

## USTAWA

z dnia.....2010 r.

### **o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>1)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

**1) art. 13a otrzymuje brzmienie:**

„13a. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3,
  - 2) o których mowa w art. 12 pkt 2-6 i 9, art. 12a oraz art. 26
- uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”;

**2) w art. 31c:**

**a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:**

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania.”,

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374.

**b) ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:**

„6. Rada Konsultacyjna przedstawia stanowisko w sprawie:

- 1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo
- 2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.

7. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Konsultacyjnej oraz kryteria określone w art. 31a ust. 1, wydaje rekomendacje w sprawie:

- 1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo
- 2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.”;

**3) w art. 31e:**

**a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:**

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek, uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1.”,

**b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:**

„1a. Usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania może nastąpić po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji.”;

**4) w art. 31g ust. 1 otrzymuje brzmienie:**

„1 Prezes Agencji, po otrzymaniu zlecenia, o którym mowa w art. 31f ust. 5, dokonuje oceny świadczenia opieki zdrowotnej i przygotowuje raport w sprawie:

- 1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

- 2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego  
- zwany dalej „raportem w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej.”;

**5) w art. 31h ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:**

„2. Rada Konsultacyjna na podstawie raportu w sprawie oceny świadczenia gwarantowanego przygotowuje niezwłocznie dla Prezesa Agencji stanowisko w sprawie:

- 1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
- 2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.

3. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko przygotowane przez Radę Konsultacyjną, wydaje rekomendację w sprawie:

- 1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
- 2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.”;

**6) w art. 31n w pkt 1 w lit. a) tiret drugie otrzymuje brzmienie:**

„a) wydawania rekomendacji w sprawie:

- określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego,”;

**7) w art. 79 ust. 1 otrzymuje brzmienie:**

„Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9 % podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 82 i 242.”;

**8) w art. 80 ust. 1 otrzymuje brzmienie:**

„1. Podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest kwota odpowiadająca iloczynowi 25 % wysokości minimalnego wynagrodzenia oraz liczby hektarów przeliczeniowych użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym.”;

**9) art. 83 otrzymuje brzmienie:**

„Art. 83. 1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 85 ust. 1-13, zgodnie z przepisami art. 79-81 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.<sup>2)</sup>), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

2. W przypadku nieobliczania przez płatnika zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.

3. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:

- 1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek,

---

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894, Nr 99, poz. 1001, Nr 109, poz. 1163, Nr 116, poz. 1203, 1205 i 1207, Nr 120, poz. 1252, Nr 123, poz. 1291, Nr 151, poz. 1596, Nr 162, poz. 1691, Nr 210, poz. 2135, Nr 263, poz. 2619 i Nr 281, poz. 2779 i 2781, z 2005 r. Nr 25, poz. 202, Nr 30, poz. 262, Nr 85, poz. 725, Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 102, poz. 852, Nr 143, poz. 1199 i 1202, Nr 155, poz. 1298, Nr 164, poz. 1365 i 1366, Nr 169, poz. 1418 i 1420, Nr 177, poz. 1468, Nr 179, poz. 1484, Nr 180, poz. 1495 i Nr 183, poz. 1538, z 2006 r. Nr 46, poz. 328, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 107, poz. 723, Nr 136, poz. 970, Nr 157, poz. 1119, Nr 183, poz. 1353 i 1354, Nr 217, poz. 1588, Nr 226, poz. 1657 i Nr 249, poz. 1824, z 2007 r. Nr 35, poz. 219, Nr 99, poz. 658, Nr 115, poz. 791 i 793, Nr 176, poz. 1243, Nr 181, poz. 1288, Nr 191, poz. 1361 i 1367, Nr 192, poz. 1378 i Nr 211, poz. 1549, z 2008 r. Nr 97, poz. 623, Nr 141, poz. 888, Nr 143, poz. 894, Nr 209, poz. 1316, Nr 220, poz. 1431 i 1432, Nr 223, poz. 1459, Nr 228, poz. 1507 oraz z 2009 r. Nr 3, poz. 11, Nr 6, poz. 33, Nr 19, poz. 100, Nr 69, poz. 587, Nr 79, poz. 666, Nr 91, poz. 741, Nr 97, poz. 800, Nr 125, poz. 1035 i 1037, Nr 127, poz. 1052, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 168, poz. 1323.

- 2) przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom,
  - 3) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16,
  - 4) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 i 16,
  - 5) inny niż wymieniony w pkt 4 przychód ubezpieczonego, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych na podstawie art. 32 ust. 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych
- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 79-81.
4. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do przychodów, od których, na mocy przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pobiera się zryczałtowany podatek dochodowy.

**10) w art. 97 ust. 8 otrzymuje brzmienie:**

„8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b.”;

**11) w art. 144 dodaje się pkt 4 w brzmieniu:**

„4) w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w liczbie niewystarczającej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych.”;

**12) w art. 145 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:**

„3. W przypadku, o którym mowa w art. 144 pkt 4, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców:

- 1) spełniających co najmniej warunki dotyczące personelu medycznego albo warunki dotyczące sprzętu i aparatury medycznej, w zakresie warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz pozostałe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w tych przepisach, oraz
- 2) zapewniających jakość i bezpieczeństwo udzielania świadczeń gwarantowanych, których dotyczy postępowanie.”.

**Art. 2.** W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 76, poz. 641) uchyla się art. 8 ust. 5, art. 18 ust. 10, art. 21 ust. 9, art. 38 ust. 2 oraz art. 40 ust. 6.

**Art. 3.** Przepisy niniejszej ustawy stosuje się do postępowań w sprawach kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych oraz zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 4.** Rozporządzenie wydane na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, zachowuje moc do dnia wejścia w życie rozporządzenia na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 5.** 1. Przepisy art. 79 ust. 1 oraz art. 80 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się począwszy od składki należnej za miesiąc następujący po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Przepisy art. 144 pkt 4 oraz art. 145 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej począwszy od umów zawieranych na 2011 r.

**Art. 6.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 9, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.

## UZASADNIENIE

Projekt ustawy przewiduje nowelizację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) i zawiera następujące zmiany:

- 1) zasad naliczania składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników; biorąc pod uwagę, że obecnie składką dla tej grupy osób jest uzależniona od ceny kwintala żyta, która podlega znacznym wahaniom, zmiana ta, polegająca na powiązaniu składki z wysokością minimalnego wynagrodzenia, ma na celu zapewnienie stabilności w zakresie wysokości środków przekazywanych do NFZ za tę grupę osób (zmiany art. 79 i 80);
- 2) w zakresie kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającą na wyłączeniu z obowiązku oceny przygotowywanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych warunków realizacji świadczeń, co ma na celu usprawnienie procesu oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych świadczeń gwarantowanych (zmiany art. 31c, 31 e, 31g, 31h, 31n),
- 3) zasad naliczania składki za niektóre osoby (przede wszystkim dotyczy osób oddelegowanych do pracy w innych krajach) i ma na celu uszczelnienie regulacji dotyczących obowiązku odprowadzania składki w tym zakresie (zmiana art. 83);
- 4) zasad przekazywania do NFZ środków z dotacji budżetowej na finansowanie świadczeń m.in. dla osób nieubezpieczonych i ma na celu zwiększenie puli środków przekazywanych na świadczenia zdrowotne (poprzez wyłączenie kosztów administracyjnych) oraz usprawnienie procesu przekazywania środków z dotacji do NFZ (zmiany art. 13a oraz art. 97);

- 5) wprowadzenie ustawowej możliwości zawierania przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniają wymaganych warunków, określonych na podstawie art. 31d ustawy.

Dodatkowo projekt zawiera zmianę w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570), polegającą na uchyleniu upoważnień ustawowych zawartych w art. 8 ust. 5, art. 18 ust. 10, art. 21 ust. 9, art. 38 ust. 2 oraz art. 40 ust. 6. Wskazana zmiana jest konsekwencją zmiany art. 13a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Szczegółowe uzasadnienie ww. zmian przedstawia się poniżej.

- 1) Zmiana w art. 1 pkt 1, dotycząca art. 13a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polega na uzupełnieniu obecnego upoważnienia ustawowego. Zgodnie z obecnie obowiązującym przepisem art. 13a, Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom, kobietom w ciąży, osobom korzystającym ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o cudzoziemcach, ustawy – Karta Polaka oraz osobom skazanym. Należy podkreślić, iż katalog osób uprawnionych określony w obecnym art. 13a jest węższy (a przez to również niepełny) w porównaniu z art. 97 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z art. 97 ww. ustawy wynika bowiem, iż dotacja z budżetu państwa na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy również zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2a (a zatem również świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom korzystającym ze świadczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – art. 12 pkt 6), pkt 3 (czyli także świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom o niskim dochodzie – art. 2 ust. 1 pkt 2) i 3b ( jak również świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach leczenia zagranicznego osobom kierowanym na to leczenie).

Wskazana powyżej zmiana również polega na tym, iż organem wydającym przedmiotowe rozporządzenie, zgodnie z projektem, nie będzie Rada Ministrów, lecz minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych. Zmiana ta podyktowana jest tym, iż przedmiot regulacji zawarty w rozporządzeniu obejmuje kompetencje trzech powyższych ministrów. Brak jest zatem merytorycznego uzasadnienia, dla którego rozporządzenie wydawane na podstawie ww. przepisu miałyby być wydawane przez Radę Ministrów. Również środki finansowe przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, o których mowa w art. 13a pochodzą z budżetu poszczególnych, wskazanych powyżej ministrów, którzy są dysponentami tych środków. W zakresie zatem ich zainteresowania pozostają kwestie sposobu i organizacji finansowania tych świadczeń.

W związku z tym, iż projektowane upoważnienie ustawowe w art. 13a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie obejmowało również tryb i sposób finansowania z budżetu państwa świadczeń udzielanych w związku z zachorowaniem na choroby zakaźne, w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi konieczne jest uchylene delegacji do wydania przepisów aktów wykonawczych dotyczących sposobu i trybu finansowania ww. świadczeń. Wskazaną zmianę zawiera projektowany przepis art. 2 projektu niniejszej ustawy.

2) Zmiany, które obejmują art. 1 pkt 2-6 polegają na ograniczeniu zakresu oceny, którą dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i wyłączeniu z tej oceny warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiana powyższa uzasadniona jest faktem, iż Agencja Oceny Technologii Medycznych dokonuje specjalistycznej oceny świadczeń opieki zdrowotnej. Elementem świadczenia nie są jednakże warunki jego realizacji, tj. np. określenie jakie powinny być wymagania co do liczby, czy też kwalifikacji personelu medycznego udzielającego danych świadczeń opieki zdrowotnej. Kwestie te pozostają poza zakresem zadań Agencja Oceny Technologii Medycznych. Projektowane przepisy zatem mają na celu racjonalizację sposobu postępowania Agencji przy dokonywaniu oceny świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo, zgodnie z obecnie

obowiązującymi przepisami każda zmiana rozporządzenia wydawanego na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie warunków realizacji świadczeń powinna być poprzedzona oceną sporządzoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i wydaniem w tym zakresie rekomendacji przez Prezesa Agencji. Taki tryb nie znajduje praktycznego uzasadnienia (m.in. w kontekście dokumentów, na których pracuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i czynności, których dokonuje) i znacznie utrudnia dokonywanie zmian w rozporządzeniach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. W celu usunięcia warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu oceny przeprowadzanej przez Agencję wprowadzono zmiany w przepisach art. 31c ust. 1 (dotyczącym zlecenia przygotowania rekomendacji) i ust. 6 i 7 (dotyczących rodzajów stanowisk Rady Konsultacyjnej oraz rodzajów rekomendacji Prezesa Agencji w przypadku kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych), art. 31e ust. 1 i 1a (dotyczących usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, przy czym zaznaczono, że rekomendacji Prezesa Agencji wymagają usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania), art. 31g ust. 1 (dotyczącym przygotowania przez Agencję raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej) oraz art. 31h ust. 1 i 2 (dotyczących rodzajów stanowisk Rady Konsultacyjnej oraz rodzajów rekomendacji Prezesa Agencji w przypadku usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo zmiany poziomu lub sposobu finansowania).

W związku ze zmianą w zakresie oceny dokonywanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i usunięciem z tego zakresu warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, dokonano w projekcie również zmiany art. 31n pkt 1 lit. a, który dotyczy zadań Agencji. Usunięto z katalogu tych zadań ocenę warunków realizacji świadczeń.

3) W art. 1 pkt 8 (dotyczącym zmiany art. 80 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) przewiduje zmianę w zakresie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników. Obecnie składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego. Proponuje się, aby składka w tym zakresie była naliczana uwzględniając stopę składki określoną w art. 79 (9%) od podstawy wymiaru składki, którą byłaby kwotą odpowiadającą iloczynowi 25 % wysokości minimalnego wynagrodzenia oraz liczby hektarów przeliczeniowych użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym.

W związku z taką zmianą, w projekcie również dokonuje się zmiany o charakterze legislacyjnym w art. 79 ust. 1 (art. 1 pkt 7 projektu ustawy), polegającą na usunięciu z katalogu odesłań przepisu art. 80 ust. 1, albowiem – inaczej niż obecnie – przepis art. 80 ust. 1 nie określa innej stawki składki, lecz odnosi się do podstawy wymiaru składki, dla której stawka będzie taka sama jak określona w art. 79 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4) Zmiana zawarta w art. 1 pkt 9, dotycząca art. 83 polega na doprecyzowaniu dotychczasowego rozwiązania polegającego na sformułowaniu ogólnej reguły, zgodnie z którą w przypadku nieobliczania przez płatnika zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 17, poz. 176, z późn. zm.) (zwaną dalej „u.p.d.o.f.”), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł. Na mocy nowelizacji u.p.d.o.f., obowiązującej od dnia 1 stycznia 2007 r., do art. 32 tej ustawy dodano ust. 6, w myśl którego zakład pracy nie pobiera zaliczek na podatek dochodowy od dochodów uzyskanych przez pracownika z pracy wykonywanej poza terytorium RP, pod warunkiem że dochody te podlegają lub będą podlegać opodatkowaniu w państwie wykonywania pracy. Przepis ten dotyczy w szczególności osób delegowanych do pracy za granicą przez

polskich pracodawców, którzy na mocy wspólnotowych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (art. 14 ust. 1 rozporządzenia (EWG) 1408/71) nadal podlegają polskiemu systemowi zabezpieczenia społecznego, w tym w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.

Ww. przepis nie czyni rozróżnienia między podatnikami podlegającymi w dalszym ciągu obowiązkowi podatkowemu w Polsce (mimo objęcia obowiązkiem podatkowym w innym kraju) i podatnikami, którzy z momentem objęcia takim obowiązkiem w państwie wykonywania pracy przestają podlegać obowiązkowi podatkowemu w Polsce - na mocy umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania z zastosowaniem tzw. metody wyłączenia z progresją.

Niezamierzonym skutkiem wprowadzenia art. 32 ust. 6 u.p.d.o.f. było faktyczne rozszerzenie zakresu przedmiotowego normy zawartej w art. 83 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Przed dniem 1 stycznia 2007 r. przepis ten dotyczył przychodów objętych zwolnieniem przedmiotowym od podatku dochodowego, wymienionych w art. 21 u.p.d.o.f., z wyjątkiem przychodów wskazanych w art. 83 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, które będąc zwolnionymi z podatku, podlegają jednak potrąceniom z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne (np. otrzymywane z zagranicy renty z tytułu inwalidztwa wojennego).

Po wejściu w życie przedmiotowej nowelizacji u.p.d.o.f. zwolnienie z obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne objęło zupełnie nową kategorię przychodów, nie objętych zwolnieniem przedmiotowym od podatku dochodowego, mianowicie przychody pracowników delegowanych do pracy w innych państwach, którzy nie są zwolnieni z obowiązku podatkowego w Polsce, a jednocześnie ich polscy pracodawcy (płatnicy podatku i składek) zostali zobowiązani do niepobierania zaliczek na podatek dochodowy, w przypadku objęcia obowiązkiem podatkowym w kraju wykonywania pracy - dotyczy to pracowników delegowanych do państw, z którymi Rzeczpospolita Polska nie zawarła umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania, jak również osób skierowanych do pracy w państwie, z którym Rzeczpospolita Polska posiada tego rodzaju umowę z zastosowaniem tzw. metody proporcjonalnego odliczenia.

Tym samym w konsekwencji ww. nowelizacji u.p.d.o.f. nastąpiło nieuzasadnione zróżnicowanie, pod względem ponoszenia kosztów związanych z prawem do świadczeń opieki zdrowotnej, sytuacji pracowników delegowanych, w zależności od kraju wykonywania pracy. Pracownicy,

którzy z mocy odpowiedniej umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania przestają podlegać obowiązkowi podatkowemu, lecz nadal pozostają polskimi ubezpieczonymi, podlegają obowiązkowi odprowadzania składek, podczas gdy pracownicy delegowani (również podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce), w przypadku których zaprzestanie odprowadzania zaliczek na podatek dochodowy przez płatników następuje pomimo podlegania w dalszym ciągu obowiązkowi podatkowemu w Polsce, zostali zwolnieni z odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Proponowana nowelizacja art. 83 ustawy zmierza do przywrócenia, pod względem obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne, stanu prawnego, jaki obowiązywał przed wejściem w życie art. 32 ust. 6 u.p.d.o.f. Dodanie nowego przepisu ust. 3 pkt 5 skutkuje tym, iż zwolnienie z odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne zostaje wyłączone w odniesieniu do wszelkich przychodów osób ubezpieczonych, od których płatnik nie odprowadza zaliczki na podatek dochodowy, w oparciu o dyspozycję art. 32 ust. 6 u.p.d.o.f.. Oznacza to, że pracownicy delegowani - dopóki z mocy przepisów wspólnotowych posiadają status ubezpieczonych w ramach polskiego systemu zabezpieczenia społecznego - objęci są obowiązkiem odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne, bez względu na to czy wykonują pracę w kraju, z którym Rzeczpospolita Polska posiada umowę o unikaniu podwójnego opodatkowania i niezależnie od charakteru takiej umowy.

Dodany w treści art. 83 nowy przepis ust. 4 ma na celu usunięcie ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych, poprzez doprecyzowanie, że ust. 2 nie stosuje się do przychodów, od których na mocy przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, pobiera się zryczałtowany podatek dochodowy (mimo iż w takich przypadkach również nie pobiera się zaliczek na podatek).

Poza omówioną zmianą merytoryczną dokonano przeredagowania art. 83, poprzez przeniesienie ogólnej reguły stanowiącej o obniżaniu składki do wysokości 0 zł. do ust. 2 oraz zawarcie w ust. 3 wyjątków od powyższej reguły. Zabieg ten czyni ww. przepis bardziej czytelny i poprawnym z punktu widzenia zasad techniki legislacyjnej.

5) Zmiana zawarta w art. 1 pkt 10 dotyczy art. 97 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zmiana ta ma na celu przekazywanie wszystkich środków z dotacji celowej na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, a nie jak dotychczas również na koszty administracyjne NFZ. Obecnie zgodnie z przepisami należy przekazać środki z dotacji na nieubezpieczonych również na koszty administracyjne (w warunkach roku 2009 było to ponad 1 mln zł), co w praktyce powodowało problem z oszacowaniem tych kosztów, a ponadto pomniejszało kwotę na świadczenia zdrowotne. Sytuacja ta byłaby analogiczna z rozwiązaniami funkcjonującymi obecnie na gruncie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) w zakresie przekazywania środków dotacji.

6) Zmiana zaproponowana w art. 1 pkt 11 dotyczy wprowadzenia do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisu art. 144 pkt 4. Przepis ten umożliwi przeprowadzenie dodatkowych rokowań ze świadczeniodawcy, w przypadku gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w liczbie niewystarczającej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych. Proponowany przepis zabezpiecza przed sytuacją, w której dochodzi do zagrożenia dostępu do świadczeń z tego powodu, iż w wyniku postępowania konkursowego zakontraktowano niewystarczającą liczbę świadczeń (z powodu niespełnienia przez świadczeniodawców warunków realizacji świadczeń). W takim przypadku do rokowań Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zapraszał świadczeniodawców spełniających co najmniej warunki dotyczące personelu medycznego albo warunki dotyczące sprzętu i aparatury medycznej, przy jednoczesnym zapewnieniu przez tych świadczeniodawców jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń gwarantowanych. Taką regulację zawiera projektowany art. 145 ust. 3 ustawy (art. 1 pkt 12 projektu).

Regulacja zawarta w art. 3 niniejszej ustawy wynika z faktu, iż na gruncie obecnie obowiązujących przepisów ustawowych istnieją wszczęte, a niezakończone postępowania w sprawie kwalifikacji danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia

gwarantowanego, usunięcia danego z wykazu świadczeń gwarantowanych oraz zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego. Wprowadzono regulację, zgodnie z którą do tych postępowań będą stosowane przepisy niniejszej ustawy.

W związku ze zmianą art. 13a tj. upoważnienia ustawowego, w projektowanym przepisie art. 4 wprowadza się regulację, która umożliwi utrzymanie w mocy przepisów wydanych na podstawie dotychczas obowiązującego rozporządzenia, wydawanego na podstawie art. 13a, do czasu wydania nowego rozporządzenia.

Zgodnie z projektowanym przepisem art. 6, niniejsza ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Wskazany termin stwarza wystarczające *vacatio legis* dla projektowanych rozwiązań prawnych. Jednocześnie, uwzględniając mechanizm i tryb opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, dla projektowanych zmian przepisów w tym zakresie proponuje się ustanowienie odrębnego terminu stosowania określonych przepisów. Wskazany odrębny termin (art. 5 ust. 1 projektu ustawy) dla stosowania przyjętych w projekcie rozwiązań prawnych dotyczy tzw. przepisów składkowych (tj. art. 79 ust. 1, art. 80 ust. 1 oraz art. 83 ustawy z dnia 27 sierpnia

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Ponadto z uwagi na wprowadzenie możliwości zawierania umów ze świadczeniodawcami niespełniającymi warunków określonych na podstawie art. 31d, wprowadzono również przepis (art. 5 ust. 2 projektu ustawy), który pozwoli zastosować projektowane przepisy art. 144 pkt 4 i art. 145 ust. 3 do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2011 rok. W roku 2010 brak jest konieczności funkcjonowania tych przepisów, ze względu na nowelizacje rozporządzeń koszykowych, wydawanych na podstawie art. 31d, które umożliwiły kontynuację udzielania świadczeń w 2010 roku na zasadach obowiązujących w roku 2009.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt regulacji nie wymaga 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. Nr 239, poz. 2039, oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

## **Ocena Skutków Regulacji**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja**

Regulacja będzie miała wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych, a także na świadczeniodawców, pracowników oddelegowanych do pracy za granicą.

### **2. Konsultacje społeczne**

W ramach konsultacji społecznych projekt ustawy zostanie przekazany m.in. do Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz związków reprezentujących interesy świadczeniodawców.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Wyniki konsultacji społecznych zostaną omówione w niniejszej Ocenie Skutków Regulacji po ich zakończeniu.

### **3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

1) Zmiana dotycząca zakresu oceny sporządzanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych nie będzie miała wpływu na budżet państwa ani na budżety jednostek samorządu terytorialnego. Mimo zmniejszenia zakresu zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych, proponowana zmiana nie jest na tyle znacząca ażeby wpłynęła na budżet Agencji. Proponowana zmiana ma charakter racjonalizujący proces oceny sporządzanej przez Agencję. Przed wejściem w życie tzw. ustawy koszykowej, tj. ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, Agencja nie dokonywała zasadniczo oceny warunków realizacji świadczeń, specjalizując się w

ocenie samych świadczeń (procedur medycznych). Zmiana ta nie będzie miała wpływu na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

2) Zmiana natomiast podstawy naliczania składek za rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu będzie miała wpływ na budżet państwa.

Biorąc pod uwagę założenia w tym zakresie przyjęte w prognozie przychodów NFZ na lata 2010-2012, sporządzanej na podstawie art. 120 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) przez Prezesa NFZ w porozumieniu z Ministrem Finansów oraz Ministrem Zdrowia, zmiana podstawy składki za rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu na 25% minimalnego wynagrodzenia od 1 hektara przeliczeniowego gospodarstwa rolnego zwiększyłaby w warunkach 2010 roku wydatki budżetu państwa na ten cel o 763 mln zł, w skali roku. Biorąc pod uwagę, że przepisy tej ustawy nie będą obowiązywać od 1 stycznia 2010 r., skutek ten będzie proporcjonalnie mniejszy. Jednocześnie rozwiązanie to spowoduje dodatkowe przychody NFZ, w wysokości równej dodatkowym wydatkom budżetu państwa.

Powyższe rozwiązanie nie rodzi natomiast skutków finansowych dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

3) Zmiana w art. 83:

Biorąc pod uwagę, iż proponowana zmiana dotyczy tylko części osób oddelegowanych do pracy za granicą oraz zważywszy na brak danych dotyczących liczebności tej grupy osób, nie było możliwości oszacowania wielkości dodatkowych przychodów NFZ z tego tytułu jak również ewentualnego wpływu na dochody budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych.

4) zmiana art. 97 likwiduje wydatki budżetu państwa na koszty administracyjne związane z finansowaniem świadczeń dla m.in. świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni.

Pozostałe rozwiązania proponowane w niniejszej ustawie nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

#### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy. Zmniejszenie zakresu zadań Agencji nie wpłynie na zmniejszenie zatrudnienia. Proponowana zmiana polegająca na eliminacji z katalogu zadań Agencji oceny warunków realizacji świadczeń ma charakter racjonalizujący proces oceny sporządzanej przez Agencję. Zmiana taka wpłynie na usprawnienie procesu oceny świadczeń, przy korzystaniu w tym zakresie z dotychczasowych zasobów kadrowych Agencji.

#### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

#### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

#### **7. Wpływ regulacji na zdrowie i środowisko**

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na zdrowie i środowisko.

#### **8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej**

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem regulacji prawa Unii Europejskiej.