



ZASTĘPCA SZEFA  
KANCELARII SEJMU

*Adam Podgórski*

GMS-WP-173-381/16

Warszawa, dnia

29

grudnia 2016 r.

KANCELARIA  
Naczelnej Rady Adwokackiej

27. 12. 2016

wpłynęło

nr Ldz.

4749

Prezes

Naczelnej Rady Adwokackiej

Pan Jacek Trela

Szanowny Panie Prezesie

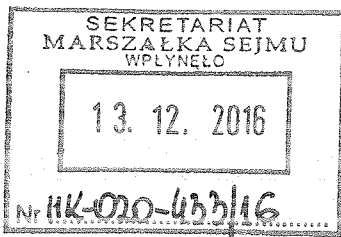
Z upoważnienia Marszałka Sejmu, uprzejmie przekazuję – w trybie art. 58 pkt 9 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. - Prawo o adwokaturze (Dz. U. z 2015 r. poz. 615 ze zm.) - poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Marek Ruciński), z prośbą o przedstawienie opinii.

Z poważaniem



Warszawa, dnia 12.12.2016 r.

Grupa Posłów na Sejm RP  
Klubu Poselskiego  
**.Nowoczesna**



Szanowny Pan  
**Marek Kuchciński**  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 32 ust. 2 Regulaminu Sejmu, niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy o zmianie ustawy:

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

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Marka Rucińskiego.

# U S T A W A

z dnia ..... 2016 r.

## **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 2015 r. poz. 581<sup>1</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 dodaje się punkt 37a w brzmieniu:

„37a) ponadstandardowe świadczenie zdrowotne rzeczowe - świadczenie opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, współfinansowane częściowo ze środków publicznych oraz w części obejmującej wyroby medyczne współfinansowane ze środków świadczeniobiorcy, udzielane na zasadach określonych w odrębnych przepisach;”;

2) dodaje się art. 13b w brzmieniu:

„Art. 13b. Minister zdrowia w drodze rozporządzenia określi zasady i poziom współfinansowania przez świadczeniobiorcę ponadstandardowego świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o którym mowa w art. 5 pkt. 37a, oraz określi wykaz świadczeń zdrowotnych rzeczowych objętych współfinansowaniem.”.

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie z upływem miesiąca od dnia ogłoszenia.

---

<sup>1</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1991, 1994, oraz Dz. U. z 2016 r. poz. 65, 652 i 960

## Uzasadnienie

### 1. Potrzeba i cel wydania ustawy.

Podstawowym celem projektu jest wprowadzenie do polskiego systemu prawnego możliwości współfinansowania przez świadczeniobiorców ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych rzeczowych.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej „ustawa”) określa warunki udzielania, zakres oraz zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca w art. 15 ustawy zapewnił, że świadczeniobiorcy, na zasadach określonych w ustawie, posiadają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Bezprecedensowy skok technologiczny dostrzegalny jest również w obszarze medycy i znajduje swe odzwierciedlenie także w zakresie współczesnej wiedzy medycznej. Tym samym stosowne wydaje się pytanie, czy świadczenia zdrowotne finansowane dzisiaj ze środków publicznych są w każdym przypadku wystarczające i odpowiadają w pełni wymogom powszechnie obowiązującego prawa.

Warto zauważyć, że pracujący w polskich szpitalach specjaliści inwestują w swe wykształcenie realizując szereg dodatkowych szkoleń i kursów, a zdobytą w ten sposób wiedzę i doświadczenie w obecnym stanie prawnym wykorzystują przede wszystkim w prywatnych gabinetach. Nie ulega wątpliwości, że wynika to głównie z kształtu obecnego koszyka świadczeń.

Jednocześnie, świadomość różnic pomiędzy standardowymi świadczeniami oferowanymi w ramach umów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej „NFZ”) przez świadczeniodawców, a tym, co proponują gabinety prywatne mają także pacjenci, którzy wielokrotnie dopytują o możliwość choćby częściowego współfinansowania ze środków publicznych ponadstandardowych świadczeń rzeczowych. W związku z brakiem takiej możliwości, godzą się ze standardami świadczeń oferowanych przez NFZ, bądź decydują się zapłacić wysoką cenę specjalistom świadczącym usługi prywatnie. Trudno jednak nie dostrzec faktu, że wszelkiego rodzaju odstępstwa od standardu, który jest oferowany przez NFZ, prywatne gabinety wyceniają bardzo wysoko. Ceny ponadstandardowych świadczeń rzeczowych stanowią często barierę nie do pokonania dla nawet średnio zamożnych Polaków.

Podsumowując, aktualny stan wiedzy medycznej skłonił do refleksji nad tym, czy obecne w medycynie od dłuższego czasu nowe technologie w połączeniu ze świetnym przygotowaniem merytorycznym lekarzy specjalistów odpowiadają faktycznym realiom koszyka świadczeń oferowanych przez NFZ. Tym samym warto zastanowić się nad tym czy

finansowane świadczenia w każdym przypadku mogą być uznane za wystarczające, a tym bardziej, czy mogą być konkurencyjne względem tych, oferowanych prywatnie.

To z kolei, w kontekście chociażby wysokich cen najnowocześniejszych wyrobów medycznych, stanowiło przyczynek do dyskusji nad możliwością częściowego współfinansowania pewnych świadczeń, przez świadczeniobiorców na ich życzenie, nie przekreślając możliwości korzystania ze świadczeń podlegających pełnemu finansowaniu ze środków publicznych. Proponowana nowelizacja jest więc w dużej mierze odpowiedzią na oczekiwania pacjentów, którzy za nieporównywalnie mniejszą cenę uzyskują dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia ich schorzeń. Należy także podkreślić, że współfinansowanie ponadstandardowego świadczenia zdrowotnego rzeczowego jest kolejnym przypadkiem współfinansowania w polskim systemie ochrony zdrowia, wliczając m.in. istniejące możliwości w zakresie leków.

## **2. Rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana oraz różnica pomiędzy dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym**

W obowiązującym stanie prawnym świadczenia opieki zdrowotnej oferowane przez NFZ są przez niego finansowane w pełnej wysokości. Dotychczasowe rozwiązania ograniczają się jednak do świadczeń standardowych przy wykorzystaniu podstawowej jakości wyrobów medycznych. Tym samym, środki przeznaczane corocznie na ochronę zdrowia nie są wystarczające do pełnego finansowania najnowocześniejszych, ale i najskuteczniejszych metod leczenia.

W związku z powyższym, proponuje się w pierwszej kolejności dodanie do słowniczka zawartego w art. 5 Ustawy punktu 37a, nowej definicji - ponadstandardowego świadczenia zdrowotnego rzeczowego. Zgodnie z nią, jest nim wyrób medyczny stosowany w ramach leczenia szpitalnego, współfinansowany częściowo ze środków publicznych oraz ze środków świadczeniobiorców, na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Następnie, proponuje się dodanie w dziale II, rozdziale 1 Ustawy art. 13b, który stanowi z kolei delegację do wydania przez Ministra Zdrowia szczegółowego rozporządzenia, które określi zasady i poziom współfinansowania przez świadczeniobiorcę ponadstandardowego świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o którym mowa w art. 5 pkt. 37a, oraz określi wykaz świadczeń rzeczowych objętych współfinansowaniem.

## **3. Przewidywane skutki społeczne, gospodarcze, finansowe i prawne i źródła finansowania.**

Z uwagi na wyżej wspomniane oczekiwania społeczne w zakresie możliwości współfinansowania ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych rzeczowych, przedmiotowy projekt ustawy powoduje pozytywne skutki społeczno-gospodarcze.

Pozytywne skutki społeczno-gospodarcze wynikają także z faktu częściowego urynkowienia usług świadczonych przez NFZ. Urynkowienie to sprowadza się do konieczności wyceny ponadstandardowego świadczenia zdrowotnego rzeczowego w oparciu o ceny dyktowane dzisiaj właśnie przez rynek. Z kolei fakt, że usługi świadczone dzisiaj

wyłącznie przez podmioty prywatne, będą oferowane także przez podmioty publiczne, w tym co nie budzi wątpliwości, za cenę niższą, bo z odpowiednią dopłatą do nich, spowoduje w konsekwencji obniżenie cen na rynku świadczeń oferowanych prywatnie.

Co więcej, należy przewidywać wzrost konkurencji na rynku produkcji wyrobów medycznych, który przełoży się po raz kolejny na ceny samych wyrobów. Będzie to związane ze zwiększeniem popytu na wyroby objęte współfinansowaniem, związanym z zamówieniami tych produktów przez podmioty publiczne. Należy także upatrywać upowszechnienia się zabiegów z wykorzystaniem tych wyrobów.

Warto także zaznaczyć, że projekt rodzi możliwości zaoszczędzenia znacznych kwot przeznaczanych dzisiaj na ochronę zdrowia. Jest to związane z dużo większą jakością wyrobów, które współfinansowane będą przez świadczeniodawców. Spowoduje to uniknięcie kolejnego zabiegu, który czekałyby pacjenci, w przypadku zastosowania standardowego materiału.

Wszystko powyższe wpłynie na jakość oferowanych świadczeń, która przełoży się również na efektywność leczenia.

W zakresie źródeł finansowania ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych rzeczowych należy wskazać, że będą one takie same jak źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w aktualnym stanie prawnym. Nastąpi wyłącznie możliwość przekierowania kwoty przeznaczonej dzisiaj na zawarte w koszyku świadczenia, na poczet części kosztów należnych za ponadstandardowe świadczenie zdrowotne rzeczowe. Drugą część, w wysokości określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, dopłaci świadczeniobiorca.

Podsumowując, planowana reforma będzie miała pozytywne skutki społeczne i gospodarcze.

#### **4. Źródła finansowania, jeżeli projekt niesie obciążenia dla budżetu państwa lub jednostek samorządu terytorialnego**

Tak jak wskazano powyżej, projekt nie wiąże się z koniecznością zwiększenia wydatków budżetowych na ochronę zdrowia. Źródła jego finansowania będą takie same, jak źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w aktualnym stanie prawnym. Projekt w żaden sposób nie stanowi obciążenia dla budżetu państwa ani budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Nie powoduje również konieczności zwiększenia wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne.

#### **5. Założenia projektów podstawowych aktów wykonawczych.**

Zgodnie z projektem, Minister zdrowia w drodze rozporządzenia określi zasady i poziom współfinansowania przez świadczeniobiorcę ponadstandardowego świadczenia zdrowotnego rzeczowego oraz określi wykaz świadczeń rzeczowych objętych współfinansowaniem. Współfinansowanie przez świadczeniobiorców dotyczyć będzie części różnicy między ceną detaliczną tego świadczenia, a wysokością limitu finansowania.

## **6. Ocena zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej.**

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projektowana ustawa nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

---