



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-129-10

Druk nr 3484

Warszawa, 15 października 2010 r.

Pan
Grzegorz Schetyna
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z projektem aktu wykonawczego.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

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.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 13a otrzymuje brzmienie:

„Art. 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 oraz zapewnienie skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.”;

2) w art. 23 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą:

- 1) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;
- 2) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.”;

3) 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 i 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 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.²⁾), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

2. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika, 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,
- 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,
- 6) przychód z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy

o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub przychód z tytułu pełnienia funkcji członka rady nadzorczej, od którego, na mocy przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pobiera się zryczałtowany podatek dochodowy

– składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 79 i 81.”;

4) 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.”.

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, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 8 uchyla się ust. 5;

2) w art. 18 uchyla się ust. 10;

3) w art. 21 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów zgłoszeń, o których mowa w ust. 1, mając na względzie cele nadzoru epidemiologicznego.”;

4) w art. 38 uchyla się ust. 2;

5) w art. 40 uchyla się ust. 6.

Art. 3. Akt wykonawczy wydany na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 13a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 2 i 3, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.

¹⁾ 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, 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 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116 i Nr 182, poz. 1228.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 57, poz. 352, Nr 75, poz. 473, Nr 105, poz. 655, Nr 149, poz. 996 i Nr 182, poz. 1228.



UZASADNIENIE

Niniejszy projekt ustawy przewiduje nowelizację następujących przepisów 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.), zwanej dalej „ustawą”:

- 1) art. 13a oraz art. 97 ust. 8 – zmiana zasad przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia środków z dotacji budżetowej na finansowanie świadczeń m.in. dla osób nieubezpieczonych, co ma na celu zwiększenie puli środków przekazywanych na świadczenia zdrowotne (przez wyłączenie kosztów administracyjnych) oraz usprawnienie procesu przekazywania środków z dotacji do Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) art. 23 ust. 1 – zmiana mająca na celu usprawnienie zarządzania listami oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 3) art. 83 – zmiana zasad naliczania składki za niektóre osoby (przede wszystkim dotyczy to osób oddelegowanych do pracy w innych krajach), co ma na celu uszczelnienie regulacji dotyczących obowiązku odprowadzania składki w tym zakresie.

Dodatkowo projekt zawiera zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 678), polegające na uchyleniu upoważnień ustawowych zawartych w art. 8 ust. 5, art. 18 ust. 10, art. 38 ust. 2 oraz art. 40 ust. 6 oraz zmianie delegacji ustawowej z art. 21 ust. 9.

Szczegółowe uzasadnienie ww. zmian przedstawia się poniżej.

Zmiana w art. 1 pkt 1, dotycząca art. 13a ustawy, 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 z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.), ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.), ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535,

z późn. zm.), ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z późn. zm.), ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. Nr 180, poz. 1280, z późn. zm.) 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).

Świadczenia tym osobom finansuje budżet państwa z dotacji celowej przekazywanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia, co wynika z art. 97 ust. 8 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 3. Przepisy ustawowe wskazują zatem płatnika, ale jednocześnie przewidują, iż rozliczenie świadczeń odbywa się za pośrednictwem Funduszu. Rozporządzenie wydane na podstawie art. 13a reguluje wyłącznie techniczne kwestie przekazania i rozliczenia dotacji przekazywanej z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń ww. osobom. Przedmiotem regulacji w rozporządzeniu z art. 13a nie są zatem zasady finansowania, lecz tryb i sposób finansowania – a zatem kwestie techniczne przekazania środków z dotacji, rozliczenia Funduszu z budżetem państwa oraz ze świadczeniodawcami, dokumentowanie rozliczeń itd. Proponowana w projekcie regulacja nie czyni istotnych zmian w zakresie przedmiotu regulacji. Wprowadza ona zmianę polegającą na tym, iż zasady dokonywania rozliczeń zawarte w ww. rozporządzeniu będą miały zastosowanie do wszystkich osób, za które, zgodnie z art. 97, jest przekazywana dotacja do Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy w tym miejscu podkreślić, że kwestie regulowane w rozporządzeniu, wydawanym na podstawie art. 13a w projektowanym brzmieniu nie będą pokrywać się z przepisami innych aktów prawnych, w tym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867, z późn. zm.), wydanego na podstawie art. 26a ustawy. Rozporządzenie to określa bowiem tryb

pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju. Nie odnosi się natomiast do kwestii technicznych przekazywania środków z dotacji i rozliczenia Funduszu z budżetem państwa. Te kwestie będą bowiem przedmiotem rozporządzenia wydanego na podstawie art. 13a ustawy.

Wskazana powyżej zmiana polega również 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 miałooby 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 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 jest konieczne uchylenie delegacji do wydania przepisów aktów wykonawczych dotyczących sposobu i trybu finansowania ww. świadczeń. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków budżetu państwa stanowi przedmiot regulacji w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 8 ust. 5, art. 18 ust. 10, art. 38 ust. 2 i art. 40 ust. 6 oraz art. 21 ust. 9 pkt 2 i 3 ww. ustawy. W związku z tym, iż przepis art. 21 ust. 9 pkt 1 dotyczy trybu i sposobu finansowania zgłoszeń odczynów poszczepiennych, które nie są świadczeniami opieki zdrowotnej, w niniejszym projekcie dokonuje się zmiany art. 21 ust. 9. Kwestie finansowania leczenia odczynów poszczepiennych będą regulowane w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 13a, natomiast przedmiotem regulacji aktu wykonawczego wydawanego na podstawie zmienianego art. 21 ust. 9 pozostanie wyłącznie tryb i sposób finansowania zgłoszeń tych odczynów. Wskazane zmiany zawiera projektowany przepis art. 2 projektu niniejszej ustawy. W związku z proponowaną zmianą uzupełniono art. 13a również

o wytyczne zawarte w uchylanych przepisach ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zmiana wprowadzana w art. 1 pkt 2, dotycząca art. 23 ust. 1 ustawy, ma na celu usprawnienie zarządzania listami oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Obecnie zakres danych przekazywanych przez świadczeniodawców do płatnika (Narodowego Funduszu Zdrowia lub Ministra Zdrowia) określa art. 23 ustawy. Zakres tych danych różni się w zależności od rodzaju świadczenia:

- w stosunku do świadczeń wysokospecjalistycznych jest przekazywana cała lista (art. 23 ust. 1 pkt 2), a więc także dane dotyczące osób, które oczekują (w tym ich numery PESEL),
- w stosunku do pozostałych świadczeń jedynie dane zbiorcze, tj. liczba oczekujących i średni czas oczekiwania (art. 23 ust. 1 pkt 1).

Obecnie zaproponowane rozwiązanie ma na celu wprowadzenie obowiązku przekazywania przez świadczeniodawców szerszego zakresu danych dotyczących list oczekujących na świadczenia inne niż wysokospecjalistyczne (w szczególności danych dotyczących numeru PESEL osób oczekujących), w celu umożliwienia Narodowemu Funduszowi Zdrowia monitorowania poprawności prowadzenia tych list. Dotychczas przekazywane dane (tylko o łącznej liczbie i średnim czasie oczekiwania) nie pozwalały na prowadzenie jakichkolwiek analiz w tym zakresie. Szczegółowy zakres przekazywanych danych będzie określany w rozporządzeniu wydawanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. Maksymalny zakres przekazywanych danych wyznacza zakres danych gromadzonych na liście, zgodnie z art. 20 ust. 2 ustawy.

Przyjęto założenie, że rozporządzenie wydawane na podstawie art. 190 ust. 1 określi szerszy zakres wymaganych danych niż dotychczas przekazywana informacja o łącznej liczbie oczekujących na dane świadczenia i średnim czasie oczekiwania tylko do wybranych świadczeń. W szczególności będą to świadczenia najtrudniej dostępne (tj. o najdłuższym czasie oczekiwania lub największej liczbie oczekujących). Pozwoli to na elastyczne reagowanie na stwierdzone problemy w zakresie dostępności do świadczeń. W przypadku list na pozostałe świadczenia nadal będzie przekazywana podstawowa informacja, tj. średni czas i łączna liczba oczekujących.

Zmiany wymaga wyłącznie przepis dotyczący zakresu przekazywanych danych, gdyż zgodnie z art. 20 ustawy, przy dokonywaniu wpisu na listę oczekujących świadczeniodawca m.in. wpisuje numer PESEL oczekującego (art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d).

Zmiana zawarta w art. 1 pkt 3, 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 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.) (zwanej 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 Rzeczypospolitej Polskiej, 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.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przed dniem 1 stycznia 2007 r. przepis ten dotyczył przychodów objętych zwolnieniem od podatku dochodowego, 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, nieobjętych zwolnieniem 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 nie-

pobierania zaliczek na podatek dochodowy w przypadku objęcia obowiązkiem podatkowym w kraju wykonywania pracy (dotyczy to pracowników delegowanych do państw, z którymi Polska nie zawarła umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania, jak również osób skierowanych do pracy w państwie, z którym 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, których dochody z mocy odpowiedniej umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania są zwolnione z opodatkowania w Polsce, 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 mimo opodatkowania ich dochodów 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, że 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, na podstawie dyspozycji zawartej w 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 – są objęci 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.

Ponadto katalog wyjątków od reguły zawartej w ust. 2 został rozszerzony o przepis, zgodnie z którym obniżanie składki do 0 zł nie ma zastosowania także do niektórych przychodów, od których na mocy przepisów u.p.d.o.f. pobiera się zryczałtowany podatek dochodowy. Brak takiego przepisu w obecnej redakcji art. 83 powoduje, że od przychodów takich – wobec nieobliczania zaliczek na podatek dochodowy przez płatników – nie są odprowadzane składki na ubezpieczenie zdrowotne, również wtedy, gdy należą one do przychodów objętych zakresem

art. 66 ust. 1 ustawy, takich jak przychody z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia oraz przychody z tytułu pełnienia funkcji członków rad nadzorczych. Stan taki nie znajduje żadnego uzasadnienia i wymaga pilnej zmiany.

Poza omówioną zmianą merytoryczną dokonano przeredagowania art. 83, przez 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 czytelnym i poprawnym z punktu widzenia zasad techniki legislacyjnej.

Wprowadzono również korektę polegającą na zastąpieniu w dwóch przepisach omawianego artykułu wyrażenia „art. 79 – 81” określeniem „art. 79 i 81”. Zmiana ta ma charakter korekty technicznej. Przepis art. 83 nie ma bowiem w ogóle zastosowania do dochodów rolników, o których mowa w art. 80, a co za tym idzie posłużenie się wyrażeniem „art. 79 – 81” stanowiło błąd legislacyjny.

Zmiana zawarta w art. 1 pkt 4 dotyczy art. 97 ust. 8 ustawy i ma na celu przekazywanie wszystkich środków z dotacji celowej na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, a nie jak dotychczas również na koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia. 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 (brak wyodrębnienia tych kosztów z pozostałych kosztów administracyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia), 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 oraz kosztów obsługi administracyjnej zadań.

W związku ze zmianą art. 13a zawierającego upoważnienie ustawowe, w projektowanym przepisie art. 3 wprowadza się regulację, która umożliwi utrzymanie w mocy przepisów wydanych na podstawie dotychczas obowiązującego upoważnienia ustawowego.

Zgodnie z projektowanym przepisem art. 4, niniejsza ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Wskazany termin stwarza wystarczające *vacatio legis* dla projektowanych rozwiązań prawnych. Jednocześnie, ze względu na zmianę zasad naliczania składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, określoną w art. 83, gdzie składka jest opłacana

z dochodu osoby ubezpieczonej, proponuje się ustalenie odrębnego terminu wejścia w życie projektowanych zmian w art. 1 pkt 3, tj. dzień 1 stycznia 2011 r.

Również zmiana zawarta w art. 1 pkt 2, dotycząca art. 23, wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r. Wskazany termin jest w szczególności konieczny dla dokonania nowelizacji rozporządzenia wydawanego na podstawie art. 190 ust. 1 oraz wprowadzenia niezbędnych zmian do oprogramowania zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców.

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) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. W tym trybie nie zgłoszono zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Projekt ustawy 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, a także na świadczeniodawców, pracowników oddelegowanych do pracy za granicą.

2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt ustawy został 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 lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy, w trybie określonym ww. ustawą.

Uwagi do zmiany art. 23 ust. 1 wpłynęły od dwóch marszałków, jednego wojewody oraz Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej. Pozostałe konsultowane podmioty społeczne nie zgłosiły uwag bądź nie udzieliły odpowiedzi. Część zgłoszonych uwag dotyczyła czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz rozwiązań, które są określane dopiero w akcie wykonawczym do ustawy, wydawanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. Pierwsze z tych uwag, mimo że w części były zasadne, nie mogły zostać uwzględnione, gdyż przekraczały założony zakres nowelizacji. Natomiast uwagi dotyczące rozporządzenia zostaną wzięte pod uwagę na etapie przygotowywania projektu nowelizacji tego rozporządzenia.

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

Projektowana zmiana art. 23 ustawy mająca na celu usprawnienie zarządzania listami oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie rodzi skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Niewielkie wydatki dla sektora publicznego mogą wiązać się z koniecznością modyfikacji istniejącego oprogramowania wykorzystywanego przez Narodowy Fundusz

Zdrowia oraz świadczeniodawców. Przy czym ci świadczeniodawcy, którzy prowadzili listy oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazywali już pełen zestaw danych i posiadają odpowiednie oprogramowanie.

Biorąc pod uwagę to, że proponowana zmiana w art. 83 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 Narodowego Funduszu Zdrowia z tego tytułu, jak również ewentualnego wpływu na dochody budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych.

Zmiana art. 97 likwiduje wydatki budżetu państwa na koszty administracyjne związane z finansowaniem świadczeń dla m.in. świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni. W warunkach roku 2009 było to ponad 1 mln zł.

Pozostałe rozwiązania proponowane w 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.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na 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 środowisko.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem regulacji prawa Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki
zdrowotnej**

Na podstawie art. 13a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "ustawą";
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2-6 i 9, art. 12a oraz 26 ustawy.

§ 2. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej:

- 1) udzielone świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy,
 - 2) o których mowa w art. 12 pkt 2-4,
 - 3) o których mowa w art. 12 pkt 6,
 - 4) o których mowa w art. 12 pkt 9,
 - 5) o których mowa w art. 26 ustawy
- są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej "Funduszem", ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w:

- 1) art. 12 pkt 5 ustawy, są finansowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem;
- 2) art. 12a ustawy, są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ 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, 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 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116 i Nr 182, poz. 1228.

§ 3. 1. Centrala Funduszu na podstawie danych otrzymanych z oddziałów wojewódzkich Funduszu sporządza miesięczne sprawozdania z wykonanych przez świadczeniodawców i rozliczonych przez Fundusz świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, odrębnie dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, oraz dla świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3, w podziale na:

- 1) oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 2) wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w poszczególnych rodzajach;
- 3) podstawę prawną udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) liczbę osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) kody EAN leku i kwoty podlegające refundacji.

2. W sprawozdaniach, o których mowa w ust. 1, uwzględnia się koszty transportu, o których mowa w art. 25 ust. 3 ustawy.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, centrala Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wraz z wnioskami o uruchomienie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy, zwanej dalej "dotacją", w terminie do 20. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

4. Wnioski o uruchomienie dotacji za okres październik-grudzień są składane w terminie do dnia 20 listopada, na podstawie wydatków poniesionych w październiku i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przewidywanych w listopadzie i grudniu.

5. Centrala Funduszu, w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdanie z wykorzystania dotacji do dnia 31 grudnia poprzedniego roku, sporządzone zgodnie z podziałem określonym w ust. 1.

6. W przypadku niewykorzystania dotacji do dnia 31 grudnia danego roku, Fundusz zwraca niewykorzystane środki ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku.

§ 4. 1. Do sprawozdań, o których mowa w § 3 ust. 1 i 5, centrala Funduszu dołącza odrębne zestawienie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji.

2. Zestawienie obejmuje:

- 1) imię, nazwisko i numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku gdy nie posiada on numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia;
- 2) wartość świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Zestawienie sporządza się nie później niż w terminie 60 dni od dnia dokonania przez Fundusz zapłaty na rzecz podmiotów, które pokryły koszty świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2.

§ 5. Minister właściwy do spraw zdrowia w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdań, sporządzonych prawidłowo zgodnie z § 3 ust. 1, wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, przekazuje centrali Funduszu dotację na sfinansowanie wskazanych w sprawozdaniu świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1, w ramach zaplanowanych na dany rok środków budżetowych przeznaczonych na ten cel.

§ 6. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, inne niż leki, są finansowane świadczeniodawcom na podstawie faktury i miesięcznego zestawienia sporządzanego przez świadczeniodawcę, stanowiącego załącznik do faktury.

2. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, innych niż leki, udzielanych w związku z przyjęciem do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, ujmuje się w miesięcznym zestawieniu w miesiącu, w którym zakończono udzielanie świadczeń, z wyłączeniem świadczeń rozliczanych na podstawie osobodni.

3. Faktura obejmuje kwotę stanowiącą sumę cen świadczeń opieki zdrowotnej wymienionych w zestawieniu, o którym mowa w ust. 1.

4. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy świadczeniobiorca nie posiada numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę urodzenia;
- 4) obywatelstwo;
- 5) numer księgi głównej szpitala - w przypadku hospitalizacji;
- 6) nazwę zakładu karnego lub aresztu śledczego, w którego ewidencji skazany jest ujęty, oraz numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego - w przypadku udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12a ustawy;
- 7) nazwę strzeżonego ośrodka lub aresztu w celu wydalenia, w którym przebywa cudzoziemiec - w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 ustawy;
- 8) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 9) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
- 10) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku - kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 11) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 12) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, przewidzianą w umowie z:
 - a) Funduszem,
 - b) ministrem właściwym do spraw zdrowia - w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4 ustawy;
- 13) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadkach innych niż wymienione w pkt 12, ustaloną na poziomie:
 - a) najniższej ceny przewidzianej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez dany oddział wojewódzki Funduszu lub ministra właściwego do spraw zdrowia dla danego świadczenia opieki zdrowotnej albo
 - b) najniższej ceny danego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, ustalonej przez świadczeniodawcę w cenniku, uwzględniającej wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c) ceny świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego przez szpitalne oddziały ratunkowe, ustalonej jako średni koszt świadczenia opieki zdrowotnej wyliczony w roku poprzedzającym rok, w którym zostało udzielone świadczenie, według ceny pozostawania w gotowości, przewidzianej w umowie z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu;
- 14) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
- 15) datę wystawienia i numer faktury;
- 16) podpis świadczeniodawcy.

5. Świadczeniodawca wraz z zestawieniem, o którym mowa w ust. 1, składa pisemne oświadczenie, w którym potwierdza sposób ustalenia ceny za udzielone świadczenie opieki zdrowotnej określonej w zestawieniu, zgodnie z ust. 4 pkt 12 lit. b lub pkt 13. Zgodność oświadczenia z danymi określonymi w ust. 4 pkt 13 lit. a i c, w zakresie dotyczącym Funduszu, potwierdza dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Fakturę i zestawienie, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości albo ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 7. 1. Leki wchodzące w zakres świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, są finansowane odpowiednio przez Ministra Sprawiedliwości albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych na podstawie miesięcznego zestawienia, które zawiera:

- 1) numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku gdy nie posiada on numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) datę urodzenia;
- 3) obywatelstwo;
- 4) podstawę prawną wydania leku świadczeniobiorcy;
- 5) kod EAN leku i kwotę podlegającą refundacji.

2. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, sporządza oddział wojewódzki Funduszu na podstawie zbiorczych zestawień i informacji, o których mowa w art. 63 ustawy, i przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości albo ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

§ 8. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12a ustawy, udzielane skazanemu na podstawie przepisów o koordynacji, są finansowane przez Ministra Sprawiedliwości na podstawie zestawienia.

2. Zestawienie zawiera dane, o których mowa w § 4 ust. 2.

3. Zestawienie, o którym mowa w ust. 1, uwzględniające kwoty zapłacone instytucjom łącznikowym, sporządza centrala Funduszu na podstawie zestawień kosztów leczenia otrzymanych z instytucji łącznikowych, określonych w przepisach o koordynacji, i przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia dokonania przez centralę Funduszu zapłaty na rzecz instytucji łącznikowych.

§ 9. Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych przekazują na wskazany rachunek bankowy, w terminie do 60 dni od dnia otrzymania zestawienia, sporządzonego zgodnie z § 7 lub § 8, środki finansowe, o których mowa w:

- 1) § 6 ust. 1 - świadczeniodawcy;
- 2) § 7 ust. 1 - właściwym oddziałom wojewódzkim Funduszu;
- 3) § 8 ust. 1 - centrali Funduszu.

§ 10. Dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 1 i 4, § 4 ust. 1, § 6 ust. 1, § 7 ust. 1 i § 8 ust. 1, są przekazywane w formie pisemnej.

§ 11. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, udzielone i niesfinansowane do dnia 28 lutego 2008 r., są finansowane przez Fundusz z

dotacji na rok 2008 i lata następne na zasadach obowiązujących w dniu ich udzielenia.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 2, udzielone i niesfinansowane do dnia 28 lutego 2008 r., są finansowane na zasadach obowiązujących w dniu ich udzielenia.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2, udzielone i niesfinansowane od dnia 29 lutego 2008 r., są finansowane na zasadach określonych w rozporządzeniu.

4. Przepis ust. 1 stosuje się również do świadczeniodawców, z którymi Fundusz nie zawarł umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2008.

5. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielone przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz nie zawarł umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2008 i niesfinansowane od dnia 29 lutego 2008 r., są finansowane na zasadach określonych w rozporządzeniu.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia³⁾.

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu z:

MINISTREM SPRAWIEDLIWOŚCI

MINISTREM SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 137, poz. 858), które utraciło moc z dniem na podstawie art. 1 pkt 1 ustawy z dniar. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Rozporządzenie zastępuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 137, poz. 858).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z nowelizacji upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13a ustawy. Przepis ten został znowelizowany ustawą z dnia r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr ..., poz. ...), która zachowała w mocy rozporządzenie wydane na podstawie dotychczasowego upoważnienia zawartego w 13a do czasu wydania nowego aktu wykonawczego.

W stosunku do obowiązującego rozporządzenia zostały wprowadzone niewielkie zmiany. 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 z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.), ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.), ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.), ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z późn. zm.), ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. Nr 180, poz. 1280, z późn. zm.) 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). Świadczenia tym osobom finansuje budżet państwa z dotacji celowej przekazywanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia, co wynika z art. 97 ust. 8 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 3. Przepisy ustawowe wskazują zatem płatnika, ale jednocześnie przewidują, iż rozliczenie świadczeń odbywa się za pośrednictwem Funduszu. Rozporządzenie wydane na podstawie art. 13a reguluje wyłącznie techniczne kwestie przekazania i rozliczenia dotacji przekazywanej z budżetu państwa do Narodowego Funduszu

Zdrowia na finansowanie świadczeń ww. osobom. Przedmiotem regulacji w rozporządzeniu z art. 13a nie są zatem zasady finansowania, lecz tryb i sposób finansowania – a zatem kwestie techniczne przekazania środków z dotacji, rozliczenia Funduszu z budżetem państwa oraz ze świadczeniodawcami, dokumentowanie rozliczeń itd. Proponowana w projekcie regulacja nie czyni istotnych zmian w zakresie przedmiotu regulacji. Wprowadza ona zmianę polegającą na tym, iż ww. zasady dokonywania rozliczeń zawarte w ww. rozporządzeniu będą miały zastosowanie do wszystkich osób, za które, zgodnie z art. 97, jest przekazywana dotacja do Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy w tym miejscu podkreślić, że kwestie regulowane w rozporządzeniu, wydawanym na podstawie art. 13a w projektowanym brzmieniu nie będą pokrywać się z przepisami innych aktów prawnych, w tym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867, z późn. zm.), wydanego na podstawie art. 26a ustawy. Rozporządzenie to określa bowiem tryb pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju. Nie odnosi się natomiast do kwestii technicznych przekazywania środków z dotacji i rozliczenia Funduszu z budżetem państwa. Te kwestie bowiem będą przedmiotem rozporządzenia wydanego na podstawie art. 13a ustawy.

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.



Minister Spraw Zagranicznych

Warszawa, 1 października 2010 r.

DPUE - 920 - 304 - 10/kma/5

SM-2124

dot.: RM-10-129-10 z 28.09.2010 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Z poważaniem
z up. Ministra Spraw Zagranicznych
SEKRETARZ STANU
Mikołaj Dowgiałewicz

Do wiadomości:
Pani Ewa Kopacz
Minister Zdrowia