Uzasadnienie

Głównym celem projektowanej ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest pełna realizacja norm konstytucyjnych – art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, które zobowiązują władze publiczne do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez zwiększenie finansowania ochrony zdrowia.

Rozwiązaniem służącym realizacji powyżej wskazanych norm konstytucyjnych są regulacje wprowadzane w nowo dodawanych art. 131c i art. 131d do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938). Zgodnie z ich brzmieniem, na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczać się będzie corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto ustalanego w oparciu o wartość określoną na podstawie obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. poz. 1188 oraz z 2009 r. poz. 817), która w trakcie danego roku może zostać skorygowana, z zastrzeżeniem, iż wielkość 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.

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 Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na każdy rok w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw 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.

Podczas *expose* w dniu 18 listopada 2015 r. Prezes Rady Ministrów 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. 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 % 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 Rzecząpospolitą 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).

Wielkość środków publicznych i prywatnych przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD oraz wielkość środków publicznych i prywatnych przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD *per capita* przedstawiają wykres nr 1 i wykres nr 2.

**Wykres nr 1.** Wielkość środków publicznych i prywatnych przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD jako procent PKB w 2015 r.

*Źródło: Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle.*

**Wykres nr 2.** Wielkość środków publicznych i prywatnych *per capita* przeznaczanych przez poszczególne kraje OECD w 2015 r.

*Źródło: Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle.*

Ponadto zauważenia wymaga, iż zawartość tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych jest dziś określona w dysproporcji w stosunku do wielkości środków finansowych na jego realizację. Innymi słowy w ww. koszyku jest więcej świadczeń niż możliwe jest do sfinansowania ze środków publicznych przeznaczanych na służbę zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Przede wszystkim z niewystarczających środków i wskazanej dysproporcji wynikają takie patologie systemu, jak korzystanie z przywileju (znajomości), korupcja czy kolejki. W przypadku problemu kolejek według stanu na koniec 2016 r. świadczenia, do których dostępność wyrażana czasem oczekiwania była ograniczona, należą:

1. **w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** – najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych:
2. endokrynologicznych – mediana średniego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym przekraczała 200 dni,
3. chirurgii naczyniowej – mediana wynosiła 131 dni,
4. kardiologicznych – mediana wynosiła 106 dni,
5. gastroenterologicznych – mediana wynosiła 81 dni,
6. okulistycznych – mediana wynosiła 65 dni;
7. **w zakresie leczenia szpitalnego** – do oddziałów szpitalnych, do których oczekiwało najwięcej w skali kraju osób, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do oddziałów:
8. chirurgii urazowo-ortopedycznej – mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 151 dni,
9. otolaryngologicznych dla dzieci – mediana wynosiła 149 dni,
10. otolaryngologicznych – mediana wynosiła 144 dni,
11. neurochirurgicznych – mediana wynosiła 117 dni,
12. reumatologicznych – mediana wynosiła 74 dni;
13. **w zakresie rehabilitacji leczniczej** – czasy oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do jednych z najdłuższych – najtrudniej dostępne są świadczenia oddziału rehabilitacji i oddziału rehabilitacji narządu ruchu, dla których mediana średniego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym na oddział rehabilitacji przekracza 400 dni;
14. **w zakresie leczenia stomatologicznego** – do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia stomatologiczne, do których oczekiwało najwięcej w skali kraju osób, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do: poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni ortodontycznych, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni stomatologicznych i poradni protetyki stomatologicznej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 55 dni.

Jeżeli chodzi o trudności w dostępie do świadczeń do poradni i oddziałów dziecięcych, to analizując dostępność do komórek organizacyjnych udzielających świadczeń dzieciom, obserwuje się zakresy, w których czas oczekiwania dla dzieci zakwalifikowanych jako „przypadek stabilny” przekracza 3 miesiące. Są to komórki z zakresu:

1. **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:**
2. poradni genetycznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 224 dni,
3. poradni endokrynologicznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 181 dni,
4. poradni immunologicznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 165 dni,
5. poradni gastroenterologicznej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 108 dni;
6. **leczenia szpitalnego:**
7. oddziału otolaryngologicznego dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 149 dni,
8. oddziału chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 123 dni,
9. oddziału odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 97 dni,
10. oddziału urologicznego dla dzieci – mediana średniego czasu oczekiwania 94 dni.

W tym miejscu należy także zaznaczenia wymaga, iż w odniesieniu do świadczeń, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących, najdłuższe czasy oczekiwania dotyczą świadczeń:

1. **w zakresie soczewki (zaćma)** – w przypadku której dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 585 dni, przy jednoczesnej bardzo dużej liczbie oczekujących (540.667 osób);
2. **endoprotezoplastyki stawowej** – mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego 542 dni, a dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego 460 dni, przy jednocześnie bardzo dużej liczbie osób oczekujących (114.137 i 104.959 osób);
3. **świadczeń diagnostyki rezonansu magnetycznego** – 332.330 osób oczekujących przy medianie średniego czasu oczekiwania 193 dni, oraz **tomografii komputerowej** – 178.994 osób oczekujących przy medianie średniego czasu oczekiwania 70 dni;
4. **programów lekowych** – najwięcej osób i najdłużej oczekiwano na program leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową. Na liście oczekujących na ten program lekowy według stanu na koniec grudnia 2016 r. znajdowało się 9.788 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 43 dni dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Przedstawiając powyższe, przy analizie list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej należy również wziąć pod uwagę komórki organizacyjne oraz świadczenia, w przypadku których nastąpiła w okresie od grudnia 2015 r. do grudnia 2016 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób – analiza ta pokazuje, że jedynie w przypadku jednej listy (do poradni stomatologicznych) odnotowano spadek liczby osób oczekujących o 14.991 osób. W przypadku pozostałych, wzrost ten kształtuje się następująco:

1. **działy (pracownie) fizjoterapii** – wzrost o 86.449 osób;
2. **świadczenia rezonansu** – wzrost o 40.483 osoby;
3. **świadczenia tomografii** – wzrost o 27.613 osób;
4. **ośrodki rehabilitacji** – wzrost o 15.499 osób;
5. **pracownie endoskopii** – wzrost o 15.372 osoby;
6. **poradnie neurologiczne** – wzrost o 14.191 osób;
7. **poradnie endokrynologiczne** – wzrost o 11.795 osób;
8. **oddziały rehabilitacyjne** – wzrost o 11.657 osób;
9. **poradnie chorób zakaźnych** – wzrost o 10.775 osób.

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.

Proponowane zmiany w art. 97 i art. 116 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są bezpośrednią konsekwencją projektowanych zmian systemowych zawartych w dodanych art. 131c i art. 131d.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji z dniem 1 stycznia 2018 r.

Kwestie regulowane w projektowanej ustawie nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa nie ma bezpośredniego wpływu na mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców, jednakże zwiększenie środków finansowych na świadczenia gwarantowane przyczyni się do zwiększenia środków, które mogą otrzymać świadczeniodawcy, w tym ci, których zalicza się do tych trzech grup.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega on notyfikacji.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych, w stosunku do projektowanej regulacji, środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.