

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

- **KOMISJI ADMINISTRACJI I CYFRYZACJI**  
(NR 4)  
z dnia 14 grudnia 2012 r.



---

## Pełny zapis przebiegu posiedzenia

### Komisji Administracji i Cyfryzacji (nr 4)

14 grudnia 2012 r.

Komisja Administracji i Cyfryzacji, obradująca pod przewodnictwem poseł **Julii Pitery (PO)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

- informację o stanie zaawansowania prac nad budową systemu dostępu do danych Centralnego Wykazu Ubezpieczonych,
- informację o zakresie zmian poziomu opłat za zakańczanie rozmów w sieci innego operatora (*mobile termination rate*).

W posiedzeniu udział wzięli: **Małgorzata Olszewska** podsekretarz stanu w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji wraz ze współpracownikami, **Magdalena Gaj** prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej wraz ze współpracownikami, **Wojciech Wiewiórowski** generalny inspektor ochrony danych osobowych, **Michał Marek** radca ministra w Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia, **Andrzej Strug** dyrektor Departamentu Informatyki w Narodowym Funduszu Zdrowia, **Izabela Trojanowska** dyrektor Departamentu Spraw Świadczeniobiorców w NFZ, **Grażyna Lisowska** dyrektor Departamentu Rozwoju Usług IT w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, **Ewa Kosowska** dyrektor Departamentu Ubezpieczeń i Składek w ZUS, **Andrzej Jesionek** dyrektor Biura Ubezpieczeń w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, **Wacław Iszkowski** prezes Polskiej Izby Informatyki i Telekomunikacji, **Marian Noga** prezes Polskiego Towarzystwa Informatycznego, **Janusz Górski** ekspert PKPP Lewiatan, **Maciej Adamkiewicz**, **Krzysztof Kucharczyk** przedstawiciele Polskiej Platformy Technologicznej Innowacyjnej Medycyny oraz **Piotr Kuriata** ekspert Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jolanta Ostrowska**, **Grażyna Kućmirowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

#### **Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie Komisji Administracji i Cyfryzacji. Witam wszystkich gości. Bardzo dziękuję za taką liczną obecność i proszę Komisję o akceptację porządku obrad. Porządek dzienny przewiduje informację na temat zaawansowania prac nad budową Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Punkt 2. – informacja na temat zakresu zmian poziomu opłat za zakańczanie rozmów w sieci innego operatora. Czy są jakieś uwagi do porządku obrad? W takim razie przechodzimy do realizacji porządku dziennego.

Mamy taką sytuację, że jeżeli chodzi o Centralny Wykaz Ubezpieczonych, to tę część, nad którą pracuje Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, zaprezentuje pan minister Boni na pierwszym posiedzeniu po Nowym Roku – trzeciego stycznia. Natomiast dzisiaj bardzo bym chciała prosić o zreferowanie przedstawiciela ministerstwa zdrowia.

Prosimy do mikrofonu.

#### **Dyrektor Departamentu Informatyki w Narodowym Funduszu Zdrowia Andrzej Strug:**

Jesteśmy przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak, że jeżeli można...

#### **Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

W porządku. To w takim razie tak, oczywiście.

### **Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Nazywam się Andrzej Strug, jestem dyrektorem Departamentu Informatyki. Jestem odpowiedzialny za wdrożenie systemu o nazwie eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców), a nie CWU. Na początku właśnie powiem o tym, że system, czy rejestr – Centralny Wykaz Ubezpieczonych – istnieje w NFZ od roku 2004. Jest stale utrzymywany, stale zasilany. Tak, że nie musieliśmy tworzyć CWU, tylko on istniał. Natomiast to, co budujemy, to interfejs dostępu do tej bazy danych dla użytkowników zewnętrznych, dla świadczeniodawców.

Najważniejsza informacja być może jest taka – i od tego zaczniemy. Otóż od 15 października system udostępniłmy już w wersji działającej dla użytkowników zewnętrznych, czyli świadczeniodawców. Wszyscy świadczeniodawcy czyli szpitale, przychodnie, gabinety lekarskie, którzy są zainteresowani sprawdzeniem, jak ten system działa, od 15 października mogli do systemu przystąpić. Natomiast oczywiście zasada, że dane uzyskane z systemu eWUŚ są obowiązujące w rozliczeniu, obowiązywać będzie dopiero od 1 stycznia. Tak, że to działanie ma po prostu nauczyć świadczeniodawców, jak się korzysta z systemu – czy on jest sprawny, czy nie, jakie problemy pojawiają się w trakcie użytkowania.

Do tej pory do systemu przystąpiło – to jest stan na poniedziałek w tym tygodniu, dzisiaj mamy piątek, więc te liczby pewnie są większe, ale my w cyklu tygodniowym zbieramy informacje – do poniedziałku mieliśmy ponad 55% świadczeniodawców, którzy mają podpisane umowy z NFZ. Ci świadczeniodawcy uzyskali od nas upoważnienie do korzystania z systemu. Ponieważ zgodnie z ustaleniami z GIODO (Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych), zresztą wynikającymi z ustawy o ochronie danych osobowych, jedynie osoby upoważnione mogą zaglądać do danych w naszym systemie.

Jaki ruch jest generowany? Może to też jest interesujące. W NFZ rejestrujemy rocznie około 300 mln zdarzeń o udzielonych świadczeniach i dodatkowo – o ponad 200 mln recept. W związku z tym spodziewaliśmy się i nadal się spodziewamy, że liczba dziennych zapytań może sięgać nawet miliona pytań ze strony świadczeniodawców. Do tej pory ten ruch – testowy ruch, proszę pamiętać – mamy na poziomie stu kilkudziesięciu tysięcy zapytań dziennie. System działa poprawnie – i wydaje się, że szybko. Nie mamy w każdym bądź razie sygnału ze strony świadczeniodawców, że coś działa niezgodnie z oczekiwaniami.

Spodziewamy się, że do końca roku uda nam się jeszcze przekonać pewien procent świadczeniodawców. Chcielibyśmy oczywiście, żeby 100% świadczeniodawców zdobyło te upoważnienia i przystąpiło do systemu, natomiast zdajemy sobie sprawę, że ten wynik jest nieosiągalny i zapewne jeszcze w przyszłym roku część z nich nie będzie korzystać z systemu. Ustawa jest tak napisana, że w zasadzie nie ma obowiązku korzystania z systemu eWUŚ. Chcemy, żeby oczywiście w jak najszerszym zakresie był stosowany. Natomiast nie chcieliśmy w pierwszym roku nakładać takiego obowiązku, że wszyscy świadczeniodawcy koniecznie muszą mieć komputery w rejestracji, podłączone do Internetu.

Natomiast tutaj nasza strategia jest taka, że oczywiście w kolejnych latach będziemy wymagać od świadczeniodawców, którzy przystępują do kontraktów z NFZ, żeby potrafili weryfikować uprawnienia metodą elektroniczną czyli poprzez system eWUŚ. Spodziewamy się, no, jak to w takich przypadkach bywa, że pewnie z 80% świadczeniodawców do końca roku uzyska te upoważnienia i można będzie weryfikować dane.

To jeśli chodzi o te technologie, technikę, to chyba podstawowe informacje, które starałem się teraz przekazać. Jeśli będą z państwa strony pytania, to na nie odpowiem.

### **Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Czy mają koledzy jakieś pytania? Proszę, pan poseł Dziadzio.

### **Poseł Dariusz Cezar Dziadzio (RP):**

Dziękuję, pani przewodnicząca. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie ministrze. Ja mam takie pytanie. Proszę mi powiedzieć, jak wygląda interfejs całego programu, jeżeli chodzi o obsługę. Jakie są ograniczenia dla tzw. bocznego personelu? Bo z tego, co pamiętam, opierało się to na podaniu imienia, nazwiska i numeru PESEL. Z tego, co pamiętam, jak ustawa była przepracowywana. To jest kolejna rzecz. I jakie są zabezpieczenia przed włamaniem ze strony innych osób? Dziękuję bardzo.

A może tylko jeszcze jedno. Czy interfejs wykazuje informację, że pacjent jest ubezpieczony? I jeszcze chodzi mi o informację dodatkową – czy podaje również, przez kogo jest ubezpieczony? Dziękuję.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Interfejs jest dwojakiego rodzaju. Jeżeli będziecie zresztą państwo zainteresowani to możemy pokazać jak to działa. Możemy nawet zweryfikować PESEL-e państwa. Tak, że ten system jest dostępny.

**Głos z sali:**

Sprawdzimy, czy Kancelaria płaci.

**Głos z sali:**

Kancelaria to zgłasza więcej posłów niż trzeba.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Kancelaria ani państwo nie płacą. System jest darmowy, również dla świadczeniodawców. Zbudowaliśmy podwójny interfejs, jeszcze raz powtarzam. Dla małych świadczeniodawców, którzy nie mają swojego własnego systemu informatycznego, jest strona internetowa, do której sięgamy przez dowolną przeglądarkę.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Prosiłabym do mikrofonu, bo się nie nagra do stenogramu, więc jeśli można, to od początku tę część.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Dobrze. Ja lubię patrzeć w oczy, ale jeżeli nie mogę...

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Tak myślę, panie dyrektorze, że może by pan usiadł po prostu jakoś tak, żeby mógł pan mówić frontem do posłów. Przepraszam, ale to by znacząco ułatwiło. Przepraszam bardzo.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Tu jest miejsce. Dobrze. Już teraz będzie lepiej, rzeczywiście.

Więc interfejs jest dwojakiego rodzaju. Jeden to jest przeglądarkowy dla małych świadczeniodawców. I to można w każdej chwili pokazać tutaj, jak to wygląda. Natomiast ważniejszy – i my zachęcamy wszystkich do używania innego interfejsu, tzw. *web service* czyli serwisu internetowego, w którym można zintegrować własne oprogramowanie – szpitalne czy przychodni – z naszym systemem. Czyli na takim normalnym oprogramowaniu, tak jak do tej pory rejestrowało się pacjenta, dostawca oprogramowania dla szpitala czy przychodni powinien umieścić dodatkowy guzik, klawisz – „sprawdź w NFZ”. I po naciśnięciu tego guzika program łączy się z naszym systemem. Dostaje odpowiedź i wyświetla tę informację zgodnie z interfejsem używanym przez ten szpital, przez tę przychodnię. Tak, że spodziewamy się, że większość dojrzałych świadczeniodawców, korzystających na co dzień z systemów informatycznych, będzie zintegrowana w ten sposób.

Jeśli chodzi o pytanie dotyczące pacjenta – wpisujemy tylko numer PESEL pacjenta. Tylko i wyłącznie. Natomiast w odpowiedzi otrzymujemy potwierdzenie tego numeru oczywiście, ale otrzymujemy też imię i nazwisko i informację o tym, czy pacjent jest uprawniony, czy nie. Przy czym informacja pozytywna, tzw. zielona – państwo w gazetach czytacie pewnie takie stwierdzenia – informacja pozytywna mówi o tym, że NFZ potwierdza uprawnienia pacjenta. Natomiast informacja czerwona – nie chcę powiedzieć negatywna, tylko właśnie informacja nie zielona, która jest wyświetlona na czerwono – mówi, że NFZ nie potwierdza uprawnień pacjenta.

To nie oznacza, że my definitywnie uznajemy, że pacjent jest nieuprawniony, tylko że być może w całym procesie zgłaszania do ubezpieczenia był jakiś błąd, niedopatrzenie, niedociągnięcie. I tutaj możemy mówić o różnych podmiotach, które mogły mieć wpływ na to „coś”. Jeśli będzie chęć przedyskutowania tego, to też przedstawimy dalsze informacje, ale generalnie informacja jest dwojaka: „tak – potwierdzamy” lub „nie – nie potwierdzamy” uprawnień pacjenta.

Jeżeli potwierdzimy pozytywnie uprawnienia pacjenta, oznacza to, że nigdy nie będziemy kwestionowali tego, czy pacjent miał uprawnienia, czy nie. Nawet gdybyśmy za pół roku dostali nowe informacje, które mówią o tym, że pacjent jest nieuprawniony – my świadczeniodawcy pieniędzy nigdy nie zabierzemy i nigdy od pacjenta nie będziemy żądali dodatkowych pieniędzy. Ta pozytywna odpowiedź przenosi ciężar odpowiedzialności za udzielone świadczenia na NFZ.

Natomiast odpowiedź wątpliwa nakazuje świadczeniodawcy zweryfikować inne dokumenty, które powinien pacjent okazać, jeżeli ma je ze sobą. Czyli sytuacja może się nie zmienić całkowicie w stosunku do dzisiejszego dnia. Jeżeli ktoś chce chodzić z RMUA, ma książeczkę ubezpieczeniową poświadczoną, ma legitymację rencisty czy legitymację emeryta, to może okazać ten dokument. Jeżeli świadczeniodawca zarejestruje, że widział dokument ubezpieczenia przedstawiony przez pacjenta – przekazuje do nas tę informację i my świadczeniodawcy zawsze zapłacimy.

Trzeci wariant – ponieważ pacjenci oczywiście, jak myślę, wykorzystają natychmiast system do tego, żeby nie trzeba było chodzić z żadnymi dokumentami, bo to jest na tyle wygodne, tak nam się wydaje, że będziemy chodzili tylko z numerem PESEL i z dowodem osobistym. I gdyby okazało się, że w odpowiedzi dostajemy informację nie potwierdzającą uprawnień, informację na czerwono, pacjent może złożyć oświadczenie. Jeżeli jest przekonany, że pracuje, jest emerytem, jest rencistą, ma inny tytuł ubezpieczenia, jest członkiem rodziny zgłoszonym do ubezpieczenia – pisze oświadczenie: jestem uprawniony. Właśnie Ministerstwo Zdrowia wydało rozporządzenie, w tym tygodniu. Tak, że ono jest już dostępne.

I znowu, jeżeli świadczeniodawca przekaze nam informację w sprawozdaniu – dostanie pieniądze. Co miesiąc, o czym nie wszyscy państwo wiedzą – co miesiąc, po zakończeniu miesiąca – lekarze, szpitale, przychodnie przesyłają do nas w postaci elektronicznej informacje o wszystkich udzielonych świadczeniach. I jeżeli do tej informacji dołączona jest właśnie wiedza o tym, że zostały sprawdzone dokumenty – świadczeniodawca pieniądze zawsze dostanie. Nigdy nie będziemy żądali zwrotu pieniędzy od świadczeniodawcy.

Natomiast ustawa przenosi na NFZ odpowiedzialność za dochodzenie od pacjenta poniesionych przez NFZ kosztów. Czyli – jeżeli pacjent złożył fałszywe oświadczenie, nie był uprawniony a uzyskał to świadczenie – i za to świadczenie my zapłaciliśmy szpitalowi – to NFZ ma obowiązek zweryfikowania, czy rzeczywiście pacjent był nieuprawniony. To po pierwsze. A jeżeli faktycznie oszukał, to my będziemy windykować pieniądze. To znaczy nie my, bo to przez urzędy skarbowe się dzieje, ale NFZ przygotowuje decyzję windykacyjną. Czyli to była odpowiedź na pytanie, czy świadczeniodawca pyta tylko o PESEL pacjenta. Tylko i wyłącznie o ten jeden numer.

Natomiast dostęp do systemu eWUŚ wymaga zarejestrowania wszystkich użytkowników przez nas, przez NFZ. To zostało zrobione w uzgodnieniu z GIODO. Procedura upoważniania świadczeniodawców do tego, żeby mogli korzystać z naszego systemu. Rejestrowane są wszystkie osoby, z imienia i nazwiska, które korzystają z systemu. Każdy szpital, przychodnia czy gabinet lekarski zgłasza w systemie eWUŚ imiennie osoby, które będą z tego korzystały. Przy każdym zapytaniu, skierowanym do nas, my w logach systemowych – czyli w takich paczkach danych, które mówią o tym, kto i o co pyta – zapisujemy również tę informację: kiedy, jakiej osoby dotyczyło to pytanie i kto pytał.

Tak. To chyba wyczerpałem odpowiedzi na wszystkie pana pytania.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Bardzo proszę, pan przewodniczący Rogacki.

**Poseł Adam Rogacki (PiS):**

Chciałem zapytać, czy dysponujecie państwo danymi procentowymi, ilu świadczeniodawców przystąpi do tego systemu? I czy ci wszyscy, którzy przystąpili do systemu – w miejscach, gdzie liczymy, że od 1 stycznia będzie wystarczał numer PESEL – w odpowiedni sposób przeszkolili personel? Przeszkolili tak, żeby to faktycznie zadziało tam, gdzie ma zadziałać?

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Mamy nadzieję, że 100% świadczeniodawców przystąpi do tego systemu. Natomiast życie pokazuje, że to niekoniecznie będzie 100%. Natomiast będzie to zdecydowana większość.

Mogę powiedzieć w ten sposób, że trzy tygodnie temu mieliśmy 30% świadczeniodawców, którzy wystąpili do nas i uzyskali upoważnienia. Na początku tego tygodnia, w poniedziałek, mieliśmy 55%. I spodziewamy się, że w poniedziałek po weekendzie – wtedy, kiedy zbierzemy kolejne informacje – będziemy już mieli ponad 60% świadczeniodawców. Do końca grudnia są jeszcze 2-3 tygodnie, więc myślimy, że kolejne 20% świadczeniodawców przystąpi do systemu. Ale to są szacunki, proszę nie trzymać mnie za słowo. Szacujemy, że około 3/4 czy 80% świadczeniodawców będzie miało już upoważnienia i zacznie od początku roku.

Natomiast myślę, że sam rynek, media wymuszą na pozostałych świadczeniodawcach również przystąpienie do systemu. Jeżeli okaże się, że w sąsiedniej przychodni potrafią sobie z tym poradzić – pacjenci wymuszą to coś i będą chcieli, żeby świadczeniodawcy weryfikowali uprawnienia.

My oczywiście rozpoczęliśmy akcję informacyjną. Już kilka tygodni temu pojawiły się na naszych stronach informacje o tym, co należy zrobić. Powołaliśmy koordynatorów oddziałowych, którzy animują spotkania ze świadczeniodawcami i w kontakcie z lokalną prasą również starają się upowszechnić informację o tym, że pojawia się nowy, wygodniejszy dla wszystkich system. I dlatego sądzymy, że stosunkowo szybko zbliżymy się do poziomu – takiego pewnie nieprzekraczalnego bez wymuszania, bez dodatkowych ruchów z naszej strony – i myślę, że to będzie poziom 90%.

Natomiast, jest takie wysokie prawdopodobieństwo, że przy kontraktach na przyszły rok będziemy po prostu wymagali, aby świadczeniodawcy, którzy chcą podpisać kontrakt z NFZ, posiadali komputer i połączenie do Internetu – po to, żeby to można było zawsze sprawdzać elektronicznie.

**Poseł Adam Rogacki (PiS):**

Dziękuję za odpowiedź. Chciałbym się jeszcze dopytać. Jest bardzo dużo informacji o tym nowym systemie a jak się okazuje, na dzień dzisiejszy i pan to potwierdza, że nawet jeszcze nie ma w nim 50% placówek. Więc dlatego pytam, bo może być powszechne przeświadczenie, że kiedy dzisiaj idę do szpitala czy do jakiegoś innego zakładu opieki zdrowotnej, to wystarczy mi numer PESEL. Chodzi o to, żeby w sytuacji, gdy okaże się, że to nie wystarczy, nie było jakichś kłopotów.

Ale chciałem zapytać także, czy państwo możecie umieścić – może na stronie NFZ – jakiś wykaz, tak, żeby każdy mógł sprawdzić, czy akurat placówka, z której korzysta, działa czy nie działa w nowym systemie.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Jest to dobry pomysł. Rozważymy rzeczywiście umieszczenie tej dodatkowej informacji. Przy czym ona pewnie wpływać na nic nie może na tym etapie, ale rzeczywiście tak, jak pan mówi – informacyjnie może to być dopingujące dla placówek, żeby zobaczyły, że są w tym gronie nielicznych świadczeniodawców, którzy jeszcze nie mają uruchomionego systemu. Przy czym – przypominam – powiedziałem, że już w poniedziałek to było 55%, już mamy większość. Mamy już 55% i myślę, że będzie wkrótce 80%.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Pan poseł Wipler, proszę.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Mam pytania, które zadawałem – a część z tych pytań zadawałem w styczniu tego roku po tym, jak dowiedziałem się z jednego z dzienników, że – krótko mówiąc – były problemy z rzetelnością. Już samo ministerstwo miało problem z uzyskiwaniem rzetelnych informacji od swoich pracowników. Chciałbym część tych pytań powtórzyć.

Pierwsze pytanie: jaki dotychczas był poziom wydatkowania środków? Ile kosztowało nas zbudowanie eWUS? Ile to ma łącznie kosztować? I tutaj chodzi zarówno o powstanie tego systemu, jak i koszty wdrożenia. Też chciałbym, żeby państwo przekazali nam

informację, jaki będzie roczny koszt eksploatacji tego systemu? Jakie koszty będą się z tym wiązały?

Drugie pytanie jest takie: czy są w chwili obecnej jakiegokolwiek zastrzeżenia Urzędu Zamówień Publicznych i Najwyższej Izby Kontroli, dotyczące wydatkowania tych środków i przebiegu procesu budowania eWUS?

Trzecie pytanie jest takie: czy w jakikolwiek sposób jest zagrożone finansowanie z funduszy unijnych? Jeżeli tutaj mamy do czynienia z tymi funduszami. Jest pytanie dotyczące też relacji między eWUS a projektem P1. To jest kwestia tego, jakie funkcjonalności eWUS dublują funkcjonalności projektu P1. I pytanie, krótko mówiąc – ile kosztowało dublowanie tych funkcjonalności?

Ostatnie pytanie, którego nie zadałem w swojej styczniowej interpelacji, jest takie: czy państwo przewidzieli procedury weryfikacji? Jak działają procedury weryfikacji? Czy ten system, ta aplikacja – nawet w takim ograniczonym zakresie – może być wykorzystywana do innych celów niż po prostu weryfikacja tego, czy dana osoba jest ubezpieczona? Państwo będziecie, mówił już tutaj o tym pan dyrektor, że mówiąc w największym skrócie, będą gromadzone informacje, kto zapytuje, w jakich przypadkach zapytuje. Pytanie jest takie: czy jest jakiś mechanizm kontrolny, w związku z jakimi zdarzeniami są zadawane zapytania w systemie przez osoby, które są jego dysponentami i mają możliwość dokonywania tego rodzaju zapytań? Dziękuję bardzo.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Odpowiadam.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Koszt systemu podajemy szacunkowo. To było w uzasadnieniu do nowelizacji ustawy. Wydaliśmy mniej więcej 10 mln zł na zakup sprzętu komputerowego, serwerów, rozszerzenia dysków i urządzeń komunikacyjnych. Mówię „mniej więcej” dlatego, że to jest wkomponowane w całą serwerownię NFZ. Tak, że czasem trudno dokładnie sprecyzować, które urządzenie w jakiej części działa. Ale generalnie kosztowało to inwestycyjnie około 10 mln zł czyli, jeżeli przeliczymy koszty na jednego ubezpieczonego, to wychodzi nam niecałe 30 groszy.

Ile będzie kosztowało użytkowanie? Więc jeżeli chodzi o system informatyczny, no to tutaj możemy liczyć tylko koszty amortyzacji, bo zapewne za jakiś czas ten sprzęt trzeba będzie dokupić, wymienić.

Ale myślę, że ważniejsza informacja – czy też intencja tego pytania – dotyczyła również windykowania pieniędzy. Ponieważ spodziewamy się, że jednak będzie grupa pacjentów, którzy będą korzystali w sposób nieuprawniony ze świadczeń, tzn. będą składali fałszywe oświadczenia, bo to generalnie do tego zmierza. Taki będzie najczęstszy model, że – albo przedstawiają fałszywy dokument opłacenia składki – np. RMUA sfalszowana – albo fałszywe oświadczenie. My podaliśmy w naszych szacunkach, że spodziewamy się, iż może być rocznie około 150 tys. takich zdarzeń. Sama ta liczba brzmi... no, wygląda na wysoką. Ale ja jeszcze raz przypomnę, że mamy tych zdarzeń ponad 200 mln, więc to jest ułamek procenta faktycznych zdarzeń.

Czy rzeczywiście będzie tyle osób, czy nie, to pokaże praktyka. I do tego planujemy zatrudnienie w skali kraju około 100 osób, chyba 96 czy 98 osób. Zatrudnienie będzie rozłożone stosownie do wysokości populacji na poszczególne oddziały, więc będzie to po kilka dodatkowych osób. Można to tam pomnożyć przez koszty zatrudnienia. Ale ja zwracam uwagę, że tym samym zdejmujemy ciężar biegania za pacjentami z barków szpitali i przychodni.

Proszę zrozumieć, jak to się dzisiaj odbywa. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji dokumentów ze strony pacjenta. Po czym po miesiącu przekazuje do nas informacje rozliczeniowe. I jeżeli zdaniem NFZ – zgodnie z danymi, które mamy zgromadzone u siebie – pacjent był w tym czasie nieuprawniony – my, świadczeniodawcy, nie płacimy. W związku z tym świadczeniodawca zmuszony jest szukać tego pacjenta i spróbować ściągnąć od niego pieniądze. Większość szpitali zatrudnia dodatkową osobę



do tego celu. Po prostu po to, żeby pilnować ściągania pieniędzy, bo tych zdarzeń, wbrew pozorom, obecnie było całkiem sporo.

Dzisiaj świadczeniodawca, jeżeli dopełni procedury czyli sprawdzi po prostu elektronicznie lub weźmie od pacjenta oświadczenie – ma zagwarantowane pieniądze z NFZ. Tak, że z jednej strony osoby, które do tej pory w przychodniach i szpitalach były zajęte windykacją pieniędzy od pacjenta, nie będą potrzebne. A inne szpitale i przychodnie czasami sobie to brały w koszty po prostu. To podrażało koszt ich funkcjonowania, ale już nie ścigali pacjentów.

Dzisiaj, powtarzam, odpowiedzialność przechodzi na NFZ. Więc, naszym zdaniem, zatrudnienie tych dodatkowych osób jest celowe. Przy czym w ustawie jest powiedziane, że będziemy oczywiście obserwować, ile takich zdarzeń miało miejsce i jeżeli okaże się, że mamy do czynienia nie ze 150 tys. a tylko z 10 tys., to oczywiście dodatkowych osób nie będziemy zatrudniać. To jest zatrudnienie w stosunku do tego, czego się spodziewamy.

Jeśli chodzi o zakupy sprzętu, to oczywiście – no, może nie oczywiście, bo to różnie w różnych instytucjach było – ale nie było żadnych zastrzeżeń UZP ani NIK do naszych postępowań. Zresztą od samego początku istnienia NFZ w gruncie rzeczy nie było takich zastrzeżeń.

Fundusze unijne nie wchodzi tutaj w grę, dlatego że robimy to z własnych pieniędzy, z pieniędzy NFZ. Projekt P1 i eWUŚ – tak, być może pytanie z tego wynikało, że projekt P1 rzeczywiście jest finansowany w dużym stopniu przez Unię Europejską. Jest to zupełnie inny temat. Projekt P1 w zasadzie nie zajmuje się uprawnieniami pacjentów. Natomiast my od samego początku informowaliśmy Ministerstwo Zdrowia, że w momencie kiedy platforma P1 będzie gotowa, czyli będzie działał portal, to my będziemy udostępniali te informacje również przez tamtą platformę. „Udostępniali” oznacza, że baza danych jest po naszej stronie, natomiast pacjenci będą się mogli zalogować zarówno na stronę NFZ i uzyskać te informacje, jak i zalogować na platformę P1 – nie wiem, jak ją nazwać, być może nazwa powinna być jakaś szczęśliwsza – ale będą się logowali poprzez system P1. System CSIOZ-etu (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia) będzie odpytywał nas o te dane, które będzie wyświetlał pacjentowi – łącznie z innymi danymi, które będą gromadzone po ich stronie.

Więc zamierzamy integrować te systemy. To jest generalna sugestia czy informacja dla państwa, że platforma P1 – mamy nadzieję, że tak to będzie zorganizowane – ma integrować dane, które przetwarzane są przez różne odpowiedzialne instytucje. Integrować czyli – w naszym rozumieniu – nie kopiować danych na swoje systemy, tylko ewentualnie wysyłać zapytania, dostawać odpowiedzi, po czym sumować te informacje i wyświetlać pacjentowi w postaci kompleksowej.

O ile w innych tematach można mieć wątpliwości, czy się powieliła funkcjonalność, czy nie, to tutaj na pewno takiej wątpliwości nie ma. My jesteśmy zobowiązani do utrzymywania bazy źródłowej, referencyjnej Centralnego Wykazu Ubezpieczonych i system eWUŚ bazuje na tej bazie. Jeżeli P1 będzie chciało od nas uzyskiwać informacje, dotyczące pacjentów, którzy przechodzą przez tę platformę, to te informacje będą im udostępniane przez serwis webowy.

I teraz pytanie, czy dane pochodzące z eWUŚ mogą być wykorzystywane do innych, niecnym celów? Wydaje się, że w niewielkim stopniu. Po pierwsze – my wyświetlamy bardzo wąską informację czyli tylko dodatkowo wyświetlamy imię i nazwisko. Ale ja przypominam, że świadczeniodawca w zasadzie i tak powinien zweryfikować je na podstawie dowodu osobistego. Zresztą, jeżeli chce prowadzić dokumentację medyczną, to i tak musi znać imię i nazwisko pacjenta.

Natomiast czy osoby, które są dopuszczone do systemu, mogą sobie pozwolić na to, żeby odpytywać o różne inne osoby lub też generować losowo numery PESEL i odpytywać system eWUŚ? Będziemy mieli założone blokady w systemie – tzn. już teraz ta blokada jest, ale na razie jest ustawiona na sztywnym poziomie tysiąca osób, natomiast od stycznia zrobimy to elastycznie. Czyli w zależności od tego, jaki kontrakt ma świadczeniodawca, jaka jest nasza wiedza na temat tego, ile on sprawozdaje co miesiąc, to te granice będą ustawione odpowiednio do świadczeniodawcy. Oczywiście, nie co do czło-

wieka, ale jeżeli ktoś przyjmuje 800 pacjentów dziennie, no, to powiedzmy ustawimy to na 1500. W związku z tym nie można sobie tutaj pozwolić na to, że ktoś pobierze pełną bazę PESEL lub też nawet 100 tys. czy milion.

Zatem będzie to, po pierwsze – w granicach rozsądku. Po drugie – będziemy również weryfikowali to później, po sprawozdaniu wykonanych świadczeń – czy sprawozdane świadczenia odpowiadają tym osobom, o które zapytano. Czyli jeżeli generalnie widać będzie, że regularnie ktoś odpytuje o osoby, których później nie wykazuje w sprawozdaniu o wykonanych świadczeniach, to jest to powód do wszczęcia postępowania kontrolnego. Tak, że przewidujemy oczywiście takie działania i one będą „zaszyte” w systemie.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Zanim oddam głos panu posłowi Brzezince, to tylko chciałam kolegom powiedzieć jedną rzecz, że pytania mogą być skierowane nie tylko do pana dyrektora. Mamy również innych gości, nie witałam wszystkich z imienia i nazwiska ze względu na ilość gości, natomiast teraz powiem, że jest obecny pan minister Wiewiórowski czyli generalny inspektor ochrony danych osobowych, jest dyrektor z KRUS, przedstawiciele ZUS. Tak więc możecie państwo również pytać o sprawy związane i z tymi instytucjami.

Pan poseł Brzezinka. Bardzo proszę.

**Poseł Jacek Brzezinka (PO):**

Dziękuję, pani przewodnicząca. Ja mam dwa krótkie pytania. Pierwsze dotyczy samej procedury przekazywania danych do CWU. Chciałem zapytać, ile to trwa, ile czasu mija od momentu, kiedy ZUS czy KRUS otrzyma informację od płatnika składek – np. informację o zgłoszeniu nowego pracownika – do momentu, kiedy informacja o tym pojawia się w CWU? Jaki to jest czas?

I drugie pytanie – dotyczy sytuacji świadczeniodawców. Mianowicie czy świadczeniodawca jest w stanie zarejestrować – czy stworzyć sobie informację z tego systemu – że weryfikował danego pacjenta? Czy po stronie świadczeniodawcy jest taka możliwość, żeby pozostała mu taka informacja? Myślę, że to może być istotne w przypadku ewentualnego występowania jakichś sporów. No bo jeżeli ta informacja jest tylko po stronie NFZ, no, to powiem, że docierały do mnie takie sygnały, że świadczeniodawcy się takiej sytuacji trochę obawiają. Dziękuję.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Najpierw odpowiem na drugie pytanie a później prześlę głos koleżance, która odpowie na pierwsze.

Więc rzeczywiście nie dopowiedziałem jeszcze, odpowiadając tu panu posłowi na temat tego, jakie informacje – oprócz PESEL, imienia i nazwiska pacjenta oraz informacji o tym, czy ma uprawnienia, czy nie – są zwrotnie przekazywane w eWUŚ świadczeniodawcy. Otóż po pierwsze jest przekazywany tzw. kod autoryzacji czyli unikalny numer transakcji, zapytania. I ten numer jest wprost widoczny również na portalu – gdybyście państwo chcieli zobaczyć, jak to w praktyce działa, to widać, że ostatnią informacją jest kod transakcji. Ale dodatkowo oczywiście ta informacja jest podpisywana elektronicznie. W związku z tym świadczeniodawcy mają dowód, który mogą w bazie danych zarejestrować. I gdybyśmy my z nieznanymi powodami próbowali powiedzieć, że takiego zapytania nie było lub też odwołujemy to, co powiedzieliśmy poprzednio – to oczywiście mają ten dowód. Potwierdzam, że tak to jest zrobione.

Natomiast proszę panią dyrektor Trojanowską o przedstawienie informacji, dotyczącej wymiany danych z ZUS-em.

**Dyrektor Departamentu Spraw Świadczeniobiorców w NFZ Izabela Trojanowska:**

Dzień dobry. Jeżeli chodzi o wymianę danych z ZUS-em, to wiele doniesień prasowych, medialnych ogólnie, przedstawia pewną fikcję, zbudowaną na informacjach sprzed dobrych kilkunastu lat, kiedy system był w ogóle wprowadzany. Bo częstokroć mogli się państwo spotkać z informacją, że pomiędzy tym, co ZUS dostaje a nami – to przesył trwa 2 miesiące. Tak naprawdę nie jest. Możemy bardzo precyzyjnie określić czas przekazywania danych.

Obecnie płatnik składek ma 7 dni na zgłoszenie do ZUS-u swojego nowo zatrudnionego pracownika lub zgłoszenie jakichkolwiek informacji jego dotyczących, jeżeli zmieniła się jego sytuacja prawna. Więc tak naprawdę pierwszy termin 7-dniowy może być skrócony do jednego dnia. To wszystko zależy od pracodawcy i od tego, w jaki sposób działa. I następnie ZUS przekazuje te informacje nam. ZUS przekazuje informacje obecnie – czyli do końca grudnia – raz w tygodniu. Więc minimalny czas przekazania danych pomiędzy zarejestrowaniem nowego pracownika – tzn. w ogóle zawarciem z nim umowy – a przekazaniem danych do nas może wynieść dwa dni, a maksymalnie to jest z 1,5-2 tygodnie. Oczywiście, pod warunkiem, że wszystkie dane, które zgłosił płatnik składek do ZUS-u, były zgłoszone w sposób prawidłowy i nie było tam błędu, który odrzuciłby komunikat. Obok mnie siedzą przedstawiciele ZUS i mogą to, oczywiście, potwierdzić.

Jesteśmy po uzgodnieniach, które zaczną obowiązywać od 1 stycznia. Zgodnie z tymi uzgodnieniami wymiana danych pomiędzy ZUS-em a nami będzie się odbywała codziennie. To już świadczy o tym, jak jesteśmy wydolni technicznie i jak szybko te informacje mogą się u nas zjawić.

**Dyrektor Departamentu Rozwoju Usług IT w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Grażyna Lisowska:**

Grażyna Lisowska, ZUS. Ja chciałam tylko uzupełnić, że my również żeśmy zoptymalizowali w naszym systemie przetwarzanie dokumentów zgłoszeniowych i wyrejestrowujących z cyklu dobowego do dobowego. W związku z tym, jeżeli płatnik nam przekaże dokumenty zgłoszeniowe jednego dnia, to następnego dnia te dane już są w naszym systemie i będą przekazywane – też w cyklu dobowym – od 1 stycznia do kolegów z NFZ. Bo wszystkim nam bardzo zależy na aktualności tych danych.

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

A jest jeszcze ważna informacja dodatkowa, dotycząca członków rodziny – zgłaszania członków rodzin. Dlatego, że do tej pory oczywiście istniał obowiązek zgłaszania członków rodzin, natomiast nie było określonego ustawowo czasu, w jakim główny ubezpieczony jest obowiązany dokonać takiej czynności. Właściwie była to duża dowolność po jego stronie. Natomiast teraz, od 1 stycznia, nowelizacja ustawy wprowadziła obowiązek poinformowania płatnika składek o członku rodziny, który musi być zgłoszony w ciągu 7 dni od zaistnienia okoliczności, powodujących taki obowiązek.

Na przykład jeśli mam dorosłe dziecko między 18 a 26 rokiem życia, które po czasie, kiedy postanowiło być dość swobodnym człowiekiem, rozpoczęło naukę na studiach – to od 1 października mam 7 dni, do 7 października, żeby powiedzieć mojemu pracodawcy, że mam dziecko-studenta i proszę o zgłoszenie go do systemu. To jest chyba dość cenna informacja.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dziękuję bardzo. Pan poseł Złotowski.

**Poseł Kosma Złotowski (PiS):**

Dziękuję, pani przewodnicząca. Ja mam pytanie następujące: czego i w jaki sposób świadczeniobiorca czyli pacjent, może się dowiedzieć o sobie w tym systemie? Czyli – w jaki sposób i czego może się dowiedzieć? Dziękuję.

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

Pacjent może się dowiedzieć, czy ma prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, czy nie ma takiego prawa lub czy to jego prawo jest wątpliwe. Jest to istotna informacja, jak mi się wydaje, także ze społecznego punktu widzenia. Bo czasami nie zdajemy sobie sprawy, że nasz płatnik, drukując nam przysłowiową „ermułkę”, faktycznie nie dopełnił obowiązku i nie mamy tego zgłoszenia – zarówno do nas, do ubezpieczenia zdrowotnego, jak i do ubezpieczeń społecznych.

W momencie, w którym zapali mi się to przysłowiowe czerwone światło, tzn. przekazana zostanie informacja, że my nie potwierdzamy prawa do świadczeń, to świadczeniobiorca powinien się zgłosić do swojego pracodawcy, żeby wyjaśnić taką sytuację. Potem my się też kontaktujemy z instytucjami. Można więc powiedzieć, że wprowadzenie sys-

temu eWUŚ pośrednio może doprowadzić – czekamy na taki efekt – do zmniejszenia szarej strefy.

**Poseł Kosma Złotowski (PiS):**

A w jaki sposób?

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

W taki sposób, że nawet mając wydrukowane czy wydane zaświadczenia przez nieuczciwego płatnika – że jako świadczeniobiorca zostałem zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego i do ubezpieczeń społecznych – to ja w tej chwili nie jestem w stanie tego sprawdzić bez kontaktu bezpośredniego z ZUS czy z nami. Jeżeli teraz, przychodząc do lekarza, dostanę czerwone światło – to wiem, że w mojej sytuacji prawnej jest coś nie w porządku. Sprawdzam u pracodawcy i on musi mi udowodnić, że zostałem zgłoszony.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Ja może uzupełnię jeszcze informację, bo też mam tutaj pytania, zadawane z boku. Być może intencja pana pytania była troszkę szersza.

System eWUŚ, którego termin wdrożenia ustawowo został ustalony na 1 stycznia, dotyczy świadczeniodawców. To oni mają mieć dostęp do informacji o tym, czy pacjenci są uprawnieni, czy nie. Natomiast w następnym kroku my chcemy, żeby o tym również pacjenci wiedzieli. Chcemy, aby również pacjenci mogli sprawdzić – zanim pójdą do lekarza – czy są uprawnieni, czy nie, czy płatnik opłacił składkę i tym podobne rzeczy. I planujemy uruchomienie kolejnego systemu w pierwszych miesiącach przyszłego roku. Z tym, że ustawa nie narzuca nam tam terminu i my ustaliliśmy taki harmonogram, żeby kolejno nie nakładać dwóch wdrożeń na siebie. Czyli do stycznia wdramy system eWUŚ i myślę, że mniej więcej od lutego, marca będziemy gotowi do tego, żeby udostępnić portal, który będzie przeznaczony dla pacjentów.

Co ten portal będzie zawierał? Bo to może jest również ważne, dlaczego my jesteśmy ostrożni i nie chcemy łączyć tych dwóch systemów razem. Portal dla pacjenta będzie udostępniał nie tylko informację o tym czy jest uprawniony, czy nie, ale również dawał dostęp do wszystkich informacji, zgromadzonych w NFZ. Wszystkie informacje o państwa bytności u lekarza, pobytach w szpitalach, wykupionych receptach refundowanych, które my obecnie przetwarzamy – będzie można sprawdzić poprzez ten portal.

Tak, jak powiedziałem, jest to bardzo duże przedsięwzięcie – głównie dlatego, że musimy zbudować bezpieczny system uwierzytelniania pacjentów. A do tej pory nie mamy dobrego narzędzia uwierzytelniania, bo karta ubezpieczenia ciągle się opóźniała. W związku z tym, tak jak powiedziałem, system zaczniemy wdramać... powiedzmy, pod koniec pierwszego kwartału przyszłego roku. I kolejne funkcje w ciągu roku 2013 będą udostępniane. Tak, że do końca roku pełna funkcjonalność tego systemu, który będziemy nazywali ZIP-em – Zintegrowany Informator Pacjenta – to będzie narzędzie właśnie dla pacjentów.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, może pan poseł Siarka, dobrze? Jeśli można, bo jeszcze nie zabierał głosu. A później, jeszcze raz pan poseł Wipler.

**Poseł Edward Siarka (SP):**

Mam takie pytanie, jak gdyby uszczegóławiające, do pani dyrektor, skoro pani porusza kwestię studentów. Mianowicie powiedzmy sobie, że jest tak: w tym wypadku student, którego mam w domu, w wakacje podejmuje pracę. I wiadomo, że jest ujęty w systemie, ma opłacone składki. 1 października wraca znowu jak gdyby do tego ubezpieczenia przy mamie. Bo tu chyba jakieś wątpliwości były? Czy to trzeba, że tak powiem, zgłaszać? Bo się okazało, że były dziury w systemie. Często te osoby szły np. po zaświadczenie, że posiadają uprawnienia do bezpłatnego pójścia do lekarza a tu nagle się okazywało, że w systemie ich nie ma.

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

Bo to jest pewne nieporozumienie. Status członka rodziny jest prawem pochodnym w stosunku do prawa głównego ubezpieczonego. Nie można jednocześnie być członkiem

rodziny i ubezpieczonym w systemie – tak mówi prawo. Jeżeli zostałem zgłoszony jako członek rodziny a potem jestem osobą dorosłą, która podejmuje np. czasowe zatrudnienie, to uzyskuję swój własny tytuł i z niego odprowadzane są składki. Jestem zgłoszony, mam prawo do korzystania ze świadczeń. Nie ma czegoś takiego, jak powrót do prawa pochodnego. My nie mamy informacji o tym, czy ta osoba dorosła, która już rozpoczęła swoją aktywność zawodową, jest nadal osobą spełniającą warunki do bycia członkiem rodziny tzn., że nadal się uczy. Bo my takiej informacji nie posiadamy i nie jesteśmy taką informacją zasilani. Stąd istnieje konieczność kolejnego zgłoszenia.

Aby wyjść naprzeciw takim problemom, które teraz zidentyfikowaliśmy, zdając sobie sprawę z tego, że nie wszystkie osoby są świadome konieczności dokonania kolejnego zgłoszenia do ubezpieczenia, staramy się dotrzeć do studentów poprzez rektorów ich uczelni. A studenci – wierzymy, że dotrą do swoich głównych ubezpieczonych, np. rodziców, żeby ich do systemu ponownie wprowadzili. Oczywiście, mówimy o tym stanie prawnym, który obecnie obowiązuje. Można sobie wyobrazić, że w przyszłości, jeżeli taka będzie wola ustawodawcy, to ten system wprowadzania tej grupy osób do systemu będzie zupełnie inny. Byłoby to możliwe poprzez uczelnie. Ale to już jest kwestia zmian ustawowych.

**Posel Edward Siarka (SP):**

Czyli *de facto* – przepraszam, pani przewodnicząca, jedno zdanie podsumowujące. Czyli jeżeli podjąłem na czas wakacji pracę jako student, to po wakacjach *de facto* trzeba to zgłosić jeszcze raz.

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

Dokładnie tak.

**Posel Edward Siarka (SP):**

Dziękuję bardzo.

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

Na naszych stronach internetowych są dostępne liczne ulotki, kierowane do konkretnych grup pacjentów. I np. dla studentów mamy ulotkę: „Studencie – nie oblej egzaminu z eWUŚ -a”, w której przypominamy właśnie o konieczności ponownego zgłoszenia.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dziękuję bardzo. Pan poseł Wipler.

**Posel Przemysław Wipler (PiS):**

Chciałbym się upewnić, czy te koszty, które zostały podane – czyli zatrudnienie 96 osób plus 10 mln zł wydatków na sprzęt – to są wszystkie koszty, które zostały poniesione w związku z budową systemu eWUŚ i jego wdrożeniem?

I drugie pytanie jest takie. W chwili obecnej państwo z NFZ przejmujecie na siebie, tak jak pan dyrektor powiedział, ciężar rozliczeń. Dotychczas było tak, że za ewentualny błąd odpowiadał świadczeniodawca, podmiot, który wykonywał świadczenie. W tym momencie państwo przejmujecie na siebie ten problem. Pytanie jest takie – w jaki sposób to wpłynie finansowo na sytuację NFZ? Wiemy, że co do zasady w olbrzymiej części przypadków, gdy te osoby nie mają tytułów, nie mają podstawy do ubezpieczenia zdrowotnego – są to osoby bardzo często po prostu w trudnej sytuacji ekonomicznej – to dotychczas było to rozliczane z podmiotami takimi właśnie, jak placówki świadczące usługi medyczne. Teraz jest to przejmowane przez NFZ. Jaki będzie wpływ ekonomiczny tego przeniesienia ciężaru? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Jeśli można, proszę o odpowiedź.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Najpierw poproszę panią dyrektor a, ewentualnie, uzupełnię jeszcze wypowiedź na temat kosztów.

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

Co do zasady ustawodawca postanowił o przeniesieniu tego ryzyka na NFZ i wprowadził mechanizm odzyskiwania kosztów od takiego pacjenta poprzez weryfikację jego prawa

i ustalanie należności. Więc domyślnie musimy dołożyć wszelkiej staranności, żeby te potencjalne koszty po naszej stronie były jak najmniejsze.

Oczywiście są dwa wyjątki – to znaczy właściwie kilka wyjątków, w których będzie zgodne z wolą ustawodawcy odstąpienie od domagania się zwrotu kosztów za świadczenie. Pierwszy wyjątek to jest wtedy, kiedy pacjent pozostawał w usprawiedliwionym, błędnym przekonaniu co do posiadania prawa. To jest choćby ten przykład szarej strefy, o której mówiłam. On był przekonany, dostawał dokumenty od pracodawcy, że jest ubezpieczony. To tutaj ustawa wyraźnie mówi, że w takiej sytuacji nie możemy się domagać zwrotu.

A druga sytuacja, którą być może pan poseł ma na myśli, to są tzw. osoby z decyzji 54. Decyzja 54 jest to decyzja, wydawana odpowiednio przez wójta czy burmistrza miasta w stosunku do osób, które ze względu na swoje przychody są w trudnej sytuacji. Wówczas wójt, burmistrz miasta może na 90 dni wydać decyzję o objęciu takiej osoby prawem do świadczeń. Takie świadczenia tej osoby są finansowane z budżetu państwa. Taka decyzja – ta decyzja 54 – może być wydawana przez wójta czy burmistrza miasta z datą wsteczną czyli obejmować okres wsteczny, w którym faktycznie zostało udzielone świadczenie. Wydaje się więc, że sytuacja takich osób i ich prawo do świadczeń zostało dość dobrze zabezpieczone.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Natomiast odnosząc się do tego, ile to będzie kosztować, to ja chcę powiedzieć, że to w ochronie zdrowia jest właśnie szara strefa. NFZ nie był informowany, nie miał obowiązku czy nawet nie miał prawa rejestrowania liczby przypadków, które świadczeniodawcy odrzucali – tak z powodu braków dokumentów lub tego, że później stwierdzili, że pacjent nie był ubezpieczony. My mogliśmy wiedzieć jedynie o tych osobach, które zostały odrzucone, świadczeniodawca nam sprawozdał a my je odrzucaliśmy. Ale po wyjaśnieniach często okazywało się, że właśnie po uzupełnieniu dokumentów oni byli uprawnieni. Tak, że w państwie nie ma takiej wiedzy, ile to będzie osób, za których świadczenia dodatkowo poniesie koszty NFZ – właśnie z tego tytułu, że pewne informacje do nas docierają za późno.

Natomiast ja wróć do tych kosztów łatwo wyliczalnych czyli inwestycji. Bo jeśli chodzi o NFZ, to podałem wszystkie koszty. Natomiast być może o to chodzi, że w nowelizacji ustawy pojawiły się jeszcze dwie pozycje. To była rozbudowa systemów informatycznych po stronie ZUS – 5 mln zł i po stronie KRUS – 5 mln zł. Tak, że to były rzeczywiście koszty, które te instytucje poniosły na usprawnienie swoich systemów w związku ze zmieniającymi się rozporządzeniami. Natomiast po stronie NFZ innych kosztów nie było. Cała praca została wykonana w ramach naszych bieżących obowiązków.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Pan minister Wiewiórowski, proszę.

**Generalny inspektor ochrony danych osobowych Wojciech Wiewiórowski:**

Przepraszam, ale akurat to ostatnie zdanie pana dyrektora wyjaśniło to, co chciałem uzupełnić czyli, że pierwotnie były wpisane jeszcze dodatkowe koszty – i te koszty są ponoszone także przez inne instytucje.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dziękuję bardzo. Natomiast ja chciałam spytać, jak wygląda przepływ informacji pomiędzy KRUS a NFZ, jeśli chodzi o ubezpieczenia. Jakże przepisy to regulują? I czy jest to dokonywane na bieżąco?

**Dyrektor Biura Ubezpieczeń w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Andrzej Jesionek:**

Andrzej Jesionek, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Pani przewodnicząca, panowie posłowie. Jeżeli chodzi o przepływ informacji pomiędzy KRUS a NFZ, to odbywa się tak, jak odbywał się od 2004 r. czyli na bieżąco przekazywane są dane, dotyczące zgłaszanych za pośrednictwem Kasy do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego rolników i ich domowników oraz członków rodzin.

W związku z reformą, jaką KRUS przeprowadzał – dotyczącą wymiaru składek, sposobu opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników w 2012 r. – również w uzgodnieniu z NFZ zwiększyliśmy częstotliwość przekazywania danych o zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego osobach do terminów 7-dniowych czyli tygodniowych. Jesteśmy w troszkę gorszej sytuacji niż ZUS – dlatego, że jeżeli chodzi o posiadaną przez KRUS bazę informatyczną, to jest ona rozproszona. Czyli te wszystkie informacje, które są przekazywane do NFZ, wprowadzone są bezpośrednio w każdej z 272 jednostek Kasy a następnie zbierane do jednego centralnego zbioru, który jest przekazywany bezpośrednio po ich zebraniu. Jeżeli nie ma żadnych problemów z pobraniem danych, to dane są przekazywane do NFZ bezpośrednio po tym, gdy zostaną zgromadzone ze wszystkich jednostek Kasy.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Czy jeszcze mają państwo jakieś pytania? Bardzo proszę, panie ministrze.

**Generalny inspektor ochrony danych osobowych Wojciech Wiewiórowski:**

Wojciech Wiewiórowski, generalny inspektor ochrony danych osobowych.

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo. Nie ukrywam, że pozostajemy tutaj w stałej współpracy z NFZ przy tworzeniu rozwiązań, które są proponowane. Nie jest to prosta współpraca, ponieważ bardzo często różnimy się w opiniach w wielu kwestiach. Natomiast muszę podkreślić, że rzeczywiście NFZ dokłada ogromnych starań od strony technicznej, aby ten system działał w sposób bezpieczny. Jednocześnie pragnę zauważyć, że jestem trochę mniej optymistycznie nastawiony niż pan dyrektor, do faktu wprowadzenia udogodnień dotyczących dostępu świadczeniobiorcy do danych z tego samego zakresu. Bo jeżeli chodzi o dostęp weryfikacyjny, to pozostaje nam tylko kwestia uwierzytelnienia. To jest strasznie duża kwestia, ale powiedzmy jedna, którą trzeba byłoby rozwiązać.

Jeżeli jednak ma to dotyczyć również dostępu do informacji o udzielonych świadczeniach, to już GIODO ma bardzo poważne zastrzeżenia. One są w tej chwili dyskutowane na poziomie dyskusji nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia, które jest przygotowywane. Ja tylko powiem, skąd te nasze zastrzeżenia. Oczywiście, zdajemy sobie sprawę z tego, że sam dostęp świadczeniobiorcy do informacji o tym, jakie świadczenia wobec niego zostały wykonane, z jednej strony powoduje, że można łatwo kontrolować, czy rzeczywiście te świadczenia zostały przypisane odpowiedniej osobie. Więc jest to bardzo fajny sposób kontroli systemu.

Tyle tylko, że my się obawiamy – i myślę, że nie jest to płonna obawa – że od momentu, kiedy świadczeniobiorcy będą mogli uzyskiwać tego typu zestaw informacji z NFZ to zaczną być przymuszani przez różnego rodzaju firmy na rynku do tego, żeby za zgodą swoją, gdzie „zgodę” trzeba wziąć w cudzysłów, przekazywali taką informację tym firmom. Jestem całkowicie przekonany, że w dzień wejścia w życie tego typu przepisów, ubezpieczalnie zaczną żądać od osób występujących o ubezpieczenie na życie takiego rekordu chorobowego. Natomiast w chwilę potem zobaczymy to również przy ubezpieczeniach auto casco. Bo w końcu informacja o tym, że często korzystamy z usług okulisty czy mamy kłopoty z prostatą, może być interesująca przy udzielaniu nam nawet umowy auto casco.

Stąd też jesteśmy dużo, dużo ostrożniejsi, jeżeli chodzi o ten drugi zakres działań, który w ramach eWUŚ jest realizowany. Szczególnie, jeżeli miałby on dotyczyć nie tylko weryfikacji uprawnień, ale również weryfikacji świadczeń, które zostały udzielone.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Mam pytanie. Czy takie żądanie nie jest bezprawne? I czym to może się skończyć, gdyby ktoś złożył skargę, że takie żądanie wobec niego wysunięto?

**Generalny inspektor ochrony danych osobowych Wojciech Wiewiórowski:**

Czy ono nie jest bezprawne? Teoretycznie jest tak, że jeżeli chcę jakąkolwiek usługę uzyskać na rynku, mogę zgodzić się na przekazanie informacji o sobie, żeby tę usługę uzyskać. Jeżeli rynek byłby w pełni rynkiem konkurencyjnym, można byłoby uznać, że jest to po prostu świadoma zgoda ze strony tej osoby, która rezygnuje z części swojej

prywatności. W zamian za tę część prywatności uzyskuje pewnego rodzaju usługę z drugiej strony. Ja mam wątpliwość natomiast, czy w przypadku danych zdrowotnych należy się tak daleko posuwać.

Czy byłoby to karalne? Nie. Nie jest to karalne. Jeżeli ktoś się do nas zwróci z pytaniem o to, jak często chodzimy do okulisty – albo właśnie z jakiego rodzaju porad onkologicznych korzystaliśmy w ostatnim czasie – to oczywiście ma obowiązek zgłosić fakt zbierania tego typu informacji do GIODO, ale tego typu informacje zbierają już dzisiaj ubezpieczyciele. Tylko, że zbierają je dla celów rozliczenia szkody a nie dla celów zawarcia samej umowy. I tak, i tak, ubezpieczyciele mają już zgłoszoną bazę, w której twierdzą, że przechowują takie informacje.

Tyle tylko, że dziś uzyskują je wtedy, kiedy nastąpi zdarzenie, za które ktoś chce uzyskać środki od ubezpieczyciela. Natomiast obawiam się, że mogłoby to być rozszerzone na nawet trudny do wyobrażenia zakres usług, które byłyby nam udzielane. Dlatego duża ostrożność. Nie twierdzę, że to jest niemożliwe, ale być może wymaga to choćby wprowadzenia zakazu, o którym mówi pani przewodnicząca. Czyli reakcji np. z punktu widzenia prawa karnego. Tyle tylko, że tego typu przepisów w obecnej chwili nie ma.

**Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:**

Przepraszam bardzo, czy można?

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Tak, tylko proszę się przedstawić i do mikrofonu bardzo proszę.

**Prezes PPOZ Bożena Janicka:**

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Nazywam się Bożena Janicka. Jestem lekarzem, świadczeniodawcą i prezesem Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Reprezentuję przede wszystkim podstawową opiekę zdrowotną. Mam kilka pytań w związku z eWUS.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Jeśli można, to za moment, dobrze? Dlatego, że jak rozumiem, pani dyrektor chciała powiedzieć w nawiązaniu do tego, co było.

**Dyrektor departamentu w NFZ Izabela Trojanowska:**

Dziękuję, pani przewodnicząca. Chciałam powiedzieć, że z podobną sytuacją, jeżeli chodzi o te dane medyczne, mamy obecnie do czynienia. Ustawa zmienia tylko sposób dostępu do tych danych, tzn. obecnie, zgodnie z obowiązującym przepisem, każdy pacjent ubezpieczony, który się zwróci do NFZ, może uzyskać informację zarówno o kosztach udzielonych mu świadczeń, jak i o rodzaju świadczeń. Natomiast nowelizacja ustawy dodaje możliwość przekazywania tej informacji dla tego samego pacjenta w sposób elektroniczny, zachowując oczywiście możliwość przekazania informacji w sposób papierowy.

Rzeczywiście, mamy częstokroć próby ze strony firm ubezpieczeniowych, zakładów ubezpieczeniowych, które zwracają się do NFZ z zapytaniami, dotyczącymi zdarzeń medycznych osób, które są naszymi klientami. Natomiast każdorazowo – zgodnie z ustaloną już procedurą i tutaj obowiązującymi przepisami – informujemy takie zakłady, że nie jest to zgodne z przepisami prawa i, że ze strony NFZ te informacje nie są przekazywane firmom ubezpieczeniowym. Za każdym razem mówimy, że takie prawo ma sam pacjent.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Może jeszcze dodam generalną uwagę?

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Bardzo proszę.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Tak, że mamy pewną sprzeczność, do której pewnie musimy się przyzwyczaić w erze informatyzacji. Bo z drugiej strony, proszę zwrócić uwagę, że sama ustawa o ochronie danych osobowych mówi, że pacjent – nie pacjent, w ogóle każda osoba, której dane przetwarzamy – ma prawo dostępu do informacji o tych danych, które przetwarzamy.



Z drugiej strony ustawa o informatyzacji podmiotów publicznych też nam nakazuje pewne rzeczy.

Zatem ciągle będziemy stali wobec dylematu, że z jednej strony dostęp do tych baz danych, zgromadzonych po stronie administracji, pozwala robić złe rzeczy, ale z drugiej strony pozwala również robić dobre rzeczy, tak? Możemy w związku z tymi danymi, które pacjent od nas pozyska, wykonywać pewne działania algorytmiczne, które wesprą pacjenta w jego przyszłych decyzjach.

Myślę, że trzeba rzeczywiście, że być może warto obudować dodatkowo obrót tymi danymi, żeby uniknąć sytuacji, o których mówił pan minister, że ktoś żąda w sposób nieuprawniony tych informacji. Ale generalnie, jak myślę, wszyscy tutaj uważamy, że dostęp do danych, zgromadzonych w systemach administracji publicznej, powinien być możliwy, bezpieczny i on raczej służy dalszemu rozwojowi. I trzymanie danych po naszej stronie do niczego nie prowadzi. Powinniśmy nauczyć się, jak je udostępniać w sposób bezpieczny i sensowny.

### **Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Powiedziałabym filozoficznie, panie dyrektorze, że w ogóle tak jest z postępem – wszystko ma drugą stronę medalu i może być przeciwko ludziom. Tak już po prostu jest.

Poprosiłabym panią doktor, jeśli można. Tylko prosiłabym o wypowiedź w bardzo skondensowany sposób, bo jeszcze mamy drugi punkt porządku obrad.

### **Prezes PPOZ Bożena Janicka:**

Oczywiście, że tak, pani przewodnicząca. Ja będę miała kilka krótkich pytań, przede wszystkim do NFZ.

Po pierwsze, pan dyrektor na wstępie wspomniał, że nie ma takiej obligatoryjności i w przyszły rok spokojnie wchodzimy, jest w systemie pięćdziesiąt parę procent, do 80% do końca roku może dojdziemy. Jak to się ma do zapisów obecnie proponowanych umów, bo akurat jesteśmy w trakcie kontraktowania – gdzie jest bezwzględny wymóg sprawdzenia zgodnie z ustawą? A w przypadku braku zielonego światła – pozyskanie oświadczenia od pacjenta, oświadczenia są już w druku. Więc wydaje się, że tutaj obligatoryjność posiadania dostępu do eWUŚ na dzień 1 stycznia, jak wynika z tych zapisów, jest bezwzględnie wskazana – i weryfikowania pacjenta w tym momencie. A więc to nie jest tak czyli na dzień 1 stycznia najprawdopodobniej 100% świadczeniodawców musi być w tym systemie. Czy będzie – to jest kolejne pytanie.

Druga sprawa. Dzisiaj w Wielkopolsce eWUŚ nie pracował od rana do godz. 11.30. Pytanie bardzo istotne, bo wszyscy państwo pisaliście, kto jest w centralnym wykazie a kogo nie ma. Ja bym zapytała inaczej. Jaki jest dzisiaj stan faktów czyli, ilu jest pacjentów, ilu Polaków, którzy są na listach, lekarzy, pielęgniarek POZ (podstawowej opieki zdrowotnej)? Bo my ich mamy faktycznie w CWU. Ja byłam na rozmowach 31 października w centrali NFZ, gdzie pani prezes przekazała mi informację, że średnio 10,6% osób nie ma w CWU – to nie są moje dane. Na ile się to zmieniło od 31 października?

Przy czym jest drugie pytanie – bo te dane dotyczyły wówczas tylko osób starszych czyli powyżej 18 roku życia. Natomiast biorąc pod uwagę fakt, że pojawiło się oświadczenie we wzorze oświadczeń – oświadczenie opiekuna i dziecka – to pytam, ilu dzieci nie mamy uprawnionych do świadczeń? Dlatego, że to wiąże się bezpośrednio z wykonaniem tego sprawozdania, które pozwolę sobie złożyć pani przewodniczącej – z tego prostego powodu, że to jest problem, który będziemy podnosić w Ministerstwie Zdrowia.

Ja jestem lekarzem praktykiem i przyjmowanie pod warunkiem posiadania zielonego światła albo wypisania tych krótkich, no, to będzie kuriozalne po 1 stycznia, tym bardziej, że 99,9% Polaków o tym nie wie. Więc, my w ogóle zachęcamy, żeby się sprawdzali w eWUŚ. Natomiast jak wygląda ilość dzieci, jak wygląda ilość osób w systemie w tym momencie? Bo wiąże się to z kolejnym drukiem.

I moje pytanie do NFZ – dzisiaj, kiedy jesteśmy w połowie grudnia – co ja z tymi oświadczeniami będę robić jako lekarz, jako pielęgniarz? Bo ustawa mówi wprost, że ja muszę przed każdym świadczeniem – nie ma tu rozdzielania, czy lekarskim, pielęgniarzskim, położniczym – pobierać taki druk. Jeżeli przed każdym świadczeniem, to być może dwa razy dziennie, bo pielęgniarzka będzie wykonywała zastrzyk dwa razy dzien-

nie a pacjent będzie „czerwony”. A w POZ ma prawo przyjść dwa razy dziennie, to dwa razy dziennie będzie „czerwony”. Co ja będę z tymi oświadczeniami robić i w jaki sposób będę je dalej weryfikowała? Problem, który teraz podnoszę, jest to bardzo duży problem wejścia *ad hoc* 1 stycznia, przy przynajmniej tych ilościach problemów, które my w tej chwili identyfikujemy.

Pozwoliłam sobie wczoraj opublikować, przesłać również do Ministerstwa Zdrowia, pule tzw. brakujących powodów CWU. Jest ich na dzień dzisiejszy – przez nas zidentyfikowanych – już jedenaście. Łącznie z różnego rodzaju rentami z agencji rozwoju rolnictwa, które widnieją nam, niestety, na czerwono. Łącznie ze służbami mundurowymi, czyli kwestia rodzin policjantów – widnieją nam na czerwono.

Dlatego pytam, nie przedłużając wypowiedzi – jaki jest stan w CWU dzisiaj? Bo zostały nam dwa tygodnie. Czy jest obligatoryjność? Jeżeli nie, to jak to się ma do obecnie proponowanych umów? I kwestia skierowania oświadczenia, które przedłożę pani przewodniczącej. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Kto z państwa z NFZ odpowie?

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Ja zacznę.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Od razu mówię, że też proszę o możliwie skondensowaną wypowiedź. Bo my i tak będziemy mieli jedną prośbę, żeby odpowiedź na piśmie nam ją doprecyzować. I będzie to związane w jakiś sposób z tym tematem.

**Dyrektor departamentu w NFZ Andrzej Strug:**

Dobrze. Więc przede wszystkim chcę powiedzieć, że lekarze mają obowiązek sprawdzania uprawnień już dzisiaj. Nie jest to nic nowego w tym względzie – to znaczy nowe pojawia się, ale to nie jest tak, że dzisiaj lekarze czy świadczeniodawcy nie sprawdzali uprawnień. Tylko mieli obowiązek robienia tego na podstawie dokumentów. My ułatwiamy życie lekarzom od przyszłego roku mówiąc, że mogą to robić elektronicznie. Jest to prosta procedura. Natomiast to nie jest wymysł NFZ, pani doktor, tylko to jest ustawa, która mówi, że – albo sprawdzamy elektronicznie, albo bierzemy od pacjenta oświadczenie.

System uruchamiamy od 1 stycznia, ale ustawa została przyjęta w lipcu. W sierpniu pojawiły się na stronach internetowych NFZ informacje o tym, jak będzie działała nasza usługa czyli można się było przygotować technicznie. Od połowy października udostępniliśmy rzeczywistą bazę do testów. Tak, że nam się wydaje, że ten projekt akurat był prowadzony – może nie najlepiej na świecie, ale całkiem przyzwoicie, jak na standardy dotychczas obowiązujące – czyli można się było do tego przygotować.

Co więcej, bo nie wszyscy państwo tutaj wiecie, z lekarzami POZ pani prezes uzgodniła, że przez pierwszych pięć miesięcy dajemy sobie jeszcze czas na wyprostowanie pewnych rzeczy, związanych z danymi, które są na listach POZ. Tak, że nie wszystkie elementy rozliczeń z POZ będą działały od 1 stycznia, pani doktor, czyli mamy od października czas do czerwca, żeby wyprostować pewne rzeczy. Inni świadczeniodawcy będą musieli stosować się do ustawy od 1 stycznia.

Natomiast, przerwa techniczna rzeczywiście miała miejsce dzisiaj, ponieważ musieliśmy uzupełnić nasz serwer o dodatkową pamięć. Ale ja chcę powiedzieć, że jesteśmy w okresie testowym. Po to on właśnie jest, żebyśmy pewne rzeczy mogli jeszcze sprawdzić, poprawić przed 1 stycznia. Natomiast przyznaję, że dzisiaj rzeczywiście koledzy zrobili błąd, bo nie powiesili informacji na stronie internetowej, że będzie to wyłączenie. Ono trwało krócej, około godziny, ale rzeczywiście informacja powinna się pojawić na stronach. Osoby odpowiedzialne zostały upomniane. I tak, jak poprzednio, będziemy po prostu informować. Teraz wszystko działa.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Chciałabym zmierzać do końca, jeśli chodzi o pierwszy punkt. Jeżeli koledzy się zgadzają, to wydaje mi się, że dobrze byłoby wystosować do wszystkich zaproszonych gości prośbę o pisemną informację na temat barier, które jeszcze mogą utrudniać czy też stoją

na przeszkodzie płynności systemu. Nie mówię jakich, bo one mogą być bardzo różnorodne – od ochrony danych osobowych poprzez względy techniczne, nałożone obowiązki; względnie obowiązki są, natomiast egzekucja jest niewystarczająca.

Krótko mówiąc, chcielibyśmy wiedzieć, gdzie są bariery, jeśli chodzi o współpracę instytucji a gdzie one leżą po stronie niedoskonałych przepisów prawa. Bo państwo wspomnieli w pewnym momencie, że coś nie jest do końca uregulowane. Więc bardzo byśmy prosili o taką pisemną informację od każdego z naszych zaproszonych na dzisiaj gości. I będzie to z całą pewnością przedmiotem jeszcze jednego posiedzenia Komisji, na którym omówimy sobie te ewentualne bariery, które moglibyśmy spróbować przeprowadzić np. przez Sejm.

Chciałam państwu bardzo serdecznie podziękować. Dziękuję gościom, biorącym udział w pierwszej części posiedzenia. Chcę podziękować za tak liczne przybycie i życzyć wszystkiego najlepszego z okazji świąt i w nadchodzącym Nowym Roku. I do zobaczenia, bo to był temat, który był zgłoszony przez trzech członków tej Komisji do planu naszej pracy; więc jak rozumiem, jeśli przeliczyć to przez ilość posłów, to będzie prawdopodobnie jeszcze więcej osób zainteresowanych. Tak, że do zobaczenia po Nowym Roku. I pisma wyjdą, ja podpiszę je po niedzieli. Liczymy na to, że po Nowym Roku będziemy mogli taką odpowiedź dostać.

Przechodzimy do punktu drugiego porządku obrad – mianowicie do informacji na temat zakresu zmian poziomu opłat za zakańczanie rozmów w sieci innego operatora. Jeżeli można, pani minister.

**Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej Magdalena Gaj:**

Myślę, że na początek oddam głos pani minister Olszewskiej.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Oczywiście, naturalnie.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

A później ja, bo będę mówiła bardziej o szczegółach.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji Małgorzata Olszewska:**

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Ja króciutko, tylko tytułem wstępu. Przekazaliśmy materiał, ale ten materiał został przygotowany przez prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej, więc głos w tej sprawie zabierze pani prezes.

Podstawą prawną dla działań regulatora w tym zakresie jest oczywiście prawo telekomunikacyjne. Ma to również swoje umocowanie w dyrektywie ramowej i zaleceniu Komisji Europejskiej z 7 maja 2009 r. w sprawie uregulowań dotyczących stawek za zakańczanie połączeń w sieciach stacjonarnych i ruchomych. Natomiast ta sama dyrektywa również obliguje do tego, że przy postępowaniach – ponieważ są to indywidualne postępowania administracyjne – one są tutaj obudowane zasadą niezależności i bezstronności postępowania. W związku z tym, nie będziemy tutaj referować tego punktu jako Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, bo tak jak powiedziałam, w tym zakresie regulator jest całkowicie niezależny i dotyczy to bardzo indywidualnych kwestii. Dziękuję bardzo.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

Dziękuję bardzo. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo. W związku z tym, że jesteśmy w tej chwili w trakcie prowadzonych postępowań administracyjnych w stosunku do wszystkich przedsiębiorców, funkcjonujących na rynku telekomunikacyjnym telefonii ruchomej, ja również ograniczę się do wskazania faktów – bo do tego jestem zobowiązana – związanych z procedowaniem tych decyzji i w ogóle z sytuacją stawek MTR w Polsce.

Natomiast nie chciałabym wchodzić w jakieś szczegóły, związane z indywidualnymi sprawami, bo nie jest to też możliwe na tym etapie postępowania i też biorąc pod uwagę zasadę prawa unijnego i telekomunikacyjnego, związaną z niezależnością regulatora – zarówno od rynku telekomunikacyjnego, jak i wszelkich decyzji politycznych.

Stawka MTR jest to opłata za usługę zakończenia połączenia głosowego w ruchomej sieci telefonicznej danego operatora sieci ruchomej, nabywanej w celu zakańczania połączenia użytkownika końcowego tego operatora. Czyli przekładając to na język bardziej zrozumiały, jest to stawka, którą mój operator płaci drugiemu operatorowi, do którego ja wykonałam połączenie. Stawki MTR w Polsce do 2006 r. nie były przedmiotem regulacji. W tym czasie trzech działających na rynku operatorów sieci ruchomych czyli PTC, PTK Centertel i Polkomtel stosowało symetryczne stawki za MTR, które od początku 2001 r. ulegały stopniowemu obniżeniu. Regulowali to sami przedsiębiorcy. I to było, w zależności od okresu taryfikacyjnego: 0,8 – 0,6 lub 0,4 zł za minutę, do poziomu 0,65 – 0,48 – 0,4 zł za minutę w 2006 r.

Pierwsze regulacje w tym obszarze pojawiły się w 2006 r. W lipcu 2006 r. prezes UKE wydał decyzję SMP czyli decyzje, określające pozycje danych operatorów na rynku, ustalające znaczące pozycje rynkowe w sieci PTK Centertel, Polkomtel i PTC. W decyzjach między innymi nałożył na tych operatorów, na podstawie art. 40 prawa telekomunikacyjnego, obowiązek ustalania opłat z tytułu zakańczania połączeń głosowych w ruchomej publicznej sieci telefonicznej – odpowiednio każdego z tych operatorów – w oparciu o ponoszone koszty. W rezultacie tych decyzji wszyscy ci operatorzy pod koniec września 2006 r. opublikowali, zgodnie z obowiązkami, wysokość stawek MTR, którymi proponowali się rozliczać.

W kwietniu 2007 r. prezes UKE wydał na podstawie art. 40 ust. 4 decyzje, w których zobowiązał odpowiednio każdego z tych operatorów do stosowania już stawek ściśle określonych przez prezesa UKE. I tutaj został zaproponowany już harmonogram w odpowiednich okresach czasowych – od maja 2007 r., od maja 2008 r., od maja 2009 r. i od maja 2010 r. Ten harmonogram był później jeszcze kilkakrotnie przez prezesa UKE zmieniany. I to np. miało miejsce we wrześniu i w październiku 2008 r., gdy zmieniono ten wcześniejszy harmonogram. Wprowadzono stawki od 1 stycznia 2009 r. – 0,21 zł za minutę i od lipca 2009 r. – 0,16 zł za minutę.

Wszyscy trzech operatorzy, o których tutaj mówmy, nie wdrażali dobrowolnie tych stawek MTR, wskazanych przez prezesa UKE w decyzjach administracyjnych. Nie zawierali umów interkonektowych pomiędzy sobą, więc trafiały te spory do rozstrzygnięcia przez prezesa UKE i indywidualne decyzje były wydawane pomiędzy poszczególnymi przedsiębiorcami przez prezesa UKE. To oczywiście generowało kolejne i decyzje administracyjne, i spory między przedsiębiorcami, ale też między przedsiębiorcami a prezesem UKE, już w sądach cywilnych, które rozstrzygały odwołania od tych decyzji.

Już nie będę całego kalendarza przedstawiała, ale kolejne decyzje to był znowu wrzesień 2009 r., grudzień 2009 r., kiedy prezes UKE kolejny raz zmieniał harmonogram tych stawek. W maju oraz w czerwcu 2011 r., po trwających ponad rok negocjacjach prezesa UKE z tymi trzema przedsiębiorcami oraz już tutaj także z czwartym operatorem mobilnym czyli P4 Play, prezes UKE wydał na podstawie art. 43a decyzje, zatwierdzające szczegółowe warunki regulacyjne. I określił tutaj sposób dojścia przedsiębiorców telekomunikacyjnych do określonych stawek. Opóźnił proces wdrażania symetrii pomiędzy tymi trzema przedsiębiorcami, tak nazwijmy ich „zasiedziały” do tej pory a nowym operatorem P4 – w zamian za poniesienie określonych nakładów inwestycyjnych w obszarach, gdzie nie ma infrastruktury telekomunikacyjnej. I to były decyzje z 2011 r. I te stawki do tej pory obowiązują. To jest stawka 0,12 zł za minutę.

Stawki, jeśli chodzi o pozostałych operatorów, czyli dla P4 i operatorów mniejszych, których już wymieniam – to jest Aero2, CenterNet i Mobyland – były określane odrębnie i charakteryzowały się odpowiednio procentowo wyższą stawką w stosunku do tych stawek, które były określone dla operatorów zasiedziałych. I pomiędzy operatorami zasiedziałymi a tymi, których przed chwilą wymieniałam, istniała i nadal do chwili obecnej istnieje asymetria w rozliczeniach.

W chwili obecnej, od stycznia 2012 r., toczy się nowe postępowanie administracyjne, związane z określeniem pozycji operatorów na rynku i z określeniem stawki MTR. Jest to pierwszy taki przypadek, kiedy decyzja SMP czyli wyznaczająca, określająca poziom konkurencyjności na rynku i wyznaczająca operatora, nakładająca szereg obowiązków regulacyjnych – określa również stawkę za rozliczenia między przedsiębiorcami. Czego

jest to wynikiem? Jest to wynikiem uzgodnień, które prezes UKE podjął z Komisją Europejską i z BEREC-kiem (*Body of European Regulators of Electronic Communications*) czyli takim regulatorem europejskim, który skupia w sobie wszystkich regulatorów ze wszystkich państw członkowskich. Porozumienie to miało miejsce w styczniu tego roku.

Komisja Europejska zakwestionowała wcześniej przedłożone przez regulatora polskiego decyzje w tym obszarze. I poprosiła – jeżeli to można nazwać prośbą – o określenie tych stawek właśnie w decyzji SMP. O takie określenie, aby przedsiębiorcy byli zobowiązani – już z chwilą doręczenia decyzji, określającej ich pozycję na rynku, o nałożeniu obowiązków – także do stosowania określonej stawki. KE nie uważa, że zasadne jest określanie tej pozycji i później dopiero wydawanie decyzji, określających stawki oraz rozstrzyganie sporów międzyoperatorskich przez regulatora. Rynek powinien w tym obszarze zawierać swoje własne handlowe porozumienia, mając tą jedną, generalną decyzję prezesa UKE.

Na to prezes UKE się zgodził. Zgodził się również BEREC czyli europejski regulator. I od stycznia zbieraliśmy dane do modelu, ustalaliśmy stawkę, prowadziliśmy postępowanie konsultacyjne, konsolidacyjne. Zgodnie z zaleceniem KE z 2009 r. – tym, o którym wspomniała pani minister Olszewska – krajowe organy regulacyjne powinny ustalić stawki za zakańczanie połączeń w oparciu o koszty poniesione przez tzw. efektywnego operatora. Co oznacza, że stawki te będą też symetryczne. To są dwie podstawowe zasady, wynikające dla regulatora z tych zaleceń KE. Czyli, po pierwsze – stawki mają być określone w oparciu o model efektywnego operatora, po drugie – stawki muszą być symetryczne czyli wszyscy przedsiębiorcy, funkcjonujący na rynku, muszą sobie płacić taką samą wysokość stawki za tę usługę.

Koszty, jakie ponosi taki efektywny operator kalkulowane są w oparciu o wskazaną też w zaleceniu KE metodę *forward looking long run incremental costs*, czyli zorientowanych przyszłościowo długookresowych kosztów przyrostowych. Nie będę tłumaczyła, jak to wszystko wygląda – to bardzo szczegółowe, ekonomiczne zagadnienia. Natomiast w modelu Bottom Up z projektów decyzji SMP przyjęto, iż koszty takiego efektywnego operatora szacowane będą w oparciu o dane pochodzące od wszystkich krajowych operatorów, dysponujących przydzielonym widmem radiowym czyli od Polkomtel, PTC, PTK, P4, Aero2, CenterNet i Mobyland. W dniach 17 – 23 – 26 maja oraz 9 czerwca jeszcze minionego roku odbyły się w UKE warsztaty z udziałem tych wszystkich przedsiębiorców, aby wspólnie wypracować najbardziej efektywny i dogodny dla wszystkich model Bottom Up – ale tak, żeby ten model był dla wszystkich zrozumiały i w taki sam sposób był przez wszystkich przedsiębiorców zasilany danymi.

Tak jak mówiłam, od początku roku, w lutym, wysłano wezwania do przedsiębiorców o przekazanie danych – tak, aby zasilić ten model. Te dane spłynęły. Te dane, które zostały przekazane przez przedsiębiorców, były niejednolite. Trudno było je zaimplementować do tego modelu. W związku z tym w dniu 15 marca prezes UKE ponownie wezwał wszystkich przedsiębiorców do przedstawienia danych bardziej kompletnych. W międzyczasie prowadziliśmy też i warsztaty, i spotkania indywidualne ze wszystkimi przedsiębiorcami – głównie miało to miejsce w dniu 16 i 19 kwietnia 2012 r. – tak, aby rzeczywiście ten model został zasilony od wszystkich przedsiębiorców jednolitymi i takimi samymi danymi.

Przekazaliśmy do konsultacji rynkowych, ponieważ wszystkie decyzje prezesa UKE powinny być konsultowane z rynkiem, w dniu 3 sierpnia tego roku. Takie konsultacje trwają 30 dni. Po upływie tych konsultacji, kiedy spływają stanowiska, w decyzjach jeszcze ustosunkowujemy się do tych stanowisk i przekazujemy taką decyzję do KE. I 28 września 2012 r. decyzje dla tych siedmiu podmiotów zostały przekazane do notyfikacji do KE i do BEREC-a. Uzyskaliśmy pozytywną opinię w tym obszarze, tzn. jeżeli chodzi już o samo rozstrzygnięcie merytoryczne, to ustaliliśmy stawki: od 1 stycznia 2013 r. – 0,0826 zł i od 1 lipca 2013 r. – 0,0429 zł.

Tutaj skorzystaliśmy z możliwości zrobienia takiej ścieżki dojścia do tej docelowej stawki 0,0429 – ze względu na istniejącą w chwili obecnej sytuację i wysokość stawki. Ponieważ w chwili obecnej ta stawka wynosi 0,12 więc, gdybyśmy od razu w styczniu zrobili to 0,042, to bardzo by się odbiło na przychodach operatorów. Więc postanowi-

liśmy, że zrobimy to tak: podzielimy po prostu to dojsście na pół i od stycznia zrobimy 0,0826 i później dopiero już tę stawkę docelową, wynikającą z modelu. Podobnie zrobiły chociażby Hiszpania, Włochy czy Wielka Brytania. Ta stawka, o której tutaj mówię – 0,042 – to jest stawka mniej więcej porównywalna ze stawką, którą wprowadzają też poszczególne inne kraje europejskie. Bo to jest zawsze gdzieś około 1 eurocenta.

8 listopada przekazaliśmy projekty tych decyzji do prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, bo te decyzje prezes UKE wydaje w porozumieniu z prezesem UOKiK. Uzyskaliśmy już opinię z UOKiK. Wezwaliśmy już również przedsiębiorców telekomunikacyjnych. Poinformowaliśmy o zamknięciu postępowania dowodowego. Poprosiliśmy o ostateczne stanowiska. I zgodnie z zapowiedziami, do końca tego roku decyzje administracyjne w tym obszarze zostaną wydane. To tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dziękuję, pani minister. Czy są jakieś pytania? Proszę, pan poseł Wipler.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Dziękuję pani prezes za prezentację części faktów, istotnych dla tych kwestii – i dlatego chciałbym przytoczyć kilka jeszcze faktów. I przy okazji będę zadawał pytania, przytaczając te fakty.

Tak, jak pani prezes powiedziała, w styczniu 2012 r. prezes UKE oraz KE ustaliły, że od stycznia 2013 r. zostaną wdrożone w Polsce stawki MTR, oparte o model Pure LIRIC. Ustalenie to zostało podane do publicznej wiadomości – to jest 11 stycznia 2012 r. Po zmianie prezesa, po zmianie na stanowisku prezesa UKE, to już pani, pani prezes, zamierzała odstąpić od wprowadzenia z dniem 1 stycznia 2013 r. stawek MTR w oparciu o model operatora efektywnego – wprowadzając roczny okres przejściowy, w którym stawki MTR byłyby ukształtowane na poziomie 9,67 gr za minutę do 30 czerwca 2013 r., 7,11 gr za minutę od 30 czerwca do 31 grudnia 2013 r. oraz 4,55 gr od 1 stycznia 2014 r. Ostatnia stawka oparta już o model Pure LIRIC. I to wynika z danych prezentacji ze spotkania z KE w dniu 26 czerwca 2012 r. oraz z notatki ze spotkania KE i UKE.

Więc pytanie pierwsze – dlaczego pani prezes zamierzała jednostronnie wycofać się z tych ustaleń, podjętych przez panią prezes Annę Streżyńską z Komisją Europejską i przedłużyć obowiązywanie niekorzystnych stawek MTR do 31 grudnia 2013 r.? W wyniku spotkania z KE w dniu 26 czerwca 2012 r. i ostrej krytyki ze strony KE, pani prezes przedstawiła do konsultacji i konsolidacji w KE zmieniony projekt decyzji, w którym wprowadziła półroczny okres przejściowy ze stawką 8,26 gr za minutę oraz stawkę opartą o model Pure LIRIC – 4,29 gr za minutę, obowiązującą od 1 lipca 2013 r. Te projekty decyzji, przedstawionych do konsultacji, są dostępne.

Więc pytanie jest takie. Pani podała przed chwilą, że proponowany okres przejściowy, ten ośmiogroszowy, uzasadnia pani przychodami operatorów, funkcjonujących na rynku. Pytanie jest takie – czy my po to prowadzimy politykę regulacyjną w zakresie prawa telekomunikacyjnego, w zakresie łączności, żeby chronić przychody operatorów? Czy inne cele ma w tym momencie polityka regulacyjna? Czy nie powinna pani prezes bardziej się przejmować kieszeniami konsumentów, kieszeniami klientów? Dlaczego po prostu pani prezes działa wbrew interesom konsumentów, opóźniając wprowadzenie korzystnych stawek MTR, które – jak sama pani przyznaje i później przytoczę, gdzie – będą skutkować obniżeniem cen detalicznych dla abonentów?.

Drugie pytanie. Dlaczego pani prezes ostatecznie forsowała wprowadzenie rozwiązania sprzecznego z ustaleniami z KE oraz zaleceniami KE, naruszającego interesy konsumentów, a zwiększającego w stosunku do stawki Pure LIRIC przychody operatorów komórkowych? To jest istotne pytanie, ponieważ te zalecenia KE – pani prezes o tym nie mówiła – są takie, żeby ta stawka była mniej więcej w wysokości 1 eurocenta. Bo to dotyczy, krótko mówiąc, budowy jednolitego rynku europejskiego, żeby również połączenia wewnątrz, na rynkach wewnątrz krajowych, były w podobnych cenach, jak między poszczególnymi państwami. To jest logiczne. To jest rozsądne. Więc prosiłbym o odpowiedź na te pytania.

Dalej. We wspólnym oświadczeniu KE i UKE wskazano, że nowa decyzja zostanie notyfikowana w połowie roku a przyjęta – jesienią 2012 r. To wynikało właśnie z ustaleń właśnie BEREC, KE, pani prezes Streżyńska. Po zmianie prezesa UKE notyfikacje do KE zostały opóźnione do października 2012 r. a do dnia dzisiejszego nie zostały wydane decyzje, wprowadzające nowe stawki. Pani prezes mówiła, że zostaną wydane decyzje do końca tego roku. Czasu na ich wdrożenie nie ma zbyt wiele, żeby nie powiedzieć, że nie ma w ogóle.

Pani prezes wskazała, że przyczyną długiego okresu trwania postępowań w sprawie określenia nowych stawek MTR, były m.in. trudności w pozyskaniu wiarygodnych, kompletnych i poprawionych danych od operatorów sieci komórkowych. W tym zakresie należy jednak zauważyć, że takie stanowisko nie zostało przyjęte przez KE, która podczas spotkania z przedstawicielami UKE wskazała, że prezes UKE może posłużyć się danymi, wynikającymi z wiedzy eksperckiej samego Urzędu oraz pochodzącymi z innych źródeł. To jest odpowiedź z dnia 13 listopada 2012 r. W związku z tym mam dwa pytania.

Jest kwestią oczywistą, że operatorzy komórkowi nie mają woli do szybkiego zakończenia postępowania, stąd też problemy z pozyskaniem od nich danych są czymś oczywistym. Zawsze tak było. Był przypadek, gdy decyzje ustalające, które próbowało wręczać UKE, to jeden z pełnomocników przez okno uciekał. Bo to są, można powiedzieć, wręcz miliony złotych dla operatorów – każdy dzień opóźnienia tych decyzji. Więc tego rodzaju zabawy formalne miały miejsce. Były takie fakty. Rynek to zna. To nie są jakieś tam koszalki-opalki, to nie są, niestety, żarty.

Więc pytanie jest takie. Zgodnie z art. 209 prawa telekomunikacyjnego prezes UKE ma prawo ukarać przedsiębiorców, przekazujących nieprawdziwe lub niepełne dane. W związku z tym mam pytanie – ile kar nałożyła pani prezes w związku z tymi problemami, o których pani przed chwilą sama mówiła: za podawanie niewiarygodnych, niekompletnych i niepoprawnych danych? Pani mówiła, że trzeba było powtórzyć te warsztaty, że warsztaty były powtarzane 16 i 19 kwietnia. Chciałem zadać pytanie, ile kar zostało nałożonych i jakie kwoty? Ale wiemy, że nie było żadnych kar – więc pytanie, dlaczego pani prezes nie korzystała z tego narzędzia? Efektywny operator, który wie, że czas to pieniądz i każdy dzień zwłoki to są olbrzymie straty dla nas, finalnie dla klientów. Oczekiwałbym odpowiedzi na to pytanie.

I dlaczego, wbrew stanowisku KE, pani prezes nie wydała wcześniej decyzji, określających nowe stawki MTR w oparciu o własne dane? Nie został dotrzymany ten termin, właśnie wrześniowy, jesienny. Cały czas nie ma tych decyzji. Ale prowadziła pani długotrwały proces zbierania danych od operatorów – wiedząc, że te dane są niewiarygodne i zróżnicowane.

No i ostatnie zagadnienie. W swojej odpowiedzi na moje pytania – bo ja przed spotkaniem przesłałem do pani prezes, do Urzędu, listę dwudziestu paru pytań – pani prezes stwierdziła następująco. Tu jest cytata: „Jest duże prawdopodobieństwo niewdrożenia planowanych MTR z dniem 1 stycznia 2013 r. W takiej sytuacji prezes UKE będzie wydawał decyzje administracyjne, a czas na rozstrzygnięcie sporów międzyoperatorskich w zakresie zmiany wysokości stawek MTR szacuję na około 6 miesięcy”. To oznacza w największym skrócie, że jeszcze przez dziewięć miesięcy będziemy ponosić skutki obecnego poziomu MTR i to jest różnica stawek, które będą obowiązywały właściwie przez dziewięć miesięcy. Bo jeżeli dodamy czas na wydanie decyzji, uprawomocnienie się tej decyzji, czas później na wydanie decyzji.

Sytuacja wygląda tak – ja wytłumaczę koleżankom i kolegom z Komisji. Jeżeli dobrowolnie nie wdrożą tych decyzji między sobą operatorzy – a wszyscy wiemy, że tak będzie, bo wszyscy są zadowoleni z obecnych stawek – to wtedy pani prezes może wydać decyzje, zastępujące to dogadanie się operatorów. I wiadomo, że krótko mówiąc, oni mają trzy miesiące na dogadanie się.

**Poseł Antoni Mezydło (PO):**

Na odwołanie się są trzy miesiące.

**Posel Przemysław Wipler (PiS):**

Na odwołanie. I później, krótko mówiąc, cały czas, jak tu pani prezes wskazuje – sześć miesięcy. W tym czasie, będą wiadomo obowiązywały stawki w wysokości 12,23 gr, a nie – jak pierwotnie zakładano – 4 grosze w przybliżeniu, z tzw. końcówką. I to pani prezes mi odpowiada w piśmie z dnia 13 listopada 2012 r.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Panie pośle, jeśli można, dajmy szansę. Proszę zwrócić uwagę na zegar. Dajmy szansę pani minister i potem będziemy dopowiadać najwyżej.

**Posel Przemysław Wipler (PiS):**

Dobrze, pani przewodnicząca, już kończę. Bo to są ważne fakty, tak?

Odpowiedź taką dostałem, że będą decyzje, wydawane przez panią prezes. Natomiast w komunikacie, opublikowanym dzień wcześniej na stronie UKE, w dniu 12 listopada, pani prezes podaje do publicznej wiadomości – do wiadomości rynku, to takie miękkie kompetencje z ważnym elementem oddziaływania regulatora – że termin zaimplementowania nowych stawek MTR nie jest zagrożony. Z kolei w komunikacie z dnia 30 listopada 2012 r. stwierdza pani prezes: „W związku z powyższym, zgodnie ze stanowiskiem KE, prezes UKE będzie rygorystycznie egzekwował wykonanie nałożonych obowiązków regulacyjnych, powstrzymując się od rozstrzygania indywidualnych sporów międzyoperatorских”. Krótko mówiąc, będą wydawane kary za niewdrożenie decyzji, ale nie będzie decyzji zastępujących to dogadanie się operatorów.

Co to oznacza? To oznacza, że nie będzie wydawanych decyzji z natychmiastową skutecznością, z natychmiastowym oddziaływaniem, tylko będą wydawane kary, od których operatorzy będą się odwoływać i będą wieloletnie procesy. Pani prezes doskonale wie – jako osoba, która była dyrektorem departamentu prawnego, który wydawał te kary – że łączna wartość tych kar, wydanych skutecznie i zwindykowanych przez Urząd od początku jego funkcjonowania, to jest 7,5 mln zł. Dzielne opóźnienie, jak z danych samej pani prezes wynika, to różnica między stawką 8 gr a 4 gr. To jest dziennie, jak sobie policzymy to przez pół roku – pani tam podała konkretną kwotę – to mi wyszło, że to jest 4,7 mln zł dziennie. Tyle więcej, można powiedzieć, będzie w stawkach MTR, które są później przerzucane na klientów.

Więc pytanie jest takie. Dlaczego pani prezes proponuje – wiedząc, że w większości te sprawy są długotrwałe, rynek się nie dostosowuje i to czysty zysk, czysty biznes operatorów – żeby, no, krótko mówiąc, pójść z panią do sądu a nie dostać od pani decyzję, której muszą się podporządkować? To są moje wstępne pytania. A mam później szereg pytań wyjaśniających, które być może nie będą potrzebne. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Panie pośle, jeśli mogłabym zaproponować – ponieważ obawiam się, że zakres pytań, które pan zadał, jest tak duży – więc jeśli mogłabym kolegom zaproponować, dajmy pani prezes odpowiedzieć na tę pulę pytań. Ewentualnie, jeśli są jakieś dodatkowe pytania... Przepraszam, telefon jakiś interferuje, jeśli można, proszę zabrać go od mikrofonu.

Jeżeli do odpowiedzi na jakieś pytania pani prezes nie jest przygotowana, to poprosimy o odpowiedź na piśmie. I byśmy doprosili panią prezes na posiedzenie Komisji 3 stycznia. Taka jest moja propozycja, bo jest za dwadzieścia trzecia i obawiam się, że jeśli będziemy to wszystko w takim tempie robić... Więc tak chciałam zaproponować, jeśli pan się zgadza.

Na pytania, na które pani prezes może w tej chwili odpowiedzieć, to bardzo proszę. Na resztę pytań – które, jak rozumiem, i tak pan poseł zadał na piśmie, więc one i tak będą przedmiotem odpowiedzi – więc prosba o ewentualnie uzupełnienie. I proponuję, żebyśmy 3 stycznia zaprosili panią prezes, żeby odpowiedziała na resztę pytań. Czy pan się na to zgadza?

**Posel Przemysław Wipler (PiS):**

Pani przewodnicząca, wydaje mi się, że pytania, które zadałem pani prezes, wydają się specjalistyczne i wymagające poważnej wiedzy osobom, które nie siedzą na bieżąco w tej



tematyce. Niemniej jednak nie wyobrażam sobie, żeby pani prezes nie była w stanie odpowiedzieć od ręki na którekolwiek z tych pytań.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Ja również. Mówię o czasie.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Nie zadałem teraz tych pytań, które zadałem wcześniej w formie pisemnej. Zadawałem inne. A te pytania, które zadałem teraz, są konsekwencją mojej wcześniejszej korespondencji z panią prezes, jej oświadczeń i jej działań jako regulatora. Ta sprawa jest bardzo istotna, ponieważ – tak jak powiedziałem – opóźnienie się o dziewięć miesięcy z procesem w drożeniu stawek MTR na poziomie 4 gr. i różnica między tymi stawkami, które będą obowiązywać, czyli stawkami na poziomie ponad 12 gr, to jest 1,7 mld zł.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Panie pośle, ja nie kwestionuję wagi pana pytań. Chciałabym, żebyśmy się dobrze zrozumieli. Tylko im poważniejszy...

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Czyli rozumiem, że wracamy do tematu 3 stycznia?

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

...im poważniejszy jest problem, tym więcej będzie wymagał czasu, żeby go dokładnie zgłębić, prawda?

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Rozumiem.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dlatego moja propozycja jest taka, żeby pani prezes odpowiedziała na pana pytania w tej chwili – chyba że jakieś rzeczy będą wymagały głębszego wyjaśnienia. Natomiast, jeżeli pan będzie miał kolejne pytania – rozszerzające te zadane pytania – to ze względu na czas, na godzinę, którą mamy...

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Dobrze, rozumiem.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Przeniesiemy ciąg dalszy na 3 stycznia. Taka jest moja propozycja.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Oczywiście, oczywiście.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Nie dlatego, żebym w jakikolwiek sposób chciała ograniczyć panu możliwość zadawania pytań. Przeciwnie. Tylko jeżeli zaczniemy się spieszyć, to się nie dowiemy. A, jak rozumiem, chodzi nam o wyczerpujące odpowiedzi.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Pani przewodnicząca, jedyna rzecz, która się zmieni do 3 stycznia, to jest to, że być może zostaną wydane decyzje MTR. No cóż, nie wydaje mi się, żeby cokolwiek innego do tego czasu się zmieniło, więc przyjmuję pani propozycję.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani prezes.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

Na początku jeszcze chciałabym się ogólnie ustosunkować do tematyki posiedzenia Komisji i do tego, co w tej chwili pan poseł usiłuje zrobić albo wykazać. Może rzeczywiście lepiej by było, gdyby ta Komisja odbyła się po wydaniu przeze mnie decyzji administracyjnych, bo uważam, że w tej chwili, kiedy prezes UKE prowadzi postępowania administracyjne, KE takie zachowanie ze strony pana posła może odczytać jako nieuprawniony polityczny nacisk na regulatora. I to jest zapisane w dyrektywach. I tak się w tej chwili czuję.

Natomiast na większość pytań, które pan poseł mi zadał, odpowiedziałam pisemnie panu posłowi – tym pismem, na które się pan powoływał.

Natomiast wyjaśniając jeszcze te nieścisłości, które – jak wydawałoby się po pana wystąpieniu, że występują – nieścisłości w wyrazie „niewdrożenie” i powoływanie się na to określenie w moim piśmie i w moich dwóch komunikatach. Otóż, zupełnie takiej nieścisłości nie ma, ponieważ pisząc do pana posła – w odpowiedzi na pytania o dużym ryzyku niewdrożenia tych decyzji, które są procedowane – miałam na myśli ryzyko, występujące po stronie przedsiębiorców telekomunikacyjnych.

Te decyzje, które w tej chwili są procedowane przez prezesa UKE, są to decyzje SMP i decyzje, które mają rygor natychmiastowej wykonalności. I te decyzje, z takim rygorem natychmiastowej wykonalności, gdzie jest określona stawka za rozliczenia międzyoperatorские, powinna z datą doręczenia tej decyzji być wykonywana przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych. Natomiast obserwując, tak jak słusznie pan powiedział, dotychczasowe zachowania przedsiębiorców na rynku, to przedsiębiorcy nie chcą dobrowolnie wdrażać tej stawki, bo jest to z tych powodów, o których również pan wspomniał, dla nich niekorzystne.

W związku z tym do tej pory to też jest pierwsza sytuacja, kiedy stawka będzie określona w takiej decyzji SMP, z takim rygorem natychmiastowej wykonalności. Do chwili obecnej stawki były określane na podstawie decyzji z art. 40 prawa telekomunikacyjnego, które znowu odwoływało się do niewiążących stanowisk prezesa UKE, publikowanych na stronach internetowych. I to wywoływało ogromne spory i konieczność rozstrzygnięcia indywidualnych decyzji, umów interkonektowych, przez prezesa UKE decyzjami administracyjnymi.

Dlaczego takie porozumienie zostało zawarte przez prezesa UKE i przez KE i przez BEREC? No właśnie też w związku z tą historią, która się dzieje przez szereg lat czyli – żeby sprowokować i wymusić na przedsiębiorcach telekomunikacyjnych jednak wykonywanie tych decyzji i zawieranie umów handlowych, a nie – funkcjonowanie rynku poprzez decyzje tylko i wyłącznie administracyjne. Bo w Polsce popadliśmy już w pewną schizofrenię, która nie ma miejsca w innych państwach członkowskich – że przedsiębiorcy nie respektują w większości decyzji regulacyjnych. Są przyzwyczajeni do tego, że w razie każdego niepowodzenia – gdy się ze sobą nie dogadają – mogą pójść do prezesa UKE i ten zastępuje decyzjami administracyjnymi ich umowy, które normalny przedsiębiorca powinien zawrzeć w umowie handlowej. Oczywiście, prezes UKE, jeśli przedsiębiorcy do niego przyjdą z tymi wnioskami, ma obowiązek rozstrzygnąć to w drodze decyzji administracyjnej, zastępującej umowę.

Natomiast przerzucenie tych stawek znowu do decyzji administracyjnej powoduje, że ta decyzja znowu jest zaskarżana do sądu i znowu mamy na rynku niepewność regulacyjną i niepewność prowadzenia biznesu. Bo te wszystkie decyzje, które do tej pory zostały wydane przez prezesa UKE – od 2007 r. czy nawet 2006 r., decyzje MTR-owe, właśnie te indywidualne – wszystkie są zaskarżone w sądzie i wszystkie są uchylone, te, które do tej pory zostały rozstrzygnięte. To powoduje, że przedsiębiorcy mają miliardowe spory między sobą i po prostu rozliczenia, których do tej pory nie są w stanie uregulować. To jest ogromny problem na rynku telekomunikacyjnym.

Być może ten nowy sposób podejścia do rozliczeń – czy ustalenie stawki w decyzji SMP z rygorem natychmiastowej wykonalności i konieczność zaimplementowania jej przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych w umowach – być może to coś zmieni. Być może nie. Bo przedsiębiorcy mogą się zachować w taki sposób, że od 1 stycznia – mimo tego rygoru natychmiastowej wykonalności – nie będą mieli zawartych aneksów i przyjdą po prostu 2 stycznia do prezesa UKE z wnioskami o zastąpienie decyzjami administracyjnymi tych aneksów, które powinni zawrzeć. I wtedy prezes UKE, w związku z wpływaniem wniosków, będzie musiał te postępowania negocjować.

W międzyczasie też jeden z przedsiębiorców telekomunikacyjnych, w trakcie 2012 r., złożył wniosek do nas o wpisanie do umów interkonektowych takiej klauzuli generalnej, z której by wynikało, że stawka MTR zawsze wynika z odpowiedniej decyzji SMP, która to określa. Żeby w każdej umowie interkonektowej, którą przedsiębiorcy mają zawartą między sobą, była klauzula generalna – nie określająca wprost stawki, ale określająca,

że ta stawka wynika z każdorazowej, aktualnie obowiązującej decyzji SMP. Myśmy prowadzili to postępowanie. Decyzje są, te interkonektowe, po uzgodnieniach – po konsultacjach rynkowych, po uzgodnieniach z UOKiK i po notyfikacji w KE.

I mamy w tym obszarze problem, chociaż wydawało nam się, że to też będzie jakieś rozstrzygnięcie, żeby te stawki rzeczywiście na pewno obowiązywały od stycznia 2013 r. Jednakże UOKiK poddaje tutaj w wątpliwość tę klauzulę generalną. A w związku z tym, że to się opiera na wcześniejszych decyzjach administracyjnych, które zawsze mogą paść przed sądem cywilnym, więc w związku z tym – co wtedy? I KE, odpowiadając nam na notyfikację tych decyzji, również odpowiedziała, że nie uważa, iż prezes UKE powinien rozstrzygać indywidualne spory. Decyzję, którą w tej chwili prezes UKE ma wydać, to jest decyzja SMP z określeniem wysokości stawki. I KE oczekuje od prezesa UKE, że od 2 stycznia będzie rygorystycznie egzekwował od przedsiębiorców telekomunikacyjnych stosowanie tej stawki na podstawie decyzji SMP a nie będzie bawił się w rozstrzyganie indywidualnych sporów interkonektowych. Ja tutaj przekazuję stanowisko, które zostało zawarte przez KE w jej stanowisku.

Dlatego ja pytałam, dopytywałam, prosiłam i spotykałam się z przedsiębiorcami telekomunikacyjnymi w sprawie jakości danych, przedstawianych przez tych przedsiębiorców? Dlatego, żeby ograniczyć w maksymalnie możliwym zakresie możliwość uchylenia tej decyzji przez sąd. Ponieważ jeżeli nie bylibyśmy pewni, że te dane są jednolite, że te dane są rzeczywiste, dostarczone w taki sam sposób i w takim samym zakresie przez wszystkich przedsiębiorców, wtedy do tego modelu każdy przedsiębiorca mógłby strzelać jak do przysłowiowej kaczki na wodzie. Chcieliśmy mieć pewność, że te dane na pewno są jednolite, pewne i zasilenie tego modelu przez UKE obroni się w postępowaniu sądowym. Chcieliśmy być tego pewni.

A dlaczego zdecydowałam się na wydłużenie tego okresu – o te sześć miesięcy w stosunku do pierwotnie planowanego 1 stycznia? Po pierwsze – od 1 stycznia wchodzi symetria. To jest poza modelem Bottom Up. To jest druga z podstawowych kwestii, do których był zobowiązany polski regulator, ale nie tylko polski regulator. Na polskim rynku od dłuższego czasu funkcjonuje asymetria pomiędzy przedsiębiorcami – między przedsiębiorcami dłużej funkcjonującymi na rynku a przedsiębiorcami młodszymi. Ta asymetria już od dłuższego czasu nie jest zasadna. W związku z tym to jest główna cecha i bardzo ważna kwestia, związana z MTR-ami – czyli wprowadzenie symetrii od 1 stycznia 2013 r.

Natomiast docelowa stawka, ta 4 gr, jest rzeczywiście od 1 lipca. Tak, jak powiedziałam wcześniej, zdecydowałam się na tę ścieżkę dojścia ze względu na to, żeby nie było gwałtownego spadku przychodów. I zdecydowałam się z tego powodu, z jakiego pani prezes Streżyńska zdecydowała się wycofać takie same decyzje w 2011 r. z KE – ponieważ wtedy tam już była ta stawka. Ale w związku z poszukiwaniem środków na inwestycje przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych, prezes dogadała się z przedsiębiorcami telekomunikacyjnymi i opóźniła im wejście stawek MTR w zamian za te inwestycje. Popatrzmy na to z tej strony, że polscy konsumenci mają stawki najniższe w Europie, natomiast infrastrukturę w Polsce mamy najgorszą w Europie. Dlatego tak jest, ponieważ przedsiębiorcom cały czas spadają przychody i w związku z tym nie mamy inwestycji. Dlatego regulator, który funkcjonuje na rynku, w sytuacji kiedy konsumenci naprawdę mają zapewnione niskie ceny, powinien też patrzeć na sytuację, związaną z możliwościami inwestycyjnymi tego rynku.

Rynek mamy konkurencyjny. Zadbaliśmy o kieszeń konsumenta przez ostatnie pięć lat bardzo dobrze. I te stawki MTR, które będą wprowadzone, na pewno też wywołają jeszcze kolejne obniżki cen. I nie uważam, że w jakikolwiek sposób działam tutaj na niekorzyść konsumenta. Być może te asymetria, która już za długo trwa, jest na niekorzyść konsumenta. Ale ją już skracamy od 1 stycznia 2013 r. Dziękuję bardzo.

Jeśli coś pominęłam, to proszę o uzupełniające pytania – albo teraz ustnie, albo na piśmie – i zobowiązuję się jeszcze uzupełnić swoją wypowiedź. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Szanowni państwo, mam propozycję, żebyśmy zakończyli posiedzenie. Jest godzina 15.00 i sądzę, że 3 stycznia...

**Poseł Antoni Mężydło (PO):**

Myślę, że jeszcze w tym samym punkcie pani przewodnicząca pozostawi nam możliwość zadawania pytań, bo to jest...

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Ależ oczywiście. Dlatego zaproponowałam, żeby kontynuować 3 stycznia. Mamy zwołane na 3 stycznia posiedzenie Komisji, żeby można było kontynuować dzisiejsze posiedzenie. Dlatego, że jeżeli rozwinie się nam dyskusja, to będzie trwała przynajmniej godzinę. Nie ukrywam, że mam również obowiązki. Liczyłam na to, że będzie to dwugodzinne posiedzenie Komisji.

Słucham, panie pośle.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Pani przewodnicząca, z uwagi na to, że praktycznie w ogóle nie dostałem odpowiedzi na moje pytania, będę musiał na kolejnym posiedzeniu Komisji zadać je jeszcze raz.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Tak jest, absolutnie. Bardzo proszę.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Ponieważ nie dostałem odpowiedzi na pytanie, dlaczego pani prezes zamierzała jednostronnie wycofać się z ustaleń z KE i przedłużyć obowiązywanie niekorzystnych stawek MTR, dlaczego pani prezes nie działała w interesie konsumentów? Praktycznie rzecz biorąc, mógłbym powtórzyć wszystkie te pytania, dodając kolejne w stylu: pani prezes Streżyńska faktycznie opóźniła obniżkę stawek MTR, ale w zamian za to podpisała zobowiązujące umowy na inwestycje w wysokości 350 mln zł a pani tego nie zrobiła. Nie dostała pani nic w zamian, dała im pani prezent, nie uzyskując żadnych zobowiązań, tak że...

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Proszę, pani minister, jeśli można, o odpowiedź na te trzy pytania pana posła, czyli dlaczego działała pani...

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Nie, nie, pani przewodnicząca, ja w tym momencie...

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Nie, nie – w takim razie uzyskajmy odpowiedź, bo wyjdzie na to, że blokuję uzyskanie tej odpowiedzi. Więc jeśli można, pani minister.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

Odpowiedziałam, że absolutnie nie działam na niekorzyść konsumenta, nie zgadzam się z tym i to jest zupełnie subiektywna ocena pana posła. Ja mogę tylko odpowiedzieć, że nie zgadzam się z tym. Jeżeli...

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Różnica stawki połączenia między 12 gr a 4 gr nie jest subiektywnie na niekorzyść konsumenta?

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

To jest stawka hurtowa i za nią może iść obniżka stawek detalicznych, ale nie musi. Mówimy tutaj o stawkach hurtowych. Druga kwestia...

**Głos z sali:**

Zawsze musi.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Oczywiście, że tak.

**Głos z sali:**

Nie zawsze.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Jeśli można, to bardzo proszę kontynuować, bo już widzę, że atmosfera jest bardzo napięta, więc za moment będę musiała przerwać posiedzenie Komisji i jednak przenieść dyskusję na następne posiedzenie.

Więc jeśli można, prosiłabym o nie prowadzenie rozmów pomiędzy stołami. Jeśli mogłabym pana prosić.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

Jeśli chodzi o pytanie, związane z tym, dlaczego...

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Proszę państwa, bardzo bym prosiła o spokój. Jesteśmy na posiedzeniu Komisji.

**Głos z sali:**

Przepraszam bardzo, już zakończyłem.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Dziękuję bardzo. Proszę kontynuować.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

Jeśli chodzi o to pytanie, dlaczego jednostronnie planowałam zmienić uzgodnienia. Prezes UKE... Trudno mi odpowiedzieć na tak sformułowane pytanie, dlaczego jednostronnie planowałam coś zmienić. To są kwestie, związane z dyskusjami i ze spotkaniami z KE. Są przedstawiane różne scenariusze i różne metody oraz daty dojścia do różnych rozstrzygnięć. I to, że o czymś się rozmawia z KE, z BEREK – to nie znaczy, że takie decyzje na koniec zapadają. W każdym procesie, który trwa przed prezesem UKE, zupełnie inna decyzja może iść do konsultacji społecznych a zupełnie inna decyzja może być wydana na końcu.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Ale ja nie o to pytam.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

W związku z tym to jest proces rozmowy i różne stawki, różne daty padają – zarówno ze strony prezesa UKE, jak i operatorów, jak i KE jakby jako BEREK-a. I nie uważam, że tutaj działa się coś negatywnego ze strony prezesa UKE.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Pani prezes, tu nie ma dyskusji, tu nie ma problemu. Ja nie kwestionuję tutaj pani kompetencji. Ja się tylko pytam, dlaczego pani prezentowała określone kwoty w określonych terminach i w określonych datach. Nie kwestionuję pani uprawnień w tym zakresie, po prostu pytam, skąd te kwoty się brały i skąd te daty się brały. Ja o to pytam, pytam o ten konkretny. Rozumiem, że pani może być w tym momencie nieprzygotowana, ponieważ pani ten akurat fakt tych rozmów z KE pominęła w faktografii, którą pani relacjonowała, więc ja to akceptuję, że 3 stycznia o tym porozmawiamy.

**Prezes UKE Magdalena Gaj:**

Ale było jeszcze wiele różnych spotkań z Komisją i rozmawialiśmy na ten temat. My codziennie prowadzimy mnóstwo rozmów, nawet telefonicznych, z KE. I nie uważam za błąd, że tutaj referując określone zdarzenia, podałam daty i fakty, istotne z punktu widzenia postępowania administracyjnego, a nie – robocze spotkania z KE.

**Podsekretarz stanu w MAiC Małgorzata Olszewska:**

Pani przewodnicząca, jeżeli można?

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MAiC Małgorzata Olszewska:**

Tylko jedno zdanie. Wydaje mi się, że chyba idziemy tutaj w jakąś ślepią uliczkę, dlatego że to jest kompetencja prezesa UKE, żeby wydać takie decyzje. Każda decyzja, zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego, zawiera uzasadnienie i jest adresowana

do bardzo konkretnych podmiotów. W związku z tym ja naprawdę nie rozumiem w tej chwili tego...

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

To ja wytłumaczę.

**Podsekretarz stanu w MAiC Małgorzata Olszewska:**

...o czym my dyskutujemy i angażujemy też nasz czas, żeby pani prezes w tej chwili – na podstawie decyzji, które zamierza wydać – uzasadniała decyzje, odnoszące się do bardzo konkretnych podmiotów. Więc wydaje mi się, że to nie jest to miejsce i to nie jest ten czas.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

To ja odpowiem na to pytanie, jeśli pani przewodnicząca pozwoli. Mamy do czynienia z radykalną zmianą polityki regulacyjnej wraz ze zmianą prezesa UKE. I ma to bezpośredni wpływ na sytuację klientów, na sytuację całego rynku. Ponieważ po to pani prezes UKE ma narzędzia, żeby dbać o nasze kieszenie bądź to zaniedbywać.

**Podsekretarz stanu w MAiC Małgorzata Olszewska:**

Panie pośle...

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

I o tym pani minister mówię. To nie jest prywatna sprawa jakichś przedsiębiorców i pani prezes UKE. To jest równie absurdalne...

**Podsekretarz stanu w MAiC Małgorzata Olszewska:**

Panie pośle, ale jesteśmy państwem prawa...

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Ja pani nie przerywałem. To jest równie absurdalne...

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Chwileczkę, momencik. Proszę państwa, to jest dokładnie to, czego się obawiałam, bo atmosfera jest coraz bardziej napięta. Prosiłabym jednak tonować emocje, albo zamknę posiedzenie i będziemy kontynuować 3 stycznia.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

Pani przewodnicząca, chciałem tylko zwrócić uwagę, że to, co mówi pani minister, jest równie absurdalne jak to, by poproszony o wyjaśnienia przed Komisją sejmową prezes organu regulacyjnego uważał, że to jest naruszanie zasady jego niezależności, kiedy my chcemy się dowiedzieć, jakimi przesłankami do podejmowania takich a nie innych decyzji się kieruje korzystając z kompetencji, przypisanych mu polskim prawem. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Bardzo proszę, pan przewodniczący.

**Poseł Adam Rogacki (PiS):**

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Pani prezes, mówi pani, że nie działa pani na niekorzyść konsumentów. W swojej wypowiedzi o obniżeniu stawek mówi pani, że nie chodzi o obniżenie do 4 gr, ponieważ odbiłoby się to znacznie na przychodach operatorów. Czy pani powinna się martwić o przychody operatorów, czy o kieszenie polskich klientów, polskich konsumentów, którzy po prostu korzystają z telefonii komórkowej?

Proszę sobie zadać to pytanie i odpowiedzieć 3 stycznia.

**Poseł Przemysław Wipler (PiS):**

A jeśli spadną przychody, to co się stanie z tymi pieniędzmi? Gdzie one będą w tym momencie?

**Przewodnicząca poseł Julia Pitera (PO):**

Chciałabym prosić o przygotowanie tych pytań na 3 stycznia. Już dziś zapraszam państwa na to posiedzenie. Zamykam posiedzenie Komisji.

Dziękuję państwu i życzę wszystkiego dobrego na święta i w Nowym Roku. Dziękuję.