecnym brzmieniem art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach, referencyjna wartość nakładów ze środków publicznych na ochronę zdrowia w relacji do PKB została określona na poziomie 6%, który miał zostać osiągnięty w 2024 r. i utrzymany na tym poziomie w kolejnych latach.

Konsekwencją ww. zmiany jest nadanie nowego brzmienia art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym minimalne wartości publicznych nakładów na ochronę zdrowia nie będą mogły być w poszczególnych latach niższe niż:

- 1) 4,78% 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) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
- 5) 5,75% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
- 6) 6,00% produktu krajowego brutto w 2023 r.;
- 7) 6,20% produktu krajowego brutto w 2024 r.;

8) 6,50% produktu krajowego brutto w 2025 r.;

9) 6,80% produktu krajowego brutto w 2026 r.

Ponadto w ust. 3 tego artykułu dokonano zmiany polegającej na wykreśleniu dotychczasowego pkt 5 dotyczącego kosztów związanych z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych. Wprowadzana korekta ma charakter porządkujący i jest związana z faktem, że wydatki na finansowanie tych zadań są od 2021 r. planowane w ramach części budżetu, którą dysponuje minister właściwy do spraw zdrowia, zatem wydatki na ten cel mieszczą się obecnie w ramach pkt 1 „wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia”.

W art. 131d ustawy o świadczeniach proponuje się zmiany rozszerzające uprawnienia Ministra Zdrowia związane z przekazywaniem Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotacji podmiotowej. Dotychczasowe przepisy pozwalały na zaplanowanie tej dotacji wyłącznie na etapie planowania budżetu na dany rok. Wprowadzane zmiany pozwolą dodatkowo na przekazanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w formie dotacji podmiotowej lub jako zasilenie funduszu zapasowego, środków, które zostaną zidentyfikowane jako oszczędności także na etapie realizacji budżetu.

Ponadto w celu umożliwienia pełnego wykorzystania w ww. sposób stwierdzonych oszczędności umożliwiono Ministrowi Zdrowia za zgodą Ministra Finansów dokonywanie zmian w planie wydatków polegających na przeniesieniu środków pomiędzy działami budżetu państwa, w ramach części budżetowej, którą dysponuje.

Uwzględnienie projektowanych zmian, w stosunku do obecnie obowiązujących rozwiązań, pozwoli na zasilenie systemu ochrony zdrowia dodatkowymi środkami w kwocie szacowanej łącznie w latach 2022–2027 na ok. 83 mld zł i osiągnięcie w 2027 r. nakładów na ochronę zdrowia na poziomie przekraczającym 215 mld zł, a także na wykorzystanie na cele zdrowotne części oszczędności, które wystąpią na etapie realizacji budżetu państwa.

W art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305 i 1236) proponuje się dodanie pkt 9, który pozwoli na wyłączenie wydatków w części budżetu państwa „zdrowie” oraz w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa ze stosowania przepisów ust. 1a–1c, 4 i 5 tego artykułu, analogicznie do tego, jak ma to miejsce m.in. w przypadku wydatków przeznaczanych na obronę narodową i wynika

z faktu, że wydatki przeznaczane na ochronę zdrowia, w tym nowe inicjatywy wymagające poniesienia określonych wydatków, będą mieściły się w ramach nakładów, o których mowa w art. 131c niniejszej ustawy.

Dodatkowo wprowadza się zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711). W wyroku (sygn. akt K 4/17) z dnia 20 listopada 2019 r. Trybunał Konstytucyjny uznał przepis art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej za niezgodny z konstytucją, w zakresie w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu województwa świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 ww. ustawy, przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest podmiotem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W myśl tego przepisu (w zakwestionowanym brzmieniu) podmioty tworzące, w tym jednostki samorządu terytorialnego, są zobowiązane pokryć stratę netto swoich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku gdy same podmioty lecznicze nie są w stanie jej pokryć. W praktyce trudno byłoby ustalić, jaka część straty netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powstała w wyniku obowiązków nałożonych na nie, co Trybunał Konstytucyjny zakwalifikował jako obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a jaka w wyniku nieprawidłowego zarządzania. Przepis w zaproponowanym brzmieniu daje podmiotowi tworzącemu, w tym jednostce samorządu terytorialnego, możliwość (w miejsce obowiązku) pokrycia straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a jednocześnie będzie stanowił podstawę prawną (o charakterze fakultatywnym) do przekazania środków finansowych samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej na ten cel. Pokrycie straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (obligatoryjne albo fakultatywne) przez podmiot tworzący ma charakter wtórny i posiłkowy. Pierwotnie do pokrycia swojej straty netto jest zobowiązany sam samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, co jednoznacznie wynika z brzmienia art. 59 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto w art. 4 projektu ustawy wprowadza się przedłużenie obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) do dnia 30 czerwca 2022 r. Proponowane rozwiązanie jest uzasadnione z uwagi na szczególne warunki funkcjonowania opieki zdrowotnej w okresie trwającej pandemii COVID-19 i konieczność zapewnienia

stabilnych warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz dostępu do nich. Dodatkowo za przedłużeniem okresu obowiązywania obecnego wykazu przemawia również konieczność zmiany modelu organizacji, funkcjonowania i finansowania szpitali i wdrożenie nowych rozwiązań systemowych bez konieczności dokonywania zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym znowelizowano przepis art. 2 ustawy dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 616) stanowiący, że ww. wykazy obowiązują do dnia 31 grudnia 2021 r., a kolejna kwalifikacja świadczeniodawców do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej powinna się odbyć do dnia 1 października 2021 r. W ww. przepisie uchylono ustęp 1 oraz dokonano zmiany terminu obowiązywania ww. wykazów z dnia 31 grudnia 2021 r. na dzień 30 czerwca 2022 r. (art. 4 projektu ustawy). Uchylenie przepisu określającego termin ogłoszenia nowych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynika z faktu, że w przypadku wydłużenia obowiązywania pierwszego wykazu do dnia 30 czerwca 2022 r., będzie miał zastosowanie przepis art. 95n ust. 2 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym nowe wykazy ogłasza się do dnia 27 marca, z terminem obowiązywania od dnia 1 lipca.

Projekt przewiduje, że ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt ustawy będzie miał wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców. Podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami prowadzącymi szpitale obecnie zakwalifikowane do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej uzyskają przedłużenie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na dotychczasowych warunkach o kolejne 6 miesięcy.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych 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) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Nazwa projektu

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu

Sławomir Gadomski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Wojciech Czwakiel – Dyrektor Departamentu Budżetu i Finansów,
tel. (22) 634 98 19, w.czwakiel@mz.gov.pl

Michał Misiura – Zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa,
tel. (22) 530 02 84, m.misiura@mz.gov.pl

Data sporządzenia

29.07.2021 r.

Źródło:

Inicjatywa Ministra Zdrowia

Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów

UD254

OCENA SKUTKÓW REGULACJI**1. Jaki problem jest rozwiązywany?**

Mając na uwadze potrzebę stałego dążenia do optymalizacji systemu ochrony zdrowia w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, zwiększenia wynagrodzeń kadr medycznych, unowocześniania i modernizacji infrastruktury w placówkach opieki zdrowotnej oraz rozwoju nowoczesnych technologii w służbie zdrowia, została zidentyfikowana potrzeba zwiększenia wysokości środków publicznych przeznaczanych corocznie na finansowanie ochrony zdrowia.

W chwili obecnej minimalny poziom nakładów na ochronę zdrowia w danym roku określa art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292), która gwarantuje wzrost nakładów na ochronę zdrowia do wysokości 6% PKB do 2024 r. i w latach kolejnych.

Ponadto istnieje również pilna potrzeba zapewnienia stabilnych warunków funkcjonowania szpitali w okresie epidemii i zapewnienia dostępu do świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

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

Celem projektu jest:

- 1) przyspieszenie osiągnięcia dotychczas określonego poziomu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6% produktu krajowego brutto (PKB) już w 2023 r.;
- 2) określenie ścieżki dalszego wzrostu minimalnych wartości przedmiotowych nakładów aż do osiągnięcia poziomu 7% PKB w 2027 r.

Dzięki tym zmianom od 2022 r. nastąpi zwiększenie wysokości środków publicznych przeznaczanych corocznie na finansowanie ochrony zdrowia w stosunku do poziomów zakładanych w obecnej ustawie, co pozwoli na zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zwiększenie wynagrodzeń kadr medycznych, unowocześnianie i modernizację infrastruktury w placówkach opieki zdrowotnej oraz rozwój nowoczesnych technologii w tym obszarze. Dodatkowo wprowadza się zmiany rozszerzające uprawnienia Ministra Zdrowia związane z przekazywaniem Narodowemu Funduszowi Zdrowia (NFZ) dotacji podmiotowej. Dotychczasowe przepisy pozwalały na zaplanowanie tej dotacji wyłącznie na etapie planowania budżetu na dany rok. Wprowadzane zmiany pozwalają na przekazanie NFZ w formie dotacji podmiotowej lub jako zasilenie funduszu zapasowego środków, które zostaną zidentyfikowane jako oszczędności także na etapie realizacji budżetu. W celu umożliwienia pełnego wykorzystania w powyższy sposób stwierdzonych oszczędności wprowadza się przepisy umożliwiające Ministrowi Zdrowia za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych dokonywanie zmian w planie wydatków polegających na przeniesieniu środków pomiędzy działami budżetu państwa, w ramach części budżetowej, którą dysponuje.

Jednocześnie w art. 50 w ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305 i 1236) proponuje się dodanie pkt 9, pozwalającego na wyłączenie wydatków w części budżetu państwa „zdrowie” oraz w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa, ze stosowania przepisów ust. 1a–1c, 4 i 5 tego artykułu, analogicznie do tego, jak ma to miejsce m.in. w przypadku wydatków przeznaczanych na obronę narodową.

Wprowadza się także zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711). Zmiany w zaproponowanym brzmieniu dają podmiotowi tworzącemu, w tym jednostce samorządu terytorialnego, możliwość (w miejsce obowiązku) pokrycia straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a jednocześnie będą stanowiły podstawę prawną (o charakterze fakultatywnym) do przekazania środków finansowych samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej na ten cel.

Ponadto w art. 4 projektu ustawy wprowadza się przedłużenie obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) do dnia 30 czerwca 2022 r. Proponowane rozwiązanie jest uzasadnione z uwagi na szczególne warunki funkcjonowania opieki zdrowotnej w okresie trwającej pandemii COVID-19 i konieczność

zapewnienia stabilnych warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz dostępu do nich. Dodatkowo za przedłużeniem okresu obowiązywania obecnego wykazu przemawia również konieczność zmiany modelu organizacji, funkcjonowania i finansowania szpitali i wdrożenie nowych rozwiązań systemowych bez konieczności dokonywania zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym znowelizowano przepis art. 2 ustawy dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 616) stanowiący, że ww. wykazy obowiązują do dnia 31 grudnia 2021 r., a kolejna kwalifikacja świadczeniodawców do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej powinna się odbyć do dnia 1 października 2021 r. W ww. przepisie uchylono ustęp 1 oraz dokonano zmiany terminu obowiązywania ww. wykazów z dnia 31 grudnia 2021 r. na dzień 30 czerwca 2022 r. (art. 4 projektu ustawy). Uchylenie przepisu określającego termin ogłoszenia nowych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynika z faktu, że w przypadku wydłużenia obowiązywania pierwszego wykazu do dnia 30 czerwca 2022 r., będzie miał zastosowanie przepis art. 95n ust. 2 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym nowe wykazy ogłasza się do dnia 27 marca, z terminem obowiązywania od dnia 1 lipca.

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. W modelu Beveridge'a 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 modelu Bismarcka środki finansowe pochodzą ze składek odprowadzanych przez pracowników i pracodawców, naturalnym elementem systemu jest współpłacenie pacjentów oraz finansowanie świadczeń przez kasy chorych (lub analogiczne do nich instytucje ubezpieczenia zdrowotnego) i udzielanie świadczeń przez świadczeniodawców publicznych i prywatnych. W praktyce coraz częściej mamy do czynienia z systemami mieszanymi. Również model stosowany w Rzeczypospolitej Polskiej 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 przez skrócenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
Podmioty lecznicze	ok. 27 200, w tym podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami, które zawarły z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych	Rejestry Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz NFZ	umożliwienie udzielania większej liczby świadczeń gwarantowanych
Centrala oraz oddziały wojewódzkie NFZ	17	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	– zwiększenie dostępnych środków finansowych; – umożliwienie kontraktowania większej liczby świadczeń gwarantowanych
Minister Zdrowia	1	własne	zwiększenie zakresu możliwych do wdrożenia rozwiązań systemowych w związku z dysponowaniem większymi środkami

Swiadczeniodawcy działający w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	583	wykazy świadczeniodawców działających w systemie zabezpieczenia	wydużenie o 6 miesięcy działania podmiotów w ramach tzw. sieci szpitali, bez konieczności kolejnej ich kwalifikacji
--	-----	---	---

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

Z uwagi na jednoznacznie pozytywny charakter projektu, stanowiący realizację zgłaszanych w ostatnich latach postulatów społecznych, odstąpiono od konsultacji publicznych i opiniowania w celu umożliwienia uchwalenia projektowanych zmian w terminie pozwalającym na ich implementację przy pracach związanych z opracowaniem projektu ustawy budżetowej na 2022 r.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											Łącznie (0-10)	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Dochody ogółem													
NFZ/budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem	0	4.648	4.932	5.253	13.865	23.383	30.739	32.244	33.749	35.254	36.759	220.827	
NFZ/budżet państwa	0	4.648	4.932	5.253	13.865	23.383	30.739	32.244	33.749	35.254	36.759	220.827	
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem	0	-4.648	-4.932	-5.253	-13.865	-23.383	-30.739	-32.244	-33.749	-35.254	-36.759	-220.827	
NFZ/budżet państwa	0	-4.648	-4.932	-5.253	-13.865	-23.383	-30.739	-32.244	-33.749	-35.254	-36.759	-220.827	
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania
Zgodnie z metodologią szacowania nakładów na ochronę zdrowia wydatki będą finansowane w pierwszej kolejności ze zwiększonych przychodów NFZ. W chwili obecnej nie jest możliwe oszacowanie niezbędnego poziomu wydatków budżetu państwa, gdyż ich ostateczne wartości będą uzależnione od kształtowania się pozostałych składowych nakładów na ochronę zdrowia, w tym zwłaszcza wysokości przychodów NFZ z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. Uwzględniając powyższe, teoretycznie maksymalna wysokość wydatków budżetu państwa w 2022 r. wynieść może 4,6 mld zł, a minimalna 0 zł.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń
Skutki finansowe wejścia w życie ustawy stanowią różnicę między nakładami wynikającymi z obowiązującej ustawy, w której przyjęto następujące wskaźniki Produktu Krajowego Brutto (PKB) roku planistycznego: w 2021 r. – 5,30% PKB, w 2022 r. – 5,55% PKB, w 2023 r. – 5,80% PKB, a w latach 2024–2032 – 6,00% PKB, a wskaźnikami projektowanymi w niniejszym projekcie ustawy, tj.:
w 2021 r. – 5,30% PKB, w 2022 r. – 5,75% PKB, w 2023 r. – 6,00% PKB, w 2024 r. – 6,20% PKB, w 2025 r. – 6,50% PKB, w 2026 r. – 6,80% PKB, a w latach 2027–2031 – 7,00% PKB.
Wyliczenia oparto na danych dotyczących nominalnego tempa wzrostu PKB oszacowanego i przekazanego na podstawie prognozy makroekonomicznej Ministerstwa Finansów na lata 2021–2024 oraz tendencji liniowej wzrostu PKB na lata 2025–2031.
Wskazane w tabeli wartości określają maksymalne zwiększenie wydatków budżetu państwa związanych z projektowanymi zmianami, co nie jest tożsame z automatycznym zwiększeniem wydatków budżetu o te kwoty.

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

Czas w latach od wejścia w życie zmian	Skutki						Łącznie (0-10)
	0	1	2	3	5	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 ustawy nie będzie miał wpływu na działalność dużych przedsiębiorców.																		
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt ustawy będzie miał wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców. Podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami prowadzącymi szpitale obecnie zakwalifikowane do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej uzyskają przedłużenie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na dotychczasowych warunkach o kolejne 6 miesięcy.																		
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe, a także osoby starsze i niepełnosprawne	Wprowadzenie projektowanych regulacji wpłynie na zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych, poprawę jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a w efekcie wyższy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, w tym osób niepełnosprawnych i starszych. Wzrost poziomu wynagrodzeń kadr medycznych i ich rodzin.																		
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																				
<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 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 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 checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy										
9. Wpływ na rynek pracy																				
Podejmowane działania wpłyną na poziom zarobków pracowników systemu ochrony zdrowia, co w efekcie przyczynić się ma do wzrostu satysfakcji pracowników oraz wzrostu zainteresowania zatrudnieniem w systemie ochrony zdrowia.																				
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 checked="" type="checkbox"/> zdrowie						
Omówienie wpływu																				
Wprowadzenie projektowanych regulacji ma mieć przełożenie na zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych, poprawę jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a w efekcie wyższy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, w tym osób niepełnosprawnych i starszych.																				

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przepisy ustawy wejdą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

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

Przepisy projektu ustawy mają być stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu.

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

Brak.