



Warszawa, 25 kwietnia 2018 r.

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

(druk nr 785)

I. Cel i przedmiot ustawy

Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy jej celem jest efektywność wydatkowania środków publicznych i racjonalizacja nakładów na inwestycje w ochronie zdrowia. Zmiany przyjęte w nowelizacji dotyczą materii związanej z oceną potrzeb zdrowotnych (dział IVa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Do oceny tych potrzeb służą mapy potrzeb zdrowotnych (Mapy Regionalne i Mapa Ogólnopolska), na podstawie których opracowuje się programy polityki zdrowotnej. Podstawą ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej są Mapy Regionalne. Wprowadzenie powyższych zasad, ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138) miało na celu rozpoznawanie i uwzględnianie specyfiki potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia społeczności lokalnych oraz stanu i wykorzystania zasobów danego obszaru objętego Mapami. W dotychczasowym stanie prawnym w treści map potrzeb zdrowotnych brano pod uwagę wykonywanie działalności leczniczej w trzech zakresach: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Ustawodawca, kierując się doświadczeniami wynikającymi z praktyki stosowania tych uregulowań, w niniejszej nowelizacji rozszerza zakres działalności podmiotów leczniczych, a tym samym dopuszczalny zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. W tym celu zmianie podlegają przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w części dotyczącej, nadal wymaganej, oceny celowości przewidywanej inwestycji, ale z rozszerzeniem dopuszczalnego jej zakresu. Znosi się także dotychczas obowiązujący próg wartości dla planowanej inwestycji.

Nowelizacja różnicuje ponadto wysokość opłaty za złożenie wniosku o wydanie w/w opinii, przyjmując, że wynosi ona 2 tys. zł dla inwestycji o wartości poniżej 1 mln zł., zaś dla inwestycji o wartości od 1 mln zł, obejmującej jedną dziedzinę medycyny, opłata wynosi 4 tys. zł i podlega zwiększaniu w zależności od stopnia jej złożoności.

Przewidziano także obowiązek uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji przez podmiot leczniczy, jeżeli ubiega się on o dotację przeznaczoną na remont lub zakup aparatury, udzielaną przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę.

Wprowadzono także przepisy dotyczące nakładów na ochronę zdrowia, limitów wydatków z budżetu państwa w latach 2018–2027, a także minimalnego poziomu zwiększenia liczby etatów w organach wydających opinie.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

II. Przebieg prac legislacyjnych

Rządowy projekt ustawy wpłynął do Sejmu 14 marca 2018 r. jako druk sejmowy nr 2347 i został skierowany do prac w Komisji Zdrowia. Sprawozdanie z prac Komisji Zdrowia zawiera druk sejmowy nr 2407. Treść przyjętego projektu zasadniczo nie różni się od przedłożenia rządowego, zmiany mają charakter porządkujący, najistotniejsza z nich obejmuje redakcję przepisu regulującego opłaty za wnioski o wydanie opinii o celowości inwestycji.

Drugie czytanie projektu ustawy odbyło się na 61. posiedzeniu Sejmu. Ponieważ nie zostały złożone poprawki, na tym samym posiedzeniu Sejmu przystąpiono do trzeciego czytania.

Za przyjęciem ustawy oddano 231 głosów, przeciw 168, wstrzymało się 13 osób.

Ustawa nie budzi zastrzeżeń legislacyjnych.

Bożena Langner

Główny legislator