



PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa, dnia 12 sierpnia 2015 r.

RM-10-81-15

Pani Małgorzata KIDAWA-BŁOŃSKA
Marszałek Sejmu

Szanowna Pani Marszałek

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi

projekt ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018.

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

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

Z poważaniem

U S T A W A

z dnia

o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018

Art. 1. 1. W okresie do dnia 31 grudnia 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581), otrzymuje dotację z budżetu państwa w wysokości 320 232 tys. zł rocznie. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca, do Narodowego Funduszu Zdrowia dotację w wysokości 1/12 tej kwoty; w okresie tym do świadczeń, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie stosuje się art. 97 ust. 8 tej ustawy.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przekaze, w terminie do dnia 31 grudnia 2015 r., do Narodowego Funduszu Zdrowia środki z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od dnia 1 stycznia 2015 r. do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc wejścia w życie niniejszej ustawy osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz art. 42j ustawy wymienionej w ust. 1, nierozliczonych do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, uwzględniając, że łączna wysokość środków z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych tym osobom wynosi iloczyn kwoty 26 686 tys. zł oraz liczby miesięcy od początku 2015 r. do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc wejścia w życie niniejszej ustawy.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekaze, w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, do Narodowego Funduszu Zdrowia środki z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz art. 42j ustawy wymienionej w ust. 1, nierozliczonych do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, uwzględniając, że łączna wysokość środków z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych tym osobom w latach 2013 i 2014 wynosi 640 464 tys. zł.

4. Środki, o których mowa w ust. 1–3, nie podlegają rozliczeniu na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy wymienionej w ust. 1.

Art. 2. Wnioski o uruchomienie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy wymienionej w art. 1 ust. 1, wniesione i niezrealizowane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, nie podlegają realizacji w zakresie sfinansowania kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy wymienionej w art. 1 ust. 1.

Art. 3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do dnia 31 stycznia 2018 r., przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację w sprawie możliwości poprawnej weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodzin osób ubezpieczonych oraz możliwości rozliczania dotacji, o której mowa art. 97 ust. 8 ustawy wymienionej w art. 1 ust. 1.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Projektowana ustawa jest wynikiem prac Zespołu do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze środków pochodzących z dotacji budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Zespół stwierdził, że obecnie nie ma możliwości weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej dzieci do 18. roku życia, jak również innych członków rodzin osób ubezpieczonych. W związku z tym nie ma możliwości ustalenia kosztów świadczeń w tym zakresie oraz możliwości przekazania dotacji z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół rekomendował wprowadzenie zmian ustawowych.

Niniejsza propozycja bierze pod uwagę ww. propozycje Zespołu. W art. 1 ust. 1 projektu ustawy proponuje się, aby do końca 2018 r. wprowadzić regulację, zgodnie z którą finansowanie świadczeń dla świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni odbywałoby się w ramach dotacji budżetowej w ustalonej z góry kwocie 320 232 tys. zł rocznie, przy czym przekazywanie miałyby następować co miesiąc w wysokości 1/12 tej kwoty.

Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia będzie monitorował sytuację w tym zakresie i przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stosowną informację (art. 3 projektu), która będzie niezbędna do opracowania alternatywnego pozalegisłacyjnego rozwiązania trwałego w zakresie sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieubezpieczonym, które będzie stosowane po zakończeniu obowiązywania rozwiązań zawartych w niniejszym projekcie ustawy, a którego przygotowanie zalecił Zespół ds. Programowania Prac Rządu w ustaleniach z dnia 11 marca 2015 r.

Ww. kwota w wysokości 320 232 tys. zł dotyczyć będzie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom:

1) o których mowa w:

- a) art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, tj. osobom innym niż ubezpieczeni

posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy,

- b) art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach, tj. osobom innym niż ubezpieczone i wymienione w lit. a, które nie ukończyły 18. roku życia: posiadającym obywatelstwo polskie lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - c) art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach, tj. osobom innym niż ubezpieczeni i innym niż wymienione w lit. a i b, posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu i połogu, posiadające obywatelstwo polskie lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2 ustawy o świadczeniach, tj. świadczeń udzielonych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
 - 3) o których mowa w art. 12 pkt 3 ustawy o świadczeniach, tj. świadczeń udzielonych na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 4) o których mowa w art. 12 pkt 4 ustawy o świadczeniach, tj. świadczeń udzielonych na podstawie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
 - 5) o których mowa w art. 12 pkt 6 ustawy o świadczeniach, tj. świadczeń udzielonych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

- 6) o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy o świadczeniach, tj. świadczeń udzielonych osobom z ważną Kartą Polaka;
- 7) o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach, tj. przeprowadzonego poza granicami kraju leczenia lub przeprowadzonych badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

Ww. kwota ryczałtu w wysokości 320 232 tys. zł rocznie została obliczona dla:

- 1) **osób, o których mowa art. 2 ust. 1 pkt 3** ustawy o świadczeniach, na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z danymi z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych na dzień 31 grudnia 2013 r. osób w wieku do 18. roku życia niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego było 993 978. Zbieżny adres osoby w wieku do 18. roku życia niezgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego i osoby ubezpieczonej (głównego ubezpieczonego) występuje w przypadku 582 603 osób, co oznacza, że w przypadku 411 375 osób w wieku do 18. roku życia niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego można domniemywać, że nie było możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny. Mając na uwadze przepisy dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, przepisy art. 66 ust. 1 pkt 17 oraz art. 86 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach, na podstawie których zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uczniów w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, dokonują odpowiednie podmioty, m.in. szkoła, należy uznać, iż w grupie dzieci od 7 do 18 lat zawsze istnieje obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (albo rodzic, albo szkoła). Sytuacja ta nie obejmuje dzieci posiadających obywatelstwo polskie i zamieszkujących za granicą – tym dzieciom ustawodawca przyznał prawo do świadczeń w Polsce finansowanych ze środków publicznych. W świetle powyższego należy uznać, że wyłącznie w grupie dzieci w wieku 0–6 lat mogą się zdarzyć sytuacje, kiedy nie ma możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia. Spośród ww. grupy dzieci liczącej 411 375 w wieku 0–6 lat było 149 438 dzieci. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia koszt świadczeń dla ww. grupy dzieci 411 375 w 2013 r. wyniósł 217 009 328,83 zł, a zatem koszt świadczeń przypadający na grupę dzieci w wieku 0–6 lat wyniósł 78 831 820 zł;

- 2) **osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4** ustawy o świadczeniach (kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu), na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którymi wartość świadczeń dla tej grupy w 2013 r. wynosiła 8 004 135 zł;
- 3) **osób, o których mowa w art. 12 pkt 2–4 i 6** ustawy o świadczeniach (osoby uzależnione od alkoholu, narkotyków, osoby chore psychicznie, osoby chorujące na choroby zakaźne), jako średnia wartość świadczeń z lat 2010–2013, która wyniosła 81 911 047 zł;
- 4) **osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2** ustawy o świadczeniach (tj. osób innych niż ubezpieczeni, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy), na podstawie wysokości rozliczonej za 2013 r., czyli 132 393 652 zł;
- 5) **osób, o których mowa w art. 12 pkt 9** ustawy o świadczeniach (osób z ważną Kartą Polaka), na podstawie wysokości rozliczonej za 2013 r., czyli 416 348 zł;
- 6) **świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 42j** ustawy o świadczeniach (przeprowadzanie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy), na podstawie wysokości rozliczonej za 2013 r., czyli 18 675 469 zł.

Przepisy art. 1 ust. 2 i 3 mają na celu uregulowanie sytuacji związanej z przekazaniem i rozliczeniem dotacji, która do dnia wejścia ustawy w życie nie została przekazana i rozliczona. Dotacja byłaby przekazywana za 2013 r. i 2014 r., uwzględniając wysokość przekazanych środków w tym zakresie w 2013 r. i 2014 r. – wyliczona kwota ryczałtu rocznego zostałaby pomniejszona o dotychczas przekazane środki. Dotacja byłaby przekazywana za 2015 r., uwzględniając wysokość przekazanych środków w tym zakresie w 2015 r. – wyliczona kwota stanowiąca iloczyn ryczałtu miesięcznego

oraz liczby miesięcy od początku 2015 r. do miesiąca wejścia w życie niniejszej ustawy zostałyby pomniejszona o dotychczas przekazane środki.

Projektowana ustawa zawiera przepis przejściowy dotyczący wniosków o uruchomienie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach, wniesionych i niezrealizowanych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, co jest niezbędne ze względu na konieczność szybkiego uregulowania sytuacji z przekazaniem i rozliczaniem dotacji.

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, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Katarzyna Makowiecka, główny specjalista w Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia Tel. 53 00 336 e-mail: k.makowiecka@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 23 lipca 2015 r.</p> <p>Źródło Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów</p> <p>Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD 209</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W ostatnich latach pojawiły się problemy z prawidłową identyfikacją osób ubezpieczonych i nieubezpieczonych, w szczególności będących członkami rodzin osób ubezpieczonych (w tym dzieci), co przełożyło się m.in. na brak możliwości przekazania i rozliczania dotacji z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie w latach 2013 i 2014. Dotyczy to dotacji na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom określonym w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz w art. 12 pkt 2–4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Zmiana sposobu przekazywania dotacji z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń dla osób nieubezpieczonych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 i art. 42j ustawy o świadczeniach – przejście na system ryczałtowy z określoną ustawowo kwotą dotacji (320 232 tys. zł rocznie, przy czym przekazywanie miałyby następować co miesiąc w wysokości 1/12 tej kwoty).

Zaproponowany w projekcie ustawy ryczałtowy sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieubezpieczonym ma obowiązywać do końca 2018 r. Wynika to z ustaleń Zespołu ds. Programowania Prac Rządu z dnia 11 marca 2015 r. Zespół podjął decyzję o uzupełnieniu Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów o ww. projekt ustawy „z zaleceniem procedowania proponowanych zmian jako przejściowych obowiązujących do 2018 r.”.

Zespół zalecił jednocześnie opracowanie alternatywnego pozalegisłacyjnego rozwiązania trwałego. W związku z tym w art. 3 projektu zawarto regulację, zgodnie z którą Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do dnia 31 stycznia 2018 r., przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację odnośnie do możliwości poprawnej weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodzin osób ubezpieczonych oraz możliwości rozliczania dotacji, o której mowa art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach.

Projekt ustawy będzie zawierał także uregulowania dotyczące przekazania i rozliczenia dotacji za lata 2013, 2014 i 2015, która do dnia wejścia ustawy w życie nie zostanie przekazana i rozliczona.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia	1		Zmiana sposobu rozliczania dotacji z budżetu państwa
Minister Zdrowia	1		Zmiana sposobu rozliczania dotacji z budżetu państwa

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt regulacji został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych na 21 dni z następującymi podmiotami:

- 1) Naczelną Radą Lekarską;
- 2) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelną Radą Aptekarską;
- 4) Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych;

- 5) Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 6) Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 7) Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 8) Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 9) Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 10) Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 12) Forum Związków Zawodowych;
- 13) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 14) NSZZ „Solidarność”;
- 15) Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 16) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych;
- 17) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;
- 18) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 19) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych;
- 20) Krajowym Związkiem Zawodowym Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych;
- 21) Konfederacją „Lewiatan”;
- 22) Business Center Club;
- 23) Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 24) Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

Odnośnie do projektowanej ustawy nie prowadzono tzw. prekonsultacji.

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). W trybie określonym tą ustawą nie zgłoszono zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Projekt został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

Wyniki konsultacji zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	<p>1. W chwili obecnej istnieje zobowiązanie budżetu państwa wobec NFZ z tytułu ww. dotacji, które w ramach obowiązujących przepisów nie może zostać wykonane. Oznacza to, że środki finansowe wyszczególnione w projekcie nie będą stanowiły dodatkowego zobowiązania dla budżetu państwa, lecz będą szczególną formą uregulowania obecnej sytuacji w opisanym powyżej zakresie.</p> <p>2. Dotacja z budżetu państwa w przedmiotowym zakresie za lata 2013–2014 nie została przekazana w całości, jedynie w zakresie, który nie budził wątpliwości (dotychczasowe art. 2 ust. 1 pkt 2, art. 12 pkt 9, art. 26 ustawy o świadczeniach – w łącznej wysokości ok. 151,5 mln zł za 2013 r. i ok. 166 mln zł za 2014 r.).</p> <p>3. W związku z tym wysokość przekazanej za 2013 r. i za 2014 r. dotacji nie może stanowić punktu odniesienia do wyliczenia skutków finansowych niniejszej regulacji.</p> <p>4. Dotacja w przedmiotowym zakresie za 2012 r. została przekazana w wysokości ponad 253 mln zł. Ta wysokość nie może jednak stanowić punktu odniesienia do wyliczenia skutków finansowych niniejszej regulacji, gdyż nie uwzględnia wzrostu wartości świadczeń w latach 2013–2014, które zostały opłacone z dotacji budżetu państwa (ww. art. 2 ust. 1 pkt 2, art. 12 pkt 9, art. 26).</p> <p>5. W związku z tym za punkt odniesienia przyjęto wartość wyliczoną jako sumę ww. wysokości dotacji przekazanej za 2013 r. oraz kwot wyliczonych w zakresie art. 2 ust. 1 pkt 3–4, art. 12 pkt 2–4 i 6 (wskazanych w uzasadnieniu do niniejszego projektu). <u>Daje to kwotę 320 232 tys. zł rocznie, która stanowi szacunkową wysokość środków należnych NFZ z tytułu dotacji z budżetu państwa.</u> W takiej samej wysokości w przepisach niniejszego projektu zaproponowano kwotę ryczałtu.</p> <p>6. Jednocześnie, mając na uwadze, że pomimo istniejących zobowiązań do finansowania świadczeń w omawianym zakresie, w chwili obecnej ustawa budżetowa nie przewiduje środków finansowych na pokrycie wszystkich zobowiązań wymienionych w pkt 1. Spłata tych zobowiązań zostanie rozłożona w czasie. W 2015 r. zostaną pokryte zobowiązania za 2015 r. – odpowiednie środki finansowe są przewidziane w: części 46 – Zdrowie, dziale 851 – Ochrona Zdrowia, rozdziale 85156 – Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozdziale 85195 – Pozostała działalność (kwota 180 204 000 zł) oraz części 83 – Rezerwy celowe, poz. 44 (kwota 140 028 000 zł). Natomiast środki finansowe, stanowiące zobowiązania za lata 2013–2014, w łącznej wysokości 322 582 443,64 zł zostaną przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie.</p>
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Ww. kwota 320 232 tys. zł została wyliczona poprzez zsumowanie następujących pozycji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kwoty dotacji przekazanej do NFZ w 2013 r. (na podstawie sprawozdań NFZ) w zakresie art. 2 ust. 1 pkt 2 (132 393 652 zł), w zakresie art. 12 pkt 9 (416 348 zł), w zakresie art. 42j (18 675 469 zł); 2) w zakresie art. 12 pkt 2–4 i 6 uwzględniono średnią wartość sprawozdanych przez NFZ świadczeń z lat 2010–2013, która wyniosła 81 911 047 zł; 3) w zakresie art. 2 ust. 1 pkt 3 uwzględniono oszacowaną kwotę w wysokości 78 831 820 zł; 4) w zakresie art. 2 ust. 1 pkt 4 uwzględniono, na podstawie informacji NFZ, wartość świadczeń dla tej grupy w 2013 r., która wyniosła 8 004 135 zł. <p>Kwota z pkt 3 została oszacowana na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z danymi z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych na dzień 31 grudnia 2013 r. osób w wieku do 18. roku życia niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego było 993 978. Zbieżny adres osoby w wieku do 18. roku życia niezgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego i osoby ubezpieczonej (głównego ubezpieczonego) występuje w przypadku 582 603 osób, co oznacza, że w przypadku 411 375 osób w wieku do 18. roku życia niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego można domniemywać, że nie było możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny. Mając na uwadze przepisy dotyczące ubezpieczenia</p>

zdrowotnego członków rodzin, przepisy art. 66 ust. 1 pkt 17 oraz art. 86 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach, na podstawie których zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uczniów w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, dokonują odpowiednie podmioty, m.in. szkoła, należy uznać, iż w grupie dzieci od 7 do 18 lat zawsze istnieje obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (albo rodzic, albo szkoła). Sytuacja ta nie obejmuje dzieci posiadających obywatelstwo polskie i zamieszkujących za granicą – tym dzieciom ustawodawca przyznał prawo do świadczeń w Polsce finansowanych ze środków publicznych. W świetle powyższego należy uznać, że wyłącznie w grupie dzieci w wieku 0–6 lat mogą się zdarzyć sytuacje, kiedy nie ma możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia. Spośród ww. grupy dzieci w liczbie 411 375 w wieku 0–6 lat było 149 438 dzieci. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia koszt świadczeń dla ww. grupy dzieci 411 375 w 2013 r. wyniósł 217 009 328,83 zł, a zatem koszt świadczeń przypadający na grupę dzieci w wieku 0–6 lat wyniósł – 78 831 820 zł.

Kwoty dotacji dla poszczególnych grup świadczeniobiorców, jak wskazano powyżej, pochodzą ze sprawozdań sporządzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w których wykazywane są opłacone przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej wykonane przez świadczeniodawców. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia sporządza takie sprawozdania w oparciu o dane z poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasady ich sporządzania określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1979). Sprawozdania obejmują wartość świadczeń i liczbę osób, którym udzielono świadczeń, co wynika z § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia. Dodatkowo Narodowy Fundusz Zdrowia sporządza te sprawozdania w odniesieniu do poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej wyszczególnionych w planie finansowym Funduszu – zbiorczo dla Funduszu oraz oddzielnie dla każdego z oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Narodowy Fundusz Zdrowia przesyła sprawozdania do Ministerstwa Zdrowia wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje,
w tym wskazanie
źródeł danych i
przyjętych do obliczeń
założeń

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektunie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak
nie
nie dotyczyzmniejszenie liczby dokumentów
zmniejszenie liczby procedur
skrócenie czasu na załatwienie sprawy
inne:zwiększenie liczby dokumentów
zwiększenie liczby procedur
wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.

tak
nie
nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszaryśrodowisko naturalne
sytuacja i rozwój regionalny
inne:demografia
mienie państwoweinformatyzacja
zdrowie

Omówienie wpływu

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

III kwartał 2015 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ze względu na techniczny (zmiana sposobu rozliczania dotacji z budżetu państwa) i doraźny charakter projektu ustawy nie jest przewidziana ewaluacja efektów projektu.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018.

Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania
projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015
– 2018

Do uzgodnień, konsultacji publicznych oraz opiniowania został przekazany projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierający regulacje o charakterze przejściowym ujęte w projekcie ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015 – 2018. Decyzją Rady Ministrów z projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały usunięte zmiany przepisów merytorycznych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co implikowało konieczność zmiany tytułu ustawy.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) z chwilą skierowania projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obecnie projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015 – 2018) do uzgodnień, konsultacji publicznych oraz opiniowania, został on zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.

Projekt regulacji podlegał opiniowaniu i konsultacjom publicznym w okresie 21 dni z:

1. Naczelną Radą Lekarską
2. Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych
3. Naczelną Radą Aptekarską
4. Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych
5. Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia
6. Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
7. Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
8. Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
9. Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

10. Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych
11. Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej
12. Związkiem Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień
13. Ogólnopolską Konfederacją Związków Zawodowych Ochrony Zdrowia
14. Forum Związków Zawodowych
15. Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”
16. NSZZ „Solidarność”
17. Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”
18. Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
19. Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych
20. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych
21. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy
22. Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych
23. Krajowym Związkiem Zawodowym Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych
24. Konfederacją „Lewiatan”
25. Business Center Club
26. Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
27. Zakładem Ubezpieczeń Społecznych
28. Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego

W ramach konsultacji społecznych i opiniowania uwagi zgłosili:

- 1) Naczelna Rada Lekarska, która w swoim stanowisku wskazała, iż kwota ryczałtu określona w projekcie ustawy jest zbyt mała;
- 2) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, który zaproponował, aby do projektu ustawy dodać regulacje dotyczące kontynuacji zgłoszenia do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby, których bieg ubezpieczenia (zwłaszcza jako członków rodziny) został przerwany przez krótkotrwałe uzyskanie tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego przez podjęcie pracy, a następnie powtórnie niezgłoszone do poprzedniego tytułu. Stworzenie możliwości kontynuacji ubezpieczenia zdrowotnego miałyby na celu m.in. uniknięcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztownego postępowania administracyjnego;
- 3) Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, w opinii którego wartość dotacji przeznaczona na sfinansowanie świadczeń ustalona na poziomie 320 232 tys. zł rocznie, powinna być ponownie zweryfikowana i

powiększona adekwatnie do rzetelnie przeprowadzonej wyceny świadczeń, zwłaszcza świadczeń psychiatrycznych. Zaprojektowany ryczałt roczny dla świadczeń udzielanych po 2015 r., to podtrzymywanie niewystarczającego poziomu finansowania opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

- 4) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, w opinii której projekt nie rozwiązuje problemu świadczeniobiorców uprawnionych do świadczeń, którzy w oparciu o dane zawarte w systemie weryfikacji uprawnień do leczenia eWUŚ prowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykazani są jako nie uprawnieni do opieki zdrowotnej finansowanej w ramach ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Grupy tych świadczeniobiorców eksperci Federacji wielokrotnie przedstawiali w korespondencji i podczas spotkań, jednakże w przypadku takiej potrzeby Federacja gotowa jest ponownie przedstawić szczegółowe informacje o jakie grupy pacjentów chodzi. Dodatkowo w związku z zawartym porozumieniem pomiędzy Federacją a Ministrem Zdrowia w dniu 07.01.2015 r. dotyczącym funkcjonowania Podstawowej Opieki Zdrowotnej Federacja proponuje dodać do projektowanych zmian zapisy wynikające z tego porozumienia pkt 9: wprowadzenie min. 90 dni konsultacji społecznych oraz przeprowadzenia co najmniej dwóch konferencji uzgodnieniowych w zakresie uchwalania Ogólnych Warunków Umów i wykreślenie art. 84ab z ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, a przez to ustalenie, iż kontrole realizacji umów u świadczeniodawców dokonywane przez NFZ następują w zgodzie z postanowieniem tej ustawy.

- 5) Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, który proponowane rozwiązania ocenia pozytywnie. Jediną wątpliwość budzi wyliczona wartość dotacji na poziomie 320 232 tys. zł rocznie, obliczona jako suma wysokości dotacji przekazanej za rok 2013, czyli ok. 151,5 mln zł, i kwot wyliczonych w zakresie art. 2 ust. 1 pkt 3 – 4, art. 12 pkt 2 -4 i 6 (wskazanych w uzasadnieniu do projektu zmiany ustawy), która powinna obowiązywać przy finansowaniu świadczeń w okresie: 2013 – 2015r. W okresie 2016 – 2018 kwota ta powinna być ponownie zweryfikowana i powiększona adekwatnie do rzetelnie przeprowadzonej wyceny, a co za tym idzie rozliczenia świadczeń. Osoby, o których mowa w art. 12 pkt 2-4,6 ustawy o świadczeniach, to osoby uzależnione od alkoholu, narkotyków, osoby chore psychicznie, osoby chorujące na choroby zakaźne. Powszechnie wiadomo, iż wycena świadczeń psychiatrycznych nie odzwierciedla w żadnym stopniu rzeczywistych kosztów, wynikających z obowiązku zapewnienia wymogów (gwarancji) udzielania świadczeń i prowadzi do zagrożenia zdrowia pacjentów i bezpieczeństwa

publicznego. Mając na względzie zaprojektowany ryczałt roczny dla świadczeń udzielanych po roku 2015, czyli nic innego, niż podtrzymywanie niewystarczającego poziomu finansowania opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, liczyć się należy z dalszą destrukcją funkcjonujących placówek realizujących przedmiotowe świadczenia.

- 6) Starosta Bielski, który opiniuje pozytywnie projekt z zastrzeżeniem, iż zaproponowana kwota 320,23 mln zł rocznie to kwota zbyt mała zaproponowany termin obowiązywania proponowanych zmian w ustawie powinien zostać skrócony do końca 2016 r. Propozycja trwania okresu przejściowego do końca roku 2018 r. jest złym rozwiązaniem, gdyż ta sprawa wymaga pilnego ale trwałego rozstrzygnięcia, a nie wprowadzenia kolejnego przepisu przejściowego .

Odnosząc się do uwagi Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność” oraz uwagi FZPOZ „Porozumienie Zielonogórskie” odnośnie dodania do projektu dodatkowych przepisów uwagi należy wskazać, że proponowane rozwiązania wykraczają poza zakres przedmiotowy projektu ustawy i w związku z tym nie mogą być dodane do projektu. Zakres przedmiotowy projektu ustawy został zaakceptowany przez Zespół ds. Programowania Prac Rządu w ustaleniach z dnia 11 marca 2015 r.

Natomiast uwagi Naczelnej Rady Lekarskiej, Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień, Starosty Bielskiego oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego odnośnie niewystarczającej kwoty ryczałtu, która została zaproponowana w projekcie ustawy, należy wskazać, że ustawa przewiduje odejście od systemu pokrywania kosztów na rzecz systemu ryczałtowego, w którym co do zasady zakłada się możliwość rozbieżności pomiędzy kosztami rzeczywistymi a zapłaconymi. Przy takiej formie zapłaty NFZ może wydać w tym zakresie zarówno więcej jak i mniej, a różnice nie są rozliczane (zwracane).

Wysokość ryczałtu została wyliczona przez Zespół do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze środków pochodzących z dotacji budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który oparł swoje wyliczenia na podstawie kosztów ponoszonych w ostatnich latach, zawartych w sprawozdaniach z opłaconych przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez świadczeniodawców. Sprawozdania takie są sporządzane przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia w oparciu o dane z poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Sprawozdania te obejmują wartość świadczeń i liczbę osób którym udzielono świadczeń i są sporządzane w odniesieniu do poszczególnych rodzajów

świadczeń opieki zdrowotnej wyszczególnionych w planie finansowym Funduszu - zbiorczo dla Funduszu oraz oddzielnie dla każdego z oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Natomiast uwaga Starosty Bielskiego co do skrócenia terminu obowiązywania zaproponowanych w projekcie zmian z końca 2018 r. na koniec 2016 r. nie będzie uwzględniona, gdyż termin ten wynika z zaleceń Zespołu ds. Programowania Prac Rządu w zawartych ustaleniach z dnia 11 marca 2015 r.

Ponadto swoją opinię wyraził Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który zgłosił wątpliwości co do celu zmian zawartych w art. 1 pkt 1 projektu dotyczących zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego. Zmiany te zostały usunięte na skutek ustaleń Rady Ministrów i obecny projekt ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015 – 2018 ich nie zawiera. ZUS przyjął założenie, iż celem tych zmian było doprecyzowanie przepisów poprzez wskazanie, jak prawidłowo należy spełnić obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, aby ustalić prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Założenie to było zgodne z intencją przepisów zawartych w projekcie. Zmiana przepisów zawarta w art. 1 pkt 1 projektu miała na celu doprecyzowanie art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez wskazanie, jak prawidłowo należy spełnić obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, aby uzyskać prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe wynikało z interpretacji przepisów ustawy, zgodnie z którą ubezpieczenie zdrowotne i prawo do świadczeń opieki zdrowotnej uzyskuje się na mocy ustawy (art. 3), natomiast przepis art. 67 ust. 3 uznaje się za techniczny. Powodowało to w konsekwencji (przy obserwowanym braku realizacji obowiązku zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego) brak możliwości identyfikacji osób ubezpieczonych i nieubezpieczonych, w szczególności będących członkami rodzin osób ubezpieczonych i następnie brak możliwości rozliczenia dotacji z budżetu państwa.

Proponowane w przekazanym do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania zmiany art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych miały przyczynić się do usprawnienia funkcjonowania systemu identyfikacji świadczeniobiorców i właściwego rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej im udzielonych. Zapewniłoby to prawidłową relację, zgodnie z którą zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przesądza o nabyciu statusu osoby ubezpieczonej oraz prawa do świadczeń, albowiem zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach status członka rodziny nie przesądza o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym.