



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja

Druk nr 2212

Warszawa, 25 stycznia 2018 r.

Panie i Panowie Posłowie
na Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej

Uprzejmie przekazuję wniesiony, na podstawie art. 118 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 2 i art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 24 czerwca 1999 r. o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli, a także na podstawie art. 32 ust. 1 regulaminu Sejmu, **obywatelski projekt ustawy**

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt ustawy został wniesiony zgodnie z postanowieniami art. 7 ust. 2, art. 9 ust. 2 oraz art. 10 ust. 2 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli.

Do reprezentowania Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej – na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli – został wskazany dr Tomasz Dybek, a jako osoba uprawniona do jego zastępstwa został wskazany lek. Kacper Gajda.

MARSZAŁEK SEJMU

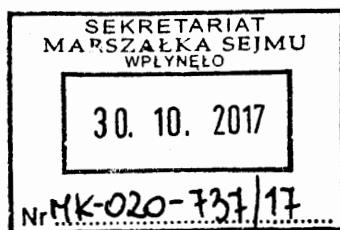
(-) Marek Kuchciński

Warszawa, 30.10.2017 roku

dr Tomasz Dybek
Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej
Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych
tel.

Szanowny Pan
Marek Kuchciński

Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

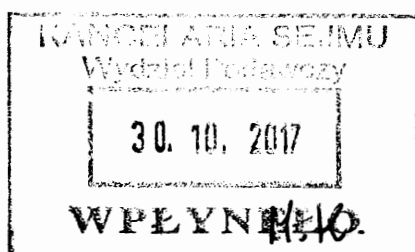


Szanowny Panie Marszałku,

Niniejszym, jako Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w załączeniu przedkładam: zawiadomienie o utworzeniu komitetu inicjatywy ustawodawczej, oświadczenie o powołaniu komitetu inicjatywy ustawodawczej, projekt ustawy, wzór tabeli, uzasadnienie projektu ustawy oraz podpisy obywateli popierający ten projekt w liczbie 8338.

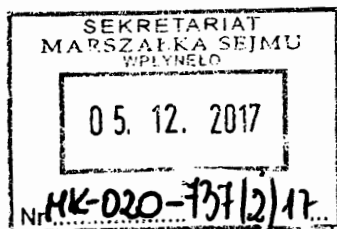
*Z wyrazami
szacunku*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tomasz Dybek'.



Warszawa, 05.12.2017 roku

dr Tomasz Dybek
Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej
Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
tel.



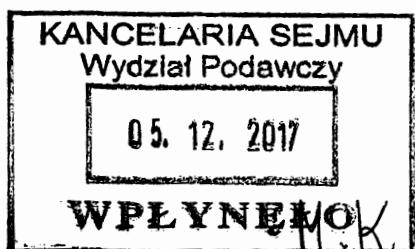
**Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej**

Marek Kuchciński

Niniejszym, jako Pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przedkładam 149048 podpisów (74 teczek) pod projektem Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projekt Ustawy oraz jego uzasadnienie.

Pełnomocnik Komitetu
dr Tomasz Dybek

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tomasz Dybek'.



PROJEKT

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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.):
po Dziale V dodaje się Dział Va w brzmieniu:

„Dział Va

Finansowanie ochrony zdrowia

Art. 131c. 1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznacza się corocznie środki finansowe w 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.;**

2. Środki, o których mowa w ust. 1, 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 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, ujęte w planie finansowym Funduszu Pracy.

3. Kryteria 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 przeznacza 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

1. Potrzeba i cel wydania 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. Środki te bezspornie są obecnie zbyt małe.

Obejmując ster rządów, podczas expose w dniu 18 listopada 2015 r. Prezes Rady Ministrów, pani Beata Szydło 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.

Wobec powyższego, 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 proc 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).

Zauważenia wymaga ponadto, iż konkurencyjna wysokość wynagrodzeń w innych krajach Unii Europejskiej prowadzi do odpływu pracowników medycznych, głównie lekarzy i pielęgniarek,

co ma również przełożenie na dostępność do świadczeń. Szacunki wskazują, że przy dzisiejszej zawartości tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych i obecnej demografii brakuje co najmniej ok. 30 mld zł rocznie. Przy czym zarówno trend demograficzny, jak i rozwój medycyny (nowe technologie medyczne w ww. koszyku) wymagają zwiększania podaży pieniądza w systemie.

2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana.

W chwili obecnej wysokość środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych warunkowana jest przede wszystkim wielkością budżetu NFZ. Budżet ten z kolei w dużej mierze zależny jest od aktualnej koniunktury gospodarczej, wzrasta w latach prosperity – przede wszystkim dzięki zwiększeniu wynagrodzeń pracowników oraz zmniejszaniu się bezrobocia.

Nie zmienia to jednak tego, iż nie ma automatycznego przełożenia wysokości produktu krajowego brutto w danym roku na wysokość środków, którymi dysponuje NFZ na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

3. Różnica pomiędzy dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym.

W projekcie ustawy przewiduje się wprowadzenie zasady, zgodnie z którą na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczać się będzie corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6,8% Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego, z zastrzeżeniem, iż wielkość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018 – 2020 nie może być mniejsza 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.;**

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 Funduszu, świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na każdy rok w drodze

rozporządzenia Ministra 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.

4. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne.

a) skutki społeczne

Skutkiem wprowadzonych zmian będzie polepszenie jakości opieki zdrowotnej, zmniejszenie emigracji zarobkowej pracowników tego sektora, zwiększenie dostępności do świadczeń, polepszenie stanu zdrowia społeczeństwa

b) skutki gospodarcze

Zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej wpłynie na polepszenie rentowności działalności leczniczej w Polsce, zwiększenie wynagrodzeń dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce, zwiększenie zatrudnienia w sektorze medycznym (również na skutek rezygnacji z emigracji zarobkowej przez personel medyczny)

c) skutki finansowe

Skutkami finansowymi projektowanej ustawy będzie przede wszystkim zwiększenie środków finansowych, którymi dysponować będzie płatnik- Narodowy Fundusz Zdrowia. Środki na ten cel pochodzą z dotacji przekazywanej z budżetu Państwa, co w efekcie wpłynie na zwiększenie środków wydatkowanych z budżetu na opiekę zdrowotną. Wysokość tej dotacji jest trudna do oszacowania, warunkowana bowiem będzie wysokością środków w NFZ, poziomem bezrobocia, wysokością wynagrodzeń w gospodarce.

Można szacować, że w latach 2018-2011 obciążenia budżetu Państwa z tego tytułu wynosić będą od ok. 7 do 12 mld złotych i będą maleć w latach kolejnych.

d) skutki prawne

Skutki prawne projektowanej ustawy sprowadzać się będą do ustawowego wprowadzenia limitu środków, które będą musiały być corocznie uwzględniane w ramach środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną.

Dodatkowo, koniecznym będzie coroczne wydawanie przez ministra Zdrowia rozporządzenia, określającego wykaz świadczeń gwarantowanych finansowanych na które przeznaczana będzie coroczna dotacja z budżetu Państwa, zgodnie z postanowieniami projektowanego art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Źródła finansowania.

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej do poziomu limitu określonego ustawą będzie realizowane w ramach dotacji przekazywanej corocznie z budżetu Państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. Założenia projektów podstawowych aktów wykonawczych.

Ustawa przewiduje wydanie jednego tylko aktu wykonawczego – rozporządzenia, które wydawać będzie Minister Zdrowia corocznie, określając sposób przeznaczenia dotacji przekazywanej zgodnie z ustawą do NFZ, przy uwzględnieniu zasad określonych ustawą. W efekcie tak wydany akt wykonawczy będzie musiał uwzględniać zwiększenie finansowania takiego zakresu świadczeń, które pozwolą na zrealizowanie zapisów ustawy.

7. Oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Warszawa dnia 22 października 2017 r.

Dr Tomasz Dybek

Pełnomocnik

Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej

Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Marszałek Sejmu RP

Ul. Wiejska 4/6/8

Zawiadomienie

o utworzeniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej *Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*

Niniejszym zawiadamiam o utworzeniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej *Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*

Adres siedziby Komitetu: *Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii Zarząd Krajowy; ul. Prószkowska 76 budynek 9; 45-758 Opole.*

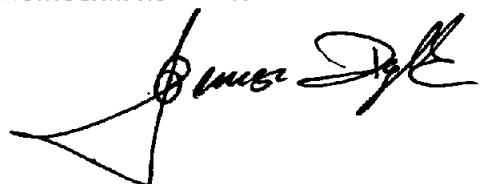
W załączeniu przekazuję: Oświadczenie o powołaniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej *Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, zawierające dane, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 24 czerwca 1999r o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli.

Pełnomocnikiem Komitetu jest : Tomasz Dybek,

Zastępcą Pełnomocnika Komitetu jest : Kacper Gajda,

W załączeniu przekazuję obywatelski projekt *Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz podpisy obywateli popierających ten projekt w liczbie 2338

Pełnomocnik Komitetu



POSTANOWIENIE NR 24
MARSZAŁKA SEJMU
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
z dnia 9 listopada 2017 r.

o przyjęciu zawiadomienia o utworzeniu Komitetu Inicjatywy
Ustawodawczej Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na podstawie art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 24 czerwca 1999 r. o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli (Dz. U. Nr 62, poz. 688 oraz z 2014 r. poz. 498) postanawiam o przyjęciu zawiadomienia o utworzeniu Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



MARSZAŁEK SEJMU

Marek Kuchciński



**SZEF
KANCELARII SEJMU**

BPSP-020-9(10)/17

Warszawa, 20 grudnia 2017 r.

Pan

Marek KUCHCIŃSKI

Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku,

Uprzejmie informuję, iż po wniesieniu w dniu 5 grudnia 2017 r. do Marszałka Sejmu, przez Pełnomocnika Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z załączonym wykazem podpisów obywateli udzielających poparcia przedłożonemu projektowi, Biuro Prawne i Spraw Pracowniczych sprawdziło czy projekt jest tożsamy z projektem przyjętym przez Marszałka Sejmu postanowieniem nr 24 z dnia 9 listopada 2017 r. oraz czy została złożona wymagana liczba podpisów.

Na podstawie § 8 ust. 1 i 2 zarządzenia Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 25 września 2000 r. w sprawie określenia trybu postępowania w Kancelarii Sejmu dotyczącego inicjatywy ustawodawczej obywateli powołano zespół liczący do sprawdzenia prawidłowości złożonych podpisów. Zespół w dniach od 13 do 15 grudnia 2017 r. dokonał następującego ustalenia: wykaz podpisów obywateli zawiera 16184 strony znajdujące się w 23 teczkach; ogółem zweryfikowano 113866 podpisów znajdujących się na pierwszych 11500 stronach (23 teczki), z których 111626 podpisów uznano za złożone prawidłowo, natomiast 2240 podpisów złożono wadliwie. Wobec powyższego uznać należy, że spełniony został wymóg złożenia co najmniej 100000 podpisów osób udzielających poparcia projektowi ustawy.

Przy sprawdzaniu prawidłowości udzielenia poparcia projektowi ustawy badano czy dostarczone wykazy podpisów spełniają wymogi zawarte w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 24 czerwca 1999 r. o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli (Dz. U. Nr 62, poz. 688 z późn. zm.), tj. czy zawierają: imię (imiona), nazwisko, adres zamieszkania (ze wskazaniem nazwy miejscowości, nazwy ulicy, numeru domu oraz numeru mieszkania), a także numer ewidencyjny PESEL i podpis osoby udzielającej poparcia projektowi ustawy. Ponadto sprawdzano, czy każda strona wykazu zawiera nazwę Komitetu oraz tytuł projektu ustawy, której obywatel udziela poparcia.

Na podstawie przeprowadzonych czynności ustalono, iż projekt wraz załączonymi wykazami podpisów został złożony w przewidzianym ustawowo terminie, treść przedłożonego projektu nie została zmieniona w stosunku do projektu przyjętego przez Marszałka Sejmu w dniu 9 listopada 2017 r., a do projektu załączono wymaganą liczbę prawidłowo złożonych podpisów osób udzielających poparcia projektowi ustawy. Wobec powyższego, zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy o wykonywaniu inicjatywy ustawodawczej przez obywateli, istnieje podstawa do skierowania projektu ustawy do pierwszego czytania w Sejmie i zawiadomienia o tym Pełnomocnika Komitetu.

Z poważaniem

SZEF KANCELARIJ SEJMU

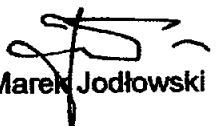

Agnieszka Kaczmarek

STANOWISKO Nr 3/18/P-VII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 stycznia 2018 r.

**w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, po zapoznaniu się z obywatelskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nadesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 10 stycznia 2018 r., znak: GMS-WP-173-19/18 popiera rozwiązania zawarte w przedmiotowym projekcie.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podtrzymuje pozytywną ocenę rozwiązań zawartych w projekcie ustawy, wyrażoną w apelu Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 8/17/P-VII z dnia 27 października 2017 r.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz



**PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**
Maciej Hamankiewicz

NRL/ZRP/WI/39/ 106 /18

Warszawa, dnia 19.01.2018 r.

SEKRETARIAT Z-CY SZEFA KS

L. dz.

Data wpływu *24.01.2018a*

Pan

Adam Podgórski

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

W związku z pismem z dnia 10 stycznia 2018 r., znak: GMS-WP-173-19/18, w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przesyłam w załączeniu stanowisko Nr 3/18/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 stycznia 2018 r.

z wyrazami szacunku

PREZES
Naczelnej Rady Lekarskiej
Maciej Hamankiewicz

Warszawa, 10 stycznia 2018 r.

BAS-WAPM-23/18

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie stwierdzenia – w trybie art. 95a ust. 3 regulaminu Sejmu – czy obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej: Tomasz Dybek) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej

Przedłożony do zaopiniowania projekt ustawy zmierza do nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.), zwanej dalej „ustawą”. Projekt wprowadza zasadę, zgodnie z którą na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa będą przeznaczane corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6,8 % PKB z roku poprzedniego, z zastrzeżeniem, że wielkość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018-2020 nie może być mniejsza niż: 5,2 % PKB z roku poprzedniego w 2018 r., 5,7% PKB z roku poprzedniego w 2019 r. oraz 6,2% PKB z roku poprzedniego w 2020 r. (projektowany art. 131c ustawy). Środki finansowe odpowiadające wzrostowi nakładów na opiekę zdrowotną na dany rok, w porównaniu z rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności mają być przeznaczane na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia, gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na każdy rok w drodze rozporządzenia ministra zdrowia. Minister zdrowia określać ma świadczenia uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych, konieczność zapewnienia dostępności do nich osobom oczekującym na ich udzielenie oraz potrzeby zdrowotne dzieci, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych, osób w podeszłym

wieku oraz wnioski wynikające z mapy potrzeb zdrowotnych (proponowany art. 131d ustawy).

Projekt ustawy nie jest objęty przepisami prawa UE. Projekt ten nie zawiera przepisów mających na celu wykonanie prawa UE.

Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **nie jest** projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.

Akceptował:
Dyrektor
Biura Analiz Sejmowych


Wojciech Arndt

Warszawa, 10 stycznia 2018 r.

BAS-WAPM-22/18

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej: Tomasz Dybek)

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2012 r. poz. 32, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Przedłożony do zaopiniowania projekt ustawy zmierza do nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.), zwanej dalej „ustawą”. Projekt wprowadza zasadę, zgodnie z którą na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa będą przeznaczane corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6,8 % PKB z roku poprzedniego, z zastrzeżeniem, że wielkość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018-2020 nie może być mniejsza niż: 5,2 % PKB z roku poprzedniego w 2018 r., 5,7% PKB z roku poprzedniego w 2019 r. oraz 6,2% PKB z roku poprzedniego w 2020 r. (proponowany art. 131c ustawy). Środki finansowe odpowiadające wzrostowi nakładów na opiekę zdrowotną na dany rok, w porównaniu z rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności mają być przeznaczane na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia, gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na każdy rok w drodze rozporządzenia ministra zdrowia. Minister zdrowia ma określać świadczenia uwzględniając zasady i

sposób wydatkowania środków publicznych, konieczność zapewnienia dostępności do nich osobom oczekującym na ich udzielenie oraz potrzeby zdrowotne dzieci, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych, osób w podeszłym wieku oraz wnioski wynikające z mapy potrzeb zdrowotnych (proponowany art. 131d ustawy).

Zgodnie z projektem, ustawa ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2018 r., z zastrzeżeniem mocy wstecznej.

2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem

Przepisy unijne nie regulują materii stanowiącej przedmiot projektu ustawy.

3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej

Projekt ustawy nie jest objęty przepisami prawa UE.

4. Konkluzja

Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest objęty prawem UE.

Akceptował:
Dyrektor
Biura Analiz Sejmowych


Wojciech Arndt