

## 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 2019 r. poz. 1373) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 131c:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 7,20% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2020-2023 nie może być niższa niż:

- 1) 5,90% produktu krajowego brutto w 2020 r.;
- 2) 6,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
- 3) 6,80% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
- 4) 7,10% produktu krajowego brutto w 2023 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, skorygowanej o prognozowany wzrost produktu krajowego brutto, wpisany do uzasadnienia ustawy budżetowej.”

b) po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Wartość produktu krajowego brutto, o którym mowa w ust. 1, oblicza się według wzoru:

$$PKB = PKB' * dPKB_1 * dPKB_0$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

PKB - produkt krajowy brutto;

PKB' - wartość określona 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;

dPKB<sub>1</sub> - prognozowana zmiana PKB przewidziana w uzasadnieniu ustawy budżetowej na rok poprzedzający wprowadzenie prognozy, o którym mowa w art. 131c ust. 1 pkt 1-4;

dPKB<sub>0</sub> - prognozowana zmiana PKB przewidziana w uzasadnieniu ustawy budżetowej na rok, w którym wprowadza się próg, o którym mowa w art. 131c ust. 1 pkt 1-4.”

**Art. 2.** Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po ogłoszeniu.

## UZASADNIENIE

### 1. Potrzeba i cel uchwalenia 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.

Obecna ustawa znowelizowana w 2018 roku przewiduje wzrost finansowania ochrony zdrowia do 6% PKB do 2023 roku. Polska należy do państw przeznaczających najmniej środków na ochronę zdrowia. Średnia publicznych wydatków dla krajów rozwiniętych gospodarczo na zdrowie to 6,7 proc. PKB. W Polskim systemie opieki zdrowotnej średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza wynosi ponad 3 miesiące. Czas oczekiwania na wizytę u endokrynologa wynosi 24 miesiące, w kolejce do kardiologa dziecięcego czeka się 12 miesięcy. Na 1000 mieszkańców Polski przypada średnio 2,4 lekarza – to najmniej w całej UE, gdzie średnia wynosi 3,8. Na 1000 mieszkańców przypada tylko 5 pielęgniarek.

Konieczne jest zatem zwiększenie nakładów na publiczną ochronę zdrowia. Lekarze-rezydenci postulują wzrost finansowania do 6,8% w ciągu 3 lat. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zamieściła w swojej petycji postulat osiągnięcia minimalnych publicznych nakładów na system ochrony zdrowia nie mniejszych niż 6,8 proc. PKB do końca 2021 r. oraz 9 proc. do końca 2030 r.

Aby jednak realnie skrócić kolejki do lekarzy, podnieść pensje pielęgniarkom, lekarzom-rezydentom czy ratownikom medycznym, proponuje się podniesienie nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 7,2 proc. PKB w perspektywie 2024 r.

### 2. Projektowane rozwiązania

Zmiana art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach zmierza do przyspieszenia tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia, w taki sposób, aby środki finansowe w wysokości nie niższej niż 7,2% produktu krajowego brutto były przeznaczane na ochronę zdrowia już od 2024 r.

Konsekwencją ww. zmiany jest wzrost odsetka środków finansowych w stosunku do produktu krajowego brutto, jaka ma być przeznaczana na ochronę zdrowia, przez zagwarantowanie, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2020–2023 nie może być niższa niż:

- 1) 5,90% produktu krajowego brutto w 2020 r. (obecnie 5,03%);
- 2) 6,30% produktu krajowego brutto w 2021 r. (obecnie 5,30%);
- 3) 6,80% produktu krajowego brutto w 2022 r. (obecnie 5,55%);
- 4) 7,10% produktu krajowego brutto w 2023 r. (obecnie 5,80%).

Zmianie podlega również sposób obliczania produktu krajowego brutto na potrzeby ustawy. Rozwiązanie to jest proponowane w celu uniknięcia obniżania rzeczywistego odsetka finansowania poprzez użycie danych w dwóch lat przed obowiązywaniem przepisów z art. 131c ust. 1 pkt 1-4. Proponuje się, by dotychczas stosowana wartość, określona w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (dalej: „Prezesa GUS”) wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, była skorygowana o wskaźnik wzrostu produktu krajowego brutto wskazane w uzasadnieniu projektu ustawy budżetowej. Dla roku 2019 taki wskaźnik wynosi 1,038 a dla roku 2020: 1,037. To oznacza, wartość PKB podana w obwieszczeniu Prezesa GUS dla roku 2018 zostanie pomnożona przez 1,038 i 1,037. W ten sposób zostanie ustalona wartość PKB dla roku 2020. Sposób obliczania wartości PKB dla lat następnych będzie opierał się na tych samych zasadach.

### **3. Źródła finansowania**

Należy przypomnieć, że przedmiotowy wzrost finansowania był przewidziany w ograniczonym zakresie przez ustawę z dnia z dnia 5 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r. poz. 1532). Źródła finansowania należy zatem opisać w zakresie różnicy pomiędzy obecnym a proponowanym stanem prawnym. Zmiana wynosi maksymalnie 1,3 pkt. proc. PKB (dla roku 2023 roku).

Wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia nie musi odbyć się kosztem wynagrodzeń netto polskich pracowników, dlatego w prezentowanym projekcie nie przewiduje się podniesienia składki na Narodowy Fundusz Zdrowia. 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.

Proponowane zmiany można sfinansować z kilku źródeł: z dochodów budżetu z akcyzy oraz z oszczędności wynikających z rezygnacji z kilku bardzo kosztownych, a przy tym niezupełnie koniecznych wydatków. Zgodnie z polityką rządu akcyza od używek (alkoholu, papierosów, płynu do papierosów elektronicznych oraz tzw. nowatorskich wyrobów tytoniowych) w następnych latach będzie wyższa niż w obecnym stanie prawnym, a dodatkowe przychody powinny być przeznaczone na opiekę zdrowotną.

Zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia może się odbyć także dzięki odpowiedniej priorytetyzacji wydatków budżetowych. W najbliższych latach środki na podniesienie publicznych nakładów na ochronę zdrowia można pozyskać m.in. poprzez zmniejszenie zbędnych wydatków, np. dzięki rezygnacji z widowiskowych projektów takich jak budowa Centralnego Portu Komunikacyjnego (4,3 mld zł oszczędności) czy rozbudowa elektrowni Ostrołęka (co najmniej 1,2 mld zł oszczędności).

#### **4. Oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej i braku obowiązku przedstawienia projektu instytucjom Unii Europejskiej**

W ocenie projektodawcy przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

#### **5. Brak obowiązku notyfikacji zgodnie z przepisami dotyczącymi funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych**

Projektowana ustawa nie podlega procedurze notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach dotyczących funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych, ponieważ nie zawiera przepisów technicznych.

Projektowany akt prawny nie był przedstawiany instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia.

#### **6. Wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.**

Proponowana ustawa nie wpływa bezpośrednio na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców. Pośrednio wpływa na wzrost wydajności pracy i zwiększenie przychodów.

## **7. Konsultacje społeczne**

Proponowany projekt nie był dotychczas poddawany konsultacjom społecznym.