



Medexpress, 2021-08-03 08:48

## 7 proc. PKB na zdrowie. Projekt ustawy skierowany do Sejmu



Fot. Getty Images/iStockphoto

**Rządowy projekt ustawy zakładający zwiększenie wysokości środków publicznych przeznaczonych corocznie na finansowanie ochrony zdrowia skierowany do Sejmu.**

Najważniejsze założenia ustawy:

- 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.

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.

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

Projekt: **TU**

Źródło: RCL