



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPL.140.10.2018.ML

Warszawa, 13 marca 2018 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

przekazuję przyjęte przez Radę Ministrów stanowisko wobec
obywatelskiego projektu ustawy

**- o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych (druk nr 2212).**

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia
do reprezentowania Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

Z poważaniem

(-) Mateusz Morawiecki

STANOWISKO RZĄDU

do obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(druk nr 2212)

Deklarowanym celem obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia.

Projekt zakłada dodanie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) działu Va „Finansowanie ochrony zdrowia”, który uwzględnia zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 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.

Środki, o których mowa wyżej, 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 Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, 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, ujęte w planie finansowym Funduszu Pracy.

Zgodnie z rozwiązaniem zaproponowanym w projekcie środki finansowe, stanowiące różnicę pomiędzy danym rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznacza się na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Funduszu, świadczeń gwarantowanych określanych corocznie w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Należy podkreślić, że z dniem 1 stycznia 2018 r. weszła w życie ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych (Dz. U. poz. 2434), zwana dalej „ustawą z dnia 24 listopada 2017 r.”, która swoim zakresem reguluje m.in. kwestie zawarte w projekcie obywatelskim.

Zgodnie z dodanym ww. ustawą działem Va „Finansowanie ochrony zdrowia” zakłada się zwiększenie finansowania ochrony zdrowia do 6% PKB, z zastrzeżeniem, iż wysokość 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.

W obowiązującej ustawie z dnia 24 listopada 2017 r., w odróżnieniu od projektu obywatelskiego, precyzyjniej określone zostały środki, które zaliczają się do wydatków na ochronę zdrowia i zostały zdefiniowane w sposób następujący:

- 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa oraz wydatki budżetowe w innych działach budżetu państwa przeznaczone na finansowanie składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- 3) koszty Funduszu ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem środków z budżetu państwa;
- 4) koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych.

Skutki finansowe proponowanych zmian są zaniżone (zdaniem autorów projektu ustawy w latach 2018–2021 (w oryginale 2018–2011) obciążenia budżetu państwa z tego tytułu wynosić będą od ok. 7 do 12 mld zł i będą maleć w latach kolejnych). Skutki finansowe wynikają bowiem: (1) z modyfikacji obecnego sposobu obliczania nakładów na finansowanie ochrony zdrowia – projekt wyłącza ze wskaźnika składki na ubezpieczenie zdrowotne ujęte w dziale „ochrona zdrowia” oraz (2) ze zwiększenia relacji nakładów na zdrowie do PKB. Głównym czynnikiem wzrostu (i prawdopodobnie niedoszacowania) jest zwiększenie udziału wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB.

W ustawie z dnia 24 listopada 2017 r. zawarto również rozwiązanie identyczne z zaproponowanym w projekcie, iż środki finansowe, stanowiące różnicę pomiędzy danym

rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznacza się na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Funduszu świadczeń gwarantowanych określanych corocznie w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zasadniczą regulacją, która różni ww. projekt od ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. jest art. 131c ust. 1, stanowiący o wysokości nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia w poszczególnych latach.

Projekt obywatelski generuje znaczące ryzyko naruszenia regulacji związanych z członkostwem Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej dotyczących dyscypliny finansowej.

Zgodnie z zasadami finansów publicznych polska polityka budżetowa jest prowadzona z uwzględnieniem ograniczeń zawartych w przepisach prawa krajowego i unijnego, obejmujących:

- 1) górny limit wydatków budżetu państwa, który jest ustalany na rok przyszły na podstawie stabilizującej reguły wydatkowej zapisanej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, z późn. zm.),
- 2) respektowanie wartości referencyjnych dla deficytu nominalnego (3% PKB) i długu (60% PKB) sektora instytucji rządowych i samorządowych (zwanego dalej sektorem) oraz realizację tzw. średniookresowego celu budżetowego.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) zobowiązuje w art. 126 ust. 1 państwa członkowskie Unii Europejskiej do unikania nadmiernego, tj. przekraczającego 3% PKB deficytu nominalnego sektora. Obowiązek ten został doprecyzowany w *rozporządzeniu Rady (WE) nr 1467/97 z dnia 7 lipca 1997 r. w sprawie przyspieszenia i wyjaśnienia procedury nadmiernego deficytu*, które tworzy tzw. część korygującą *Paktu Stabilności i Wzrostu*. Z kolei *rozporządzenie Rady nr 1466/97/WE z dnia 7 lipca 1997 r. w sprawie wzmocnienia nadzoru pozycji budżetowych oraz nadzoru i koordynacji polityk gospodarczych* zobowiązuje państwa członkowskie Unii Europejskiej do sformułowania i osiągnięcia w określonym czasie tzw. średniookresowego celu budżetowego (MTO). Przestrzeganie MTO ma m.in. zapobiec wzrostowi deficytu nominalnego sektora powyżej 3% PKB (stąd też rozporządzenie to nazywa się częścią prewencyjną *Paktu Stabilności i Wzrostu*). W przypadku przekroczenia powyższych wartości, na podstawie ww. przepisów uruchamiana jest procedura nadmiernego deficytu, a sankcją może być zawieszenie zobowiązania lub płatności dla danego kraju z unijnych funduszy strukturalnych i inwestycyjnych.

W ustawie budżetowej na 2018 r. prognozuje się, iż deficyt sektora instytucji rządowych i samorządowych w 2018 r. wyniesie 2,7% PKB. Zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia o 0,53 pkt. proc. PKB może skutkować przekroczeniem wartości referencyjnej dla deficytu

nominalnego sektora instytucji rządowych i samorządowych, która została określona w Pakcie Stabilności i Wzrostu i wynosi 3%. Konsekwencją tego z kolei może być objęcie procedurą nadmiernego deficytu.

Pakt Stabilności i Wzrostu nakłada na Rzeczpospolitą Polską dodatkowo konieczność realizowania ścieżki dostosowawczej dla osiągnięcia średniookresowego celu budżetowego (w Rzeczypospolitej Polskiej jest nim deficyt strukturalny 1% PKB) i kontrolowania realnego tempa wzrostu wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych.

Niezbędne jest więc ograniczenie tempa wzrostu wydatków sektora finansów publicznych w 2018 r. i kolejnych latach. W przeciwnym razie Polsce grozi rozpoczęcie procedury znaczącego odchylenia, co spowoduje, że dany kraj w ciągu 3-5 miesięcy powinien wdrożyć działania zmniejszające deficyt strukturalny o 0,5% PKB (art. 6 i art. 10 rozporządzenia Rady nr 1466/97/WE z dnia 7 lipca 1997 r. w *sprawie wzmocnienia nadzoru pozycji budżetowych oraz nadzoru i koordynacji polityk gospodarczych*). W naszym państwie odpowiadałoby to konieczności redukcji deficytu strukturalnego o 10 mld zł. Istotną konsekwencją byłoby też pogorszenie pozycji kraju w Unii Europejskiej (także w kontekście dyskusji o nowej perspektywie finansowej po 2020 r.).

W 2018 r. projekt obywatelski przewiduje wzrost nakładów większy o 0,53 pkt proc. PKB w stosunku do obecnych regulacji (4,67% vs 5,2%), a więc zakłada znaczny wzrost wydatków z budżetu państwa, co spowodowałoby konieczność nowelizacji ustawy budżetowej na 2018 r. Z uwagi na limit środków wynikający ze stabilizującej reguły wydatkowej, zwiększenie środków na ochronę zdrowia wiązałoby się z koniecznością ograniczenia wydatków na realizację innych zadań, czy też adekwatnego zwiększenia dochodów z tytułu podatków lub składek na ubezpieczenia społeczne.

W kolejnych latach proponowane wzrosty nakładów na zdrowie wiązałyby się również z dalszym ograniczeniem przestrzeni na realizację innych wydatków.

W związku z powyższym, Rada Ministrów negatywnie opiniuje obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.