

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 95)

z dnia 9 października 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 95)

9 października 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłanki **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, przeprowadziła:

– pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej (druk nr 1785).

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Pachciarz** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnuś** p.o. wicedyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Konstanty Radziwiłł** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Maciej Janiak** przedstawiciel Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Bożena Janicka** prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Barbara Jurkiewicz** wiceprezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, **Agata Smorzewska-Łaniewska** ekspert Pracodawców RP, a także lobbyści **Anna Kadzikiewicz** oraz **Paweł Sowa** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Maria Taurogińska-Kopec** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Bogdan Cichy** oraz **Urszula Sęk** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Dzisiaj, w porządku dziennym, mamy pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, druk nr 1785. Jest to przedłożenie rządowe.

Zanim udzielę głosu panu ministrowi, chciałabym jeszcze powitać wszystkie osoby przybyłe na dzisiejsze posiedzenie Komisji. Witam pana ministra z całym zespołem, panią prezes Narodowego Funduszu Zdrowia z zespołem. Witam wszystkich przybyłych gości a także – a może przede wszystkim – posłów, którzy pracują w Komisji Zdrowia.

Rozpoczynamy prace nad dzisiejszym projektem. Panie ministrze, bardzo proszę o uzasadnienie dzisiejszego projektu.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, zawarty w druku nr 1785, ma za zadanie ustabilizować sytuację związaną z kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej obecnie i w następnych latach. W tym celu przedkładamy wyżej wymieniony projekt.

W projekcie proponujemy: zwiększenie gwarancji wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej; usprawnienie postępowania odwoławczego od rozstrzygnięć komisji konkursowej w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; wprowadzenie możliwości przedłużania okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kiedy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku odwołań od rozstrzygnięć konkursu i przedłużającej się procedury konkursowej; dookreślenie sposobu realizacji zasady jawności umów i postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej oraz usprawnienie kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym, w projekcie proponujemy w punktach od 1 do 6 dokonanie zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W celu zagwarantowania wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej, proponujemy określić na poziomie ustawy pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które służą, między innymi, jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Zdecydowaliśmy się na wyszczególnienie podstawowych elementów wskazanych pojęć, które muszą być brane pod uwagę podczas procesu porównania ofert według wskazanych kryteriów. Wprowadzenie tych definicji przyczyni się do zwiększenia przejrzystości procesu kontraktowania oraz pozwoli na zawieranie umów z tymi świadczeniodawcami, którzy zapewniają ciągłość procesu diagnostycznego oraz terapeutycznego. Szczególnie kryterium ciągłości premiować będzie oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Przyjęcie takich rozwiązań jest podyktowane interesem publicznym, jakim niewątpliwie jest potrzeba zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W celu umożliwienia Narodowemu Funduszowi Zdrowia ogłaszanie odrębnych postępowań i zawieranie umów, w których przedmiotem będą ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, udzielane w podmiotach leczniczych oferujących kompleksową opiekę zdrowotną zintegrowaną z leczeniem szpitalnym, proponuje się uszczegółowić przepis art. 57 ustawy. Artykuł ten określa podstawowe zasady dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych przez wyraźne sformułowanie, że mogą być one udzielane również w poradni przyszpitalnej.

Druga grupa zmian dotyczy kwestii proceduralnych, związanych z udostępnieniem informacji o ofertach świadczeniodawców i zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia umowach oraz – z rozpatrywaniem odwołań od rozstrzygnięć komisji konkursowych. Uzasadnienie wprowadzenia zmian w art. 135 ustawy, w zakresie jawności umów i postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowi ugruntowany w orzecznictwie sądów administracyjnych pogląd, zgodnie z którym, informacje zawarte w ofertach składanych przez świadczeniodawców, w postępowaniu udzielanym w ramach świadczeń opieki zdrowotnej, powinny być udostępniane stronom tych postępowań oraz, że stanowią one informację publiczną.

Następna grupa zmian proceduralnych dotyczy usprawnienia i skrócenia procedury rozpatrywania odwołań od rozstrzygnięć komisji konkursowej. Proponujemy wprowadzenie dwuinstancyjnego postępowania administracyjnego na poziomie oddziału wojewódzkiego NFZ-u w taki sposób, że w odniesieniu do decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będzie przysługiwać złożenie wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy również do dyrektora a w dalszej kolejności – skarga do sądu administracyjnego. Obecnie odwołanie od rozstrzygnięcia komisji konkursowej przysługuje do dyrektora oddziału wojewódzkiego, a następnie do prezesa NFZ. Prezes NFZ rozpatruje odwołanie w terminie 30 dni od jego otrzymania. Wprowadzenie możliwości złożenia wniosku do dyrektora oddziału o ponowne rozpatrzenie sprawy pozwala na skrócenie tego terminu do 14 dni. Ponadto, na poziomie ustawy wyraźnie określa się katalog stron postępowania odwoławczego oraz konsekwencje uwzględnienia odwołania.

Wysoka Komisjo, w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, w zmienionym art. 156 wprowadza się na stałe instrument pozwalający na wydłużenie lub zmianę aktualnie obowiązującej umowy, jednak nie dłużej niż na okres 6 miesięcy, w sytuacji, gdy zachodzi ryzyko niezabezpieczenia lub braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z uwagi na długi proces wyłaniania świadczeniodawców, z którymi mają być zawarte nowe umowy. Długotrwałość tego procesu wynika, między innymi, z licznych odwołań świadczeniodawców. Zgodę na przedłużenie umowy będzie wydawać prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Umowa będzie przedłużona na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego za zgodą świadczeniodawcy, gdyż – zgodnie z obo-

wiążącym art. 155 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zmiany tej umowy, potrzebna jest zgoda obu stron, to jest zarówno Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i świadczeniodawców.

Ponadto, w przepisie przejściowym art. 3 proponuje się wprowadzenie regulacji umożliwiającej przedłużenie wszystkich umów do końca 2014 r., co ma umożliwić odpowiednie przygotowanie się oddziałów wojewódzkich do realizacji nowych obowiązków w zakresie obsługi postępowań odwoławczych. Dodatkowo, w projekcie ustawy z druku 1785 proponuje się także zmianę ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Zakłada się niestosowanie przepisów art. 82 oraz art. 83 tej ustawy w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców dokonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w trybie określonym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych finansowych. Przepisy te dotyczą kwestii równoczesnego prowadzenia kontroli oraz czasu jej trwania. Obecnie brak wyłączenia tych przepisów powoduje, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie może przeprowadzić kontroli u świadczeniodawcy będącego przedsiębiorcą, w sytuacji, gdy odbywa się u niego inna kontrola. Ponadto kontrola Narodowego Funduszu Zdrowia musi trwać, w zależności od wielkości świadczeniodawcy będącego przedsiębiorcą, od 12 do 48 dni roboczych, co nie zawsze jest możliwe, biorąc pod uwagę skomplikowany zakres kontroli Funduszu.

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, przedkładając projekt ustawy zawarty w druku 1785, proszę uprzejmie o pilne podjęcie nad nim prac, gdyż jest to regulacja niezwykle potrzebna i oczekiwana przez środowisko.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, myślę, że to pierwsze pana wystąpienie na tym posiedzeniu Komisji, bo pewnie będzie wiele pytań ze strony posłów... Sprawa dotycząca kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń ma niewątpliwie istotne znaczenie w jakości usługi medycznej, ale to jest tylko część tematu. Natomiast to, w jaki sposób mamy zapewnić tę kompleksowość, pewnie w czasie dyskusji będzie wybrzmiewać niejednokrotnie.

Otwieram dyskusję, szanowni państwo. Przyjmuję zgłoszenia do zabrania głosu. Proszę bardzo, pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze (przepraszam, że jestem zwrócony do pana tyłem, ale tak jesteśmy usadzeni), mam dwie wątpliwości odnośnie do skutków tej ustawy. Przeczytałem na koniec uzasadnienia, co to znaczy „lepsza oferta”, ale uważam, że jeżeli określamy pewne standardy, według których podpisujemy umowy, i podmiot, który ma podpisaną umowę, nie może funkcjonować poniżej tych standardów, to przedstawianie tak zwanej lepszej oferty wyposażeniowej czy innej jest zagrożeniem dla podmiotów, które już mają te przepisy. Bo albo określamy ostre zasady, zgodnie z którymi podmiot nie może schodzić poniżej pewnego poziomu i wtedy Narodowy Fundusz Zdrowia, naprawdę realnie i ostro kontrolując, dopuszcza ten podmiot do konkursu czy do podpisania umowy... Podobnie martwię się o tak zwaną ofertę cenową, żebyśmy nie doszli do sytuacji takiej, jaką mamy z budową dróg czyli, że za wszelką cenę będą chciały pojawić się na rynku podmioty służby zdrowia, które będą proponować nierealne usługi, co na pewno odbije się na jakości tych usług albo (co już jest widoczne w skutkach) na oszukiwaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i pacjentów, że tych lekarzy będzie fizycznie mniej i będzie to konkretne zagrożenie dla zdrowia pacjentów.

Czy nie możemy iść taką drogą, jaką wypracowały już inne kraje wcześniej mające fundusze ubezpieczeniowe, czyli zagwarantowanie stałych kontraktów dla tych, którzy już mają podpisane kontrakty i dopuszczanie nowych podmiotów tylko, na przykład, na podstawie zgody organów samorządów lekarskich – izby lekarskiej, która ocenia-

łaby, czy istnieje potrzeba usadowienia się nowego podmiotu na rynku, czy nie? Według mnie, te dwa zapisy są szalenie niebezpieczne. Spowodują dalszy zamęt na rynku usług medycznych i nie będą gwarantować tej ciągłości, o której mówimy, ponieważ dopuszczenie tych podmiotów będzie dowolne dla regionalnych oddziałów NFZ.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gądek, kolejny głos.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Szanowne prezydium, panie ministrze, koleżanki i koledzy, drodzy goście, z uwagą przeczytaliśmy projekt zmiany ustawy i w związku z tym, mam pytanie: co jest celem wnioskodawców, jeżeli chodzi o wprowadzenie nowego produktu pod nazwą poradnia przy szpitalna czyli ambulatorium podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, itd., z całym rozwinięciem? Przecież w chwili obecnej funkcjonuje ambulatoryjna opieka specjalistyczna i większość szpitali w Polsce, zarówno powiatowych, jak i wyższego szczebla, aż po kliniki, prowadzi poradnie specjalistyczne w ramach AOS. Proszę przedstawić uzasadnienie, dlaczego poradnia przyszpitalna ma być lepszym produktem i zapewniać lepszą, kompleksową opiekę nad pacjentem.

W moim mniemaniu, w dużej grupie zarówno lekarzy, jak i przede wszystkim pacjentów, istnieje duże zaniepokojenie tą propozycją, że poradnie przyszpitalne będą jakby uprzywilejowane w procesie kontraktowania, jeżeli chodzi o specjalistykę a nie możemy doprowadzić do nierówności podmiotów w jednym, danym zakresie świadczenia usług. Dzisiaj, oczywiście, funkcjonują te poradnie w ramach AOS-u, stają – jak wszyscy świadczeniodawcy – do konkursu ofert w tym samym zakresie i jeżeli oferta jest dobra, to ją wygrywają. Natomiast, jest to zagrożenie (szczególnie dla tak zwanej Polski powiatowej, prowincjonalnej, gdzie do szpitala powiatowego – nie wspominam już o szpitalach wojewódzkich i innych – jest kilkadziesiąt a w skrajnych przypadkach do stu kilometrów i jeżeli wyłącznie tam będą zlokalizowane poradnie a może tak się zdarzyć w świetle tego zapisu), że pacjent będzie mieć zmniejszoną dostępność do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która powinna być zlokalizowana jak najbliżej pacjenta. Jeżeli oddział neurologiczny będzie mieć poradnię neurologiczną i ona zdecydowanie wygra postępowanie z resztą poradni zlokalizowanych w dalszej odległości od szpitala, to pacjent poudarowy będzie musiał przemierzać dziesiątki kilometrów, co nie jest wyjściem w stronę pacjenta. Takie głosy i takie wątpliwości słyszymy, w związku z czym ja państwu je przekazuję.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Następna jest pani poseł Elżbieta Gelert, proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, ja mam kilka pytań właściwie w tym samym kontekście, czyli poradni przyszpitalnych. Jak państwo widzą to później w codziennym kontraktowaniu? Bo, czy poradnia przyszpitalna równa się faktycznie poradni specjalistycznej a więc, obowiązywać ją będą wszystkie te zasady, czyli trzy razy w tygodniu co najmniej przez cztery godziny, to po pierwsze. Czy wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie do specjalizacji lekarzy i oceny jakości tej poradni również będą obowiązywać, bo wiadomo, że w szpitalach jest bardzo dużo specjalizujących się lekarzy, którzy nie mają jeszcze specjalizacji a będą zatrudniani w tej poradni i będą wpływać na jej ocenę? Następnie: jak u wojewody będzie zarejestrowana taka poradnia? Czy jako poradnia przyszpitalna neurologiczna, czy neurologiczna poradnia przyszpitalna? Wydaje się, że to są szczegóły, ale jest to niezmiernie ważne.

Nie będę powtarzać tego, co już tu mówiła koleżanka o zaburzeniu kontraktowania, bo uważamy, że jest to produkt nowy i zupełnie niepotrzebny. Zgoda, że aby zapewnić ciągłość opieki, potrzebna jest poradnia konsultacyjna, która powinna być typową poradnią dla pacjentów, którzy byli w szpitalu, natomiast w przypadku pacjentów, którzy tak naprawdę nigdy nie staną się pacjentami szpitala a poradnia będzie zakontraktowana

w takiej ilości, to zaburzy to funkcjonowanie pozostałych poradni, nie mówiąc już o kolejkach. Bo jeżeli pacjent ma mieć zapewnioną ciągłość leczenia, to właściwie nie powinien być umieszczany w kolejce, tylko powinien poza kolejką być przyjmowany przez poradnię przyszpitalną – to znowu zaburzy funkcjonowanie.

Myślę, odnośnie do dopracowania, co to jest ciągłość i kompleksowość, że zapewne jest to słuszne, tym bardziej, że w art. 142 ust. 5 już była mowa o wyborze oferty, która zapewnia ciągłość i kompleksowość. W tej chwili doprecyzowanie tej ciągłości i kompleksowości na pewno jest niezbędne. Natomiast, uważam, że powstanie takiego nowego produktu jak poradnia przyszpitalna zaburzy zupełnie funkcjonowanie AOS.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Następną do głosu, pani Anna Zalewska, proszę.

Posel Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Wysoka Komisjo, szanowne prezydium, szanowni goście, mam kilka pytań, bo tak naprawdę odpowiedzi na pytania, które wybrzmiały przed moim wystąpieniem, będą interesujące i będą decydować o tym, w jakim kierunku powinny pójść prace nad przepisami. Czytam w uzasadnieniu, że ten dokument i te zmiany w ustawie zostały przesłane do odpowiednich organizacji. Po pierwsze, chcę wiedzieć, które organizacje wystąpiły z opiniami i jaki miały czas na to, żeby dyskutować. Widzę tutaj przedstawicieli organizacji, więc prosiłabym panią przewodniczącą, żeby mogli zabrać głos.

Po drugie, w art. 3 – nie ukrywam, że w tej chwili to mnie najbardziej interesuje – jest mowa o tym, że będzie można przedłużyć, aneksować, umowy dla ratownictwa medycznego do 31 grudnia 2014 r. Jest październik i Narodowy Fundusz Zdrowia jest gotowy z konkursem w wielu województwach – ja mówię na przykładzie województwa dolnośląskiego. I to jest ważne, dlatego, że już jest bardzo duże napięcie, znowu są niepokoje. To jest absolutnie niepotrzebne i z Komisji powinien wyjść sygnał, że będzie taka możliwość. W takim razie chcę zapytać (jestem, oczywiście, w kontakcie z określonymi podmiotami): na jakiej podstawie po raz kolejny aneksowano umowę na ratownictwo medyczne w Wielkopolsce? Wydaje mi się to być strategiczne. Może ja czegoś nie wiem, może źle mi przekazano informację, ale tam sytuacja była podobna jak na Dolnym Śląsku – bez zmiany ustawy po raz kolejny aneksowano umowę. Proszę więc o wyjaśnienie. Być może – tak, jak mówię – jest to nieporozumienie.

W art. 135 pkt 2 czytamy również, że Fundusz realizuje zasadę jawności. Czyli, po zakończonym postępowaniu konkursowym pojawiają się wszystkie informacje, które będą podlegać weryfikacji, również poprzez dostęp konkurencji, która będzie mogła sprawdzić, czy deklaracje firmy, która wygrała przetarg, są prawidłowe. Z mojego doświadczenia wynika, że – rzeczywiście – takiego dostępu nie ma, jest ograniczony i dopiero w wyniku interwencji poselskich okazuje się (z mocy ustawy posłowie i posłanki mają dostęp do tego rodzaju informacji), że są fałszywie podawane informacje, które decydują o wygraniu konkursu. Wydaje mi się więc, że to powinno być istotne. Chcę jednak zapytać o kwestię fundamentalną: na ile zgodne z konstytucją jest to, że nie mamy dwóch instancji i załatwiamy to na poziomie województwa – jest to ważne, dlatego, że to może zostać zakwestionowane mimo dobrych chęci – i na ile to usprawni działanie i da szeroką gamę możliwości różnego rodzaju podmiotom? Nie będę powtarzać pytań wcześniejszych, z którymi absolutnie się zgadzam.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy pani poseł zakończyła?

Posel Anna Zalewska (PiS):

Tak. Powiedziałam, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Joanna... Janina Okragły. Przepraszam, imię zmieniłam.

Poseł Janina Okragły (PO):

Państwo przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, mam dwa krótkie pytania. Pierwsze dotyczy art. 1 ust. 1 pkt b – kompleksowość, bo czytając ten punkt nie wiem, w jakim kierunku idziemy. Czy to nie jest kierunek tworzenia nowych, ale takich, jak były kiedyś, zakładów opieki zdrowotnej, że był szpital i wszystko było w jednym miejscu, łącznie ze specjalistyką i podstawową opieką zdrowotną? Proszę mi to wytłumaczyć.

I druga sprawa, to jest art. 2 z projektu ustawy, który dotyczy ograniczenia działania ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Jakie są przesłanki do tego, skoro ustawa o swobodzie działalności gospodarczej mówi, że można wykonywać nagłe kontrole niezapowiedziane dłużej, poza standardami, jeżeli zachodzi zagrożenie zdrowia i życia, jeżeli jest podejrzenie przestępstwa lub wykroczenia? Co spowodowało, że tutaj tę grupę przedsiębiorców, bo tak trzeba ich nazwać, traktuje się inaczej? Dotyczy to zarówno małych gabinetów lekarza rodzinnego czy specjalistyki, jak i większych. I to wszystko.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Pan poseł Chmielowski.

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Dziękuję. Pani przewodnicząca, panie ministrze, pani prezes, szanowne koleżanki i koledzy, chciałbym zwrócić uwagę na pewną niedoróbkę tej nowelizacji, czy tego pomysłu. Polega ona na tym, że przedstawia się pewnego rodzaju ścieżkę odwoławczą, która w stosunku do tego, co jest dzisiaj, powiedzmy, jest lepsza, natomiast, ona nadal nie wyklucza dwóch, w mojej ocenie, najistotniejszych elementów. Mianowicie, nie wyklucza tak zwanej prymitywnej złośliwości urzędnika. To, oczywiście, dotyczy nie tylko NFZ, to dotyczy wszystkich urzędów, ale akurat w przypadku NFZ generalnie kończy to działalność medyczną czy działalność w ochronie zdrowia poszczególnych pomiotów, bo „loczek był źle ułożony”, bo „mrugnęła okiem, więc już jej nie lubię i teraz nie dam jej kontraktu, zwolnię”. Teraz nie mamy, poza sądem administracyjnym – co padło z ust pana ministra – żadnej instancji, która by w miarę szybko naprawiła ten ludzki a właściwie nieludzki błąd urzędniczy, który na jakimś etapie powstał.

Mamy praktykę niebudzącą żadnej wątpliwości (oczywiście, nie jest to nasza wina ani tej Komisji, ani pana ministra), że, na przykład, w sądach administracyjnych sprawy ciągną się kilka lat, więc nie ma sensu na ten temat dyskutować, bo cóż z tego, że ktoś wygra po trzech latach, jeśli ta umowa została skutecznie rozwiązana. I przenosi się to również na pacjentów. To jest pierwsza sprawa, i zaraz podam rozwiązanie tego...

I druga sprawa, którą chciałem poruszyć, to relacja w stosunku do ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Najistotniejszym elementem gry rynkowej czy działalności gospodarczej, a co za tym idzie, możliwości inwestowania, panie ministrze, jest tak zwana równość podmiotów, która nie zostanie czymś zachwiana. Otóż, każdy w miarę myślący świadczeniodawca, który ma długoletni kontrakt (w tym wypadku trzyletni, akurat w przypadku województwa śląskiego większość kontraktów specjalistycznych w tym roku się kończy, czyli trzeba je będzie albo aneksować, albo ponownie o nie występować), jeżeli dokonuje jakichkolwiek działań inwestycyjnych, czyli podnoszących swoją wartość rynkową w sensie usługi, jeżeli nie wie, że będzie mieć przedłużony kontrakt, nie może liczyć na to, że zainwestuje te pieniądze, bo w momencie, kiedy kontrakt utraci z powodów urzędniczych (nie chcę dyskutować, chociaż z reguły tak bywa) to ta inwestycja jest menadżersko chybiona. To jest bardzo poważny problem i myślę, że pomimo dobrych intencji ministerstwa – tak zakładam – akurat w tym projekcie to się w jakiś sposób rozminęło, czy mówiąc kolokwialnie, rozjechało.

Widzę, że dzisiaj najlepszym rozwiązaniem na bardzo prostym etapie byłoby, w przypadku nieudzielenia lub zerwania kontraktu – przy czym, przypominam, że art. 78 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej jednoznacznie nakreśla upoważnienie do przeprowadzenia kontroli, jak to ma wyglądać i jakie z tego wynikają skutki – żeby jeden z takich organów był społeczny. Akurat w przypadku lekarzy byłoby najlepiej, żeby wywodził się z samorządu lekarskiego, czyli z izby lekarskiej. Zatem, komórka tej izby potwierdzałaby, czy – rzeczywiście – doszło do naruszenia, czy była możliwość narusze-

nia, czy po prostu facet do takiego kontraktu w ogóle się nie nadaje. To jest pierwszy z elementów, które chciałem podpowiedzieć i, mam nadzieję, że w tym kierunku to dalej pójdzie.

Natomiast, jeżeli chodzi o swobodę działalności gospodarczej, to musimy powiedzieć wprost, że część podmiotów nie jest zainteresowana kontraktem z NFZ dlatego, że wykonuje swoje czynności prywatnie. To znaczy, chce być całkowicie prywatna, nie chce być związana z tą instytucją. Są jednak takie organizacje, czy właściwie całe grupy działalności medycznej, które muszą mieć ten kontrakt. Uważam więc, że praktycznie wszyscy powinni go mieć i wykorzystywać w tym zakresie, w jakim pojawia się pacjent, żeby dać szansę równej konkurencji, czyli równego traktowania podmiotów gospodarczych, zgodnie z ustawą, którą wymieniłem a mianowicie o swobodzie działalności gospodarczej na rynku. I to, w mojej ocenie, jest najistotniejszy element, od którego (przyznam szczerze i ubolewam nad tym) poszczególne rządy, od czasu, kiedy najpierw powstały kasy chorych a potem NFZ, skutecznie uciekały albo się z tym rozmijały, panie ministrze, czy nie brały tego pod uwagę. I nie ma znaczenia, kto jest prezesem NFZ, czy NFZ działa dobrze, źle, gorzej, czy bardzo dobrze, tylko jest to kwestia pewnego doświadczenia administracyjnego, w którym, niestety, dostrzegam bardzo destrukcyjną rolę urzędników różnych szczebli.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Katulski, proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, pani prezes, zapoznałem się z projektem tej ustawy i rozumiem ducha oraz potrzebę przyjęcia tego aktu prawnego, który – według mnie – wynika wprost z takiej a nie innej sytuacji finansowej, jaką w przyszłym roku będziemy mieć w finansowaniu ochrony zdrowia ze środków publicznych. Moim zdaniem, jest to dzisiaj krok niezbędny. Prawda jest taka, że nie stać nas na to, żeby dopuścić w prosty sposób, jak dotychczas, większą liczbę podmiotów do podzielenia tego tortu ochrony zdrowia. Dla mnie sprawa jest oczywista i muszę powiedzieć, że nie mam odnośnie do tego żadnych wątpliwości. Natomiast, kiedy wczytuję się w szczegółowe zapisy tych zmian, to – wybrzmiewało to już tutaj, ale ja to jeszcze raz powtórzę – według mnie, niezbyt precyzyjnie opisano kompleksowość świadczeń. Wydaje mi się, że można to było zrobić zdecydowanie lepiej.

I od razu powiem, że jestem za tym, żeby premiować kompleksowość – tak powinno być. Według mnie, zapisy, które mówią, że „kompleksowość w zakresie” będzie w jakiś sposób interesująca... Moim zdaniem, powinno się to przekładać także na rankingowanie oferty w Narodowym Funduszu Zdrowia. Trudno mi tak na gorąco powiedzieć teraz, jak by to musiało wyglądać, ale uważam, że tak powinno być.

Nie jestem przestraszony w taki sposób, jak niektórzy moi przedmówcy mówiący, że to jest powrót do dawnych ZOZ-ów czyli zespołów opieki zdrowotnej, czy zakładów opieki zdrowotnej, bo uważam, że wbrew pozorom wcale nie było to najgorsze, natomiast – oczywiście – byłbym jak najdalej od instytucjonalnego powiązania tego czyli, żeby to tylko, na przykład, szpital powiatowy był jedynym podmiotem kontraktującym świadczenia. Uważam, że tak nie powinno być. Jednak dzisiaj też mamy sytuację nie do końca zdrową, kiedy to pewne rodzaje świadczeń, na przykład POZ, obrastają specjalistyką. Tak też nie powinno być, bo czasem następuje niepotrzebny przepływ pacjentów.

Mam natomiast pewne obawy związane z zaproponowanym rozwiązaniem, odnośnie do poradni przyszpitalnych i tego dotyczy moje pytanie. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia nie obawia się tego, że z takiej poradni przyszpitalnej będzie bardzo łatwy przepływ pacjenta do szpitala? Krótko mówiąc, czy to nie spowoduje tego, że w szpitalu raptem pojawią się pacjenci, którzy w ogóle nie muszą się tam pojawić. Obawiam się, że taki mechanizm, niestety, może być wytwarzany, bo jeśli będzie niewykonywanie świadczeń, na przykład, na oddziale neurologicznym i ten oddział będzie dysponować swoją poradnią neurologiczną, to będzie proste polecenie: słuchajcie, każdy pacjent, czy ilu się da, ma trafić na oddział. Dla mnie ten mechanizm jest jasny i jako lekarz mogę już dzisiaj

stawiać dolary przeciw gruszkom, że będzie to nie do skontrolowania, bo w przypadku każdego pacjenta możemy uzasadnić potrzebę położenia go na oddziale. I to jest moje pytanie: czy nie obawiają się państwo tego, że taki mechanizm będzie działać?

Jednak największe moje obawy budzi zaproponowany art. 2 (a nawet muszę powiedzieć, że zupełnie się z nim nie zgadzam), który w sposób szczególny daje uprawnienia kontrolne Narodowemu Funduszowi Zdrowia. A już po przeczytaniu uzasadnienia, dlaczego tak ma być, nie znajduję dla tego usprawiedliwienia, ponieważ państwo w uzasadnieniu proponują, żeby art. 2, który *de facto* będzie powodować możliwość wykonania natychmiastowej kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia... Wynika on rzekomo z tego, że Najwyższa Izba Kontroli wskazała pewne nieprawidłowości, tylko – uwaga! – one, według waszego uzasadnienia, polegają na niewystarczającej liczbie kontroli. Nie potrafię wykoncypować, jak ma się liczba kontroli do tego, w jaki sposób są one wykonywane. W związku z powyższym, chciałbym tylko powiedzieć, że na razie, na etapie pierwszego czytania, proponuję poprawkę polegającą na wykreśleniu art. 2 z przedstawionego projektu ustawy.

I jeszcze jedno. Wydaje mi się, że przy okazji tej regulacji prawnej należałoby pomyśleć o czymś, co może nie wiąże się bezpośrednio ani z ustawą o świadczeniach, ani z ustawą o swobodzie działalności gospodarczej, że mamy pewien problem z nowelizacją ustawy refundacyjnej. Nie wiem, czy państwo mają tego świadomość, że 31 grudnia tego roku mija okres przejściowy dotyczący stosowania chemioterapii niestandardowej. Wydaje mi się, że przy okazji tej nowelizacji, jeżeli Komisja tym się zajmuje, warto byłoby zaproponować jeszcze zmianę, która przynajmniej o rok wydłuży możliwość stosowania chemioterapii niestandardowej. Wiem, że prawdopodobnie będzie tak, iż większość leków, które dzisiaj są stosowane w chemioterapii niestandardowej, znajdują się wprost na listach refundacyjnych, ale nie możemy być pewni tego, że nie znajdują się tam pewne pojedyncze specyfiki albo nie pojawiają się do końca roku, w przypadku których będzie potrzeba dania możliwości pacjentom skorzystania z nich, jeśli będzie to niezbędne. W związku z powyższym wydaje mi się, że trzeba będzie o tym pomyśleć. Spróbuję, w porozumieniu z państwem, taką poprawkę zaproponować.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa posłów? Pan poseł Hoc, proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Myślę, że – rzeczywiście – ustawa wprowadza szereg istotnych zmian, ale – diabeł tkwi w szczegółach. Szczerze mówiąc, jeśli słyszymy o tym, że chcemy zwiększyć albo poprawić ciągłość i kompleksowość udzielanych świadczeń, to jest to dobre hasło, natomiast jego wykonanie, czego dowodzi projekt ustawy, zawodzi, jak się wydaje. Zatem, w moim przekonaniu, dla pacjenta najważniejsze są dwa wskaźniki: jakość i dostępność. Jeśli rząd proponuje zagwarantowanie wysokiej jakości tylko poprzez zapewnienie ciągłości i kompleksowości a z drugiej strony twierdzi, że jeszcze na obecnym etapie nie wprowadzono ustawy o jakości w ochronie zdrowia, na poziomie której zostaną uregulowane i doprecyzowane konieczne kryteria jakości, to już samo to sformułowanie jest niespójne i świadczy o niewiarygodności państwa zamierzeń. Z jednej strony chcecie zagwarantować wysoką jakość a z drugiej strony mówicie, że jeszcze nie ma ustawy o jakości, więc nie możecie nawet określić, jakie będą kryteria tej jakości. A tak naprawdę, to o jakości medycyny stanowi zadowolenie pacjenta. Czy te zmiany spowodują, że pacjent będzie bardziej zadowolony? Czy zwiększy się jakość jego świadczeń medycznych i czy zwiększy się dostępność do tych świadczeń? To jest najważniejsze.

Możemy wygłaszać szczytne hasła (ciągłość, kompleksowość), które – rzeczywiście – są chwytliwe, natomiast jeśli chodzi o jakość i dostępność czyli zmniejszenie kolejek, zwiększenie dostępności i zwiększenie jakości, udowodniłem już państwu, że jakości nie zapewnicie, dlatego, że sami państwo twierdzą, że nie ma jeszcze ustawy o jakości i nie ma jeszcze ustanowionych żadnych kryteriów. Wy proponujecie ciągłość i kompleksowość, ale – czy ta ciągłość i kompleksowość jest rzeczywiście zapewniona?

Mówicie, że będziecie premiować, albo że w praktyce będą premiowani świadczeniodawcy, którzy już są na rynku. Patrząc retrospektywnie, wiemy przecież, jak ci świadczeniodawcy wchodziłi na ten rynek. Przypominają sobie państwo a Narodowy Fundusz Zdrowia szczególnie, że w poprzednich latach było tak, że jakkolwiek nowy podmiot pojawił się, musiał być brany pod uwagę. Czy tak, pani prezes? Musiało to być rozpatrywane obowiązkowo. Czyli, niejednokrotnie było tak, że jeszcze poprawiano tynk w pomieszczeniach piwnicznych (mówię to z doświadczenia, ale nie zachodniopomorskiego) poprawiano piwniczne stropy a już kontraktowano świadczenia, bo pojawił się nowy podmiot. A teraz, proszę państwa, wprowadzacie coś takiego, że chcecie zapewnić ciągłość poprzez premiowanie tych, którzy już są na tym rynku. Ale, ja bym chciał, żeby te stare też prezentowały taką jakość, a więc sprzęt, zatrudnienie – nie fikcyjne, na papierze, że jest dwóch lekarzy specjalistów, z których jeden nawet nie wie, że jest tam zatrudniony a drugi, gdy się dowiedział, był bardzo oburzony, itd. Jeśli więc teraz wprowadzacie coś takiego (w innym toku rozumowania), że przedłużycie automatycznie umowy tych świadczeniodawców, to myślę, że zasada równości zostanie naruszona całkowicie. Tym bardziej nie wiem, czy pacjent na tym skorzysta. Nie wiem, czy na tym skorzysta, jeśli świadczeniodawca idąc dawnym torem będzie mówić w ten sposób: dam ci trzy zabiegi z Narodowego Funduszu Zdrowia pod warunkiem, że dwa następne wykupisz komercyjnie. Znacie takie praktyki? One są dość powszechne. Czyli, jeśli takich świadczeniodawców dalej będziecie premiować, utrzymywać a nie będziecie wpuszczać nowych, to jest to jakiś zgrzyt.

Druga sprawa: odwołanie do prezesa. Z jednej strony ma to jakiś sens, ale z drugiej strony, będzie to fikcja odwołania. Będzie to rażąca fikcja. Prezes oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie rozpatrzy pozytywnie oferty a potem znowu mamy się zgłaszać do niego i to będzie ta pierwsza instancja. Faktycznej dwuinstancyjności nie będzie, bo dopiero potem jest sąd administracyjny. Wydaje mi się, że to nie tylko jest niedobra praktyka legislacyjna, ale też uwstecznia się zdobycze demokracji. To nie jest dobre.

I boli mnie to... Niepokoi mnie to, że ci nowi świadczeniodawcy... Jestem w jednym z małych miasteczek. Podchodzą do mnie wójt czy burmistrz, miejscowy ksiądz proboszcz oraz kilku mieszkańców i mówią tak: mamy małe miasteczko, mamy centrum rehabilitacji, które nie może złożyć żadnej oferty do Narodowego Funduszu Zdrowia, bo postępowania konkursowego nie ma a tym bardziej, że teraz będzie przedłużone i musimy do miasta oddalonego o dwadzieścia kilometrów udawać się po ewentualne zabiegi rehabilitacyjne, które są refundowane. Oczywiście, tutaj są dostępne, ale komercyjnie. Dlaczego więc wykluczamy właśnie tę społeczność? Jest nowoczesne centrum, jest sprzęt i są ludzie, ale muszą płacić. Dlaczego mają dojeżdżać dwadzieścia kilometrów? Dlaczego nie daje się im szansy na to, aby nowy świadczeniodawca wszedł na rynek? Czyli, muszą być jakieś wyjątki, które mogą być zgłaszane przez okręgowe izby lekarskie, potwierdzone przez samorządy lekarskie, może poprzez jakąś uchwałę intencyjną samorządu, że jest potrzebne otworzenie nowego postępowania konkursowego. Oczywiście, oni nie muszą wygrać, ale trzeba dać im szansę.

To może na tyle. Myślę, że zaproszeni goście jeszcze będą mieć wiele do powiedzenia i wtedy też poproszę o głos.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Powiem, że bardzo mnie pan zaskoczył tą wypowiedzią i tego typu podejściem w obronie nowych podmiotów, bo mam wrażenie, że pan trochę zmienił barwy klubu, ale... witamy.

Następna osoba. Jeszcze *ad vocem* pani poseł Okragły. Jedno zdanie, dobrze, pani poseł?

Poseł Janina Okragły (PO):

Chciałabym uzupełnić to, czego nie powiedziałam. Ten projekt ustawy o tym nie mówi, ale jest jeszcze problem eWUŚ i kontraktowania świadczeń w zakresie POZ. Czy nie powinniśmy wprowadzić poprawek dotyczących tego, żeby utrzymać przynajmniej *vaca-*

tio legis, jakie jest do końca tego roku, z tego powodu, że system eWUŚ, niestety, jest nie w pełni szczelny... Tak, i sprawy dotyczące osób na długotrwałych zwolnieniach, studentów, którzy podejmą pracę, emerytów, którzy podejmą pracę. Oni wypadają z systemu. Czy nie powinniśmy się zastanowić, żeby przy okazji tej ustawy wprowadzić poprawki dotyczące... Są przygotowane.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że to też ma poprawić jakość usług i ich kompleksowość, bo cały czas jesteście przy tym temacie.

Ja bym tylko chciała podzielić się swoją opinią. Chciałabym, żeby pan minister powiedział jednak, czy w tej kompleksowości nie utracimy – państwo jako Ministerstwo Zdrowia – kontroli nad kierunkiem i kształtem w przyszłości tego kontraktowania, bo te wszystkie obwarowania i wszystkie warunki, jakie będą musiały spełniać zakłady opieki (bo teraz będzie tak, jak zakłady opieki kiedyś, czyli bardziej kompleksowo) – czy nie będzie to przeniesienie tego ciężaru wyłącznie na Narodowy Fundusz Zdrowia? Czy państwo jako Ministerstwo Zdrowia będą mieć narzędzie polityki zdrowotnej?

Proszę bardzo. Widziałam, że zgłaszają się jeszcze do głosu dwie osoby. Pan poseł Maciej Orzechowski, proszę bardzo.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, chciałbym dołączyć do tej dyskusji dotyczącej zarówno kompleksowości, jak i jakości świadczeń. Rozumiemy, że dzisiejsze kontraktowanie nie zawsze odpowiada rzeczywistym potrzebom. Głównie chodzi o kwestię regionalizacji, okazuje się, że zbytne wyśrubowanie kryterium jakościowego powoduje, że spełniają je świadczeniodawcy zlokalizowani często w dużych ośrodkach a nie mogą tego spełnić świadczeniodawcy zlokalizowani na zewnątrz tych ośrodków. Dlatego ważnym elementem kontraktowania byłoby też wzięcie pod uwagę regionalizacji.

W przeciwieństwie do tego, co mówił jeden z moich przedmówców, ja bym raczej postulował, żeby spełniać niezbędne, acz minimalne wymagania, bo wtedy mogłyby to spełniać placówki oddalone od dużej aglomeracji, ale z drugiej strony, premiovac też placówki wyposażone w nowszy, lepszy sprzęt. Przy czym, warunkiem niech będzie to, żeby wpływało to na jakość świadczonej usługi, bo nie zawsze nowszy czy droższy sprzęt oznacza konkretną korzyść dla diagnostyki pacjenta. To chyba główne wyzwanie dla określenia tej parametryzacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Odnosnie do poradni przyszpitalnych czyli tego nowego produktu, czy też (jak wspomniała wcześniej jedna z koleżanek) poradni konsultacyjnych – uważam to za dobre narzędzie głównie dla dyrektorów, bo jest to dla nich narzędzie powodujące jedno, że często pojawiają się poradnie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zupełnie innym rejonie regionu niż przynależny do zamieszkania pacjentów. Z jednej strony, bardzo byśmy chcieli, żeby AOS był bliżej pacjenta czyli, żeby pacjent otrzymywał kompleksową i spójną opiekę blisko swojego miejsca zamieszkania. Pozbawiając dyrektorów narzędzi w postaci poradni przyszpitalnych możemy prowadzić (a raczej prowadzimy w niektórych przypadkach) do tego, że pacjenci są odsyłani do dalszego leczenia nie do ośrodka, który dysponuje podobnym sprzętem, tylko do tego ośrodka, w którym zatrudnieni są lekarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Tak się dzieje.

Odnosnie do kwestii kontrolnych, to z jednej strony uważam, że Narodowy Fundusz Zdrowia już na poziomie kontraktowania, na poziomie składanych ofert, powinien bardzo dobrze i precyzyjnie weryfikować posiadany sprzęt, bo to jest jasne i czytelne. Z drugiej strony, chyba wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego (jest to często opisywane w różnych informacjach medycznych czy innych), że głównym problemem, z którym borykają się pacjenci, jest to, że zgłaszane świadczenie medyczne, czyli zgłaszana opieka w AOS czy w innym miejscu, nie jest realizowana z powodu nieobecności świadczeniodawcy. Teraz należy zadać pytanie, w jaki sposób to weryfikować. Czyli, na przykład, jest jakaś poradnia, w której są zgłoszone godziny przyjęć i nie zawsze ta osoba jest obecna. To jest do weryfikacji, bo – rzeczywiście, – jeśli podmiot otrzymuje świadczenia i deklaruje, że ktoś będzie obsługiwać tę placówkę w danych godzinach, to weryfikacja w tym zakresie powinna być czytelna.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Lidia Gądek, która jeszcze raz prosiła o głos a następnie – pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, ja – jeszcze raz nawiązując do poradni przyszpitalnych – nie zgadzam się z tym, że takie narzędzie ma służyć dyrektorom. Każde narzędzie, które uchwalamy, ma służyć pacjentom. To jest najważniejsza spawa.

Jednak, nawiązując jeszcze do tego toku myślenia (jeszcze raz powtarzam) – mamy dzisiaj AOS. Każdy szpital, który chce, może kontraktować AOS. W związku z tym – moim zdaniem i zdaniem środowiska zarówno pacjentów, jak i lekarzy – jest to wprowadzanie konkurencji wewnątrz jednego produktu medycznego. I stąd moje dodatkowe pytanie: czy kontraktowanie... Wiemy, jaki mamy budżet, wiemy, jakie mamy środki finansowe – z jakich środków będą kontraktowane poradnie przyszpitalne? Jeżeli z AOS, to jaki jest sens tworzenia dodatkowego produktu w ramach produktu?

Bardzo proszę o informację.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pani poseł Hrynkiewicz, proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ta ustawa idzie w dobrym kierunku i, oczywiście, chroni pacjenta przed nieustającym poszukiwaniem miejsca, gdzie może zrobić badania. Odpowiedzialność jednej instytucji, która podejmuje się leczenia czy diagnozowania, za przeprowadzenie całego procesu jest bardzo słuszna. I ona byłaby tym bardziej słuszna, gdyby był wdrożony system oceny jakości usług medycznych. To jest jedyna dziedzina, gdzie nie ma oceny jakości usług medycznych. Ja wiem, że to jest bardzo trudne, ale może pan minister powie nam, czy jakieś prace są w tym zakresie prowadzone a także – jaki będzie proces w przebiegu wdrażania tych zmian dlatego, że dzisiaj pacjent, który trafił albo trafi do marnej przychodni, do złego ambulatorium, nie jest przecież w stanie zmienić szybko swojej pozycji, bo okazuje się, że może tak krążyć po wielu przychodniach.

Mówię o kontroli jakości usług, dlatego, że – nawet, jeśli w ocenie pacjentów jest to dobra przychodnia, to jeśli jest tam kompleksowa usługa – to nie wszyscy lekarze świadczą usługi na takim poziomie, który jest dobrze oceniany przez pacjentów a innej oceny nie ma. Nie wiem, czy to jest dobra ocena, czy nie. Zamawiane są także przez tę przychodnię – to ambulatorium specjalistyczne czy podstawowej opieki zdrowotnej – badania w takich instytucjach diagnostycznych, że pacjent musi potem, wiedząc o tym, że te badania są złej jakości, powtarzać te badania w instytucji, do której ma zaufanie.

Oczywiście, chętnie poparłabym to rozwiązanie, gdyby ono było – rzeczywiście – kompleksowe. Jeśli już mówmy o kompleksowości, to do niej powinny należeć także nadzór, kontrola i ocena jakości świadczeń udzielanych pacjentom.

A jeśli już jestem przy głosie, i widzę pana profesora Neumanna, to bardzo proszę, żeby pan minister Neumann... proszę państwa, teraz profesorem może zostać każdy, nawet ktoś, kto nie ma matury, znamy takie przypadki. Mam nadzieję, że nie obraziłam pana ministra a jeśli tak, poczuł się pan dotknięty, to chciałabym bardzo przeprosić.

Chciałabym, panie ministrze, żeby jednak był pan łaskaw przeczytać raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący opieki stomatologicznej nad dziećmi, dlatego, że podpisał pan pismo do rządowej Rady Ludnościowej, które wykazuje ewidentnie, że pan nie widział tego raportu. Byłabym bardzo zobowiązana, gdyby pan jednak czytał te raporty, bo muszę powiedzieć, że z wieloma stwierdzeniami tego raportu – może nie ze wszystkimi – zgodził się nawet rząd a pan w swojej odpowiedzi bardzo energicznie zaprzecza.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł powiedziała o nadzorze i kontroli. Ja do tego chciałabym dodać jeszcze jedno słowo a mianowicie – planowanie. Padały takie propozycje – pro-

siłabym pana ministra o wypowiedź na ten temat – żeby powstawały regionalne mapy potrzeb, na podstawie których będzie odbywać się kontraktowanie. Wtedy, rzeczywiście, byłyby to kompleksowość.

Czy jeszcze ktoś z posłów chciałby zabrać głos? Nie widzę chętnych. Zgłaszają się strony. Proszę, po kolei. Zacznę od pana prezesa, bo widziałam jego rękę w górze już dawno. Proszę się przedstawiać. Bardzo proszę, panie prezesie.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Konstanty Radziwiłł, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Panie ministrze, szanowni państwo, przede wszystkim chciałbym podziękować tym wszystkim, którzy zabierali głos, bo właściwie, gdyby zebrać listę wszystkich uwag, które państwo przedstawili, to wiele dodać się nie da. Jednak, jako przedstawiciel środowiska lekarskiego, chciałbym powiedzieć, że – po pierwsze – jesteśmy troszeczkę rozczarowani sposobem procedowania nad zreformowaniem ochrony zdrowia. Mamy takie nieprzeparte wrażenie, że dlatego, iż w skandaliczny sposób zostało przeprowadzone kontraktowanie w województwie pomorskim a Najwyższa Izba Kontroli skrytykowała Narodowy Fundusz Zdrowia za to, że słabo kontroluje, to w tej chwili pojawił się ten projekt ustawy. Nie ma to nic wspólnego z jakąś ogólniejszą refleksją nad tym, co potrzeba polskiemu systemowi ochrony zdrowia, jak go uzdrowić. I nawet, jeśli jest tego typu refleksja, czy prace toczą się w Ministerstwie Zdrowia, to w tym projekcie tego nie widać. Wydaje się, że jakby poprzestać na tej refleksji i dodać wszystko to, co państwo powiedzieli, to w zasadzie można powiedzieć, że ten projekt chyba wymaga gruntownego przerobienia, żeby osiągnąć to, o czym mówi.

Jeżeli chodzi o sprawy zasadnicze – sprawa, która budzi kontrowersje wśród państwa posłów, jak i wielkie obawy w środowisku lekarskim a także szerzej, w środowisku świadczeniodawców, czyli kwestia ciągłości i kompleksowości. Nie ma co ukrywać, że to powstało w konkretnej sytuacji na Pomorzu, o której wspominałem, i wszystko wskazuje na to, że jest to jakieś dalekie odbicie refleksji na temat koordynowania, czy większej odpowiedzialności państwa w zakresie ochrony zdrowia.

Jednak, proszę państwa, kilka tygodni temu miałem okazję brać udział w panelu na Forum Ekonomicznym w Krynicy, gdzie był pan minister Neumann, gdzie była pani minister Pachciarz, i oboje mówili, że wprawdzie trzeba na ten temat myśleć, ale jeszcze jesteśmy dalecy od tego, żeby zdecydować, aby coś wprowadzić, bo trzeba się zastanowić. A pani prezes mówiła, między innymi, na przykład, że koordynacja opieki zdrowotnej jednak troszkę zagraża wolności wyboru pacjentów.

Proszę państwa, jak to się ma do tego projektu, to ja nie bardzo rozumiem, bo ten projekt mówi o tym, że przy szpitalu albo obok – jak mówi ustawa, przy czym jestem pełen obaw, co to znaczy „obok”, czy jest definicja prawna pojęcia „obok”, mam wrażenie, że nie – będzie lepiej kontraktować niż dalej, niż nie obok. Proszę państwa, państwo powiedzieli już dużo na ten temat, a ja muszę powiedzieć tylko, że – po pierwsze – jest obawa, że – rzeczywiście – część pacjentów zostanie odcięta od opieki. Bo tu nie chodzi o to, żeby patrzeć na to z punktu widzenia świadczeniodawców, tylko przede wszystkim ze strony pacjentów. Przypomnę, że obowiązuje ciągle art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach, który mówi o tym, że lekarz, który pracuje w szpitalu nie może kontraktować świadczeń w innym miejscu a, mówiąc krótko, w swojej przychodni. A zatem w kontekście tego obowiązującego ciągle przepisu będzie to oznaczać, że lekarze poza szpitalami będą odcięci od możliwości zakontraktowania a pacjenci będą mieć odcięty do nich dostęp. Wydaje się, że to jest coś, co – patrząc zwłaszcza z perspektywy nie dużych miast, ale dalekiej prowincji – może być niebezpieczne dla chorych a wydaje się, że dostęp do świadczeń jest w tej chwili sprawą nr 1. Nie jakość, a dostęp. To jest to, co ludzi trapi najbardziej. Wydaje się więc, że to jest sprawa niezwykle ważna.

Dodatkowo chcę powiedzieć, że oprócz tego słowa „obok”, które jest mało precyzyjne, jest tu jeszcze cały szereg innych nieprecyzyjnych sformułowań, które – moim zdaniem – grożą daleko idącym ryzykiem uznaniowości. Co mam na myśli? Przede wszystkim, chaos odnośnie do zakresu pojęć.

Proszę zauważyć, że ustawa, mówiąc o zakresie w art. 15, wymienia podstawową opiekę zdrowotną, AOS jako całość itd., itd., tymczasem w przepisach wewnętrznych Funduszu wydanych na podstawie art. 136 zakres znaczy zupełnie coś innego, czyli – mówiąc bardziej po ludzku – specjalizacje. To jest bardzo wąskie pojęcie. I teraz jest pytanie: w jakim zakresie będzie stosowany ten zakres – ta ciągłość, ta kompleksowość – czy w tym pierwszym, czy w tym drugim? Na marginesie powiem, że wydaje się, iż w ustawie należałoby to uporządkować, żeby było wiadomo, co jest zakresem. Ponieważ jednak nie wiadomo, to wprowadzenie tego tutaj grozi tym, że doprowadzi to do dowolności, uznaniowości w zawieraniu kontraktu.

Proszę państwa, następna kwestia... To jest oczywiście ta podstawowa groźba – eliminacja tego, co jest poza tym ośrodkiem, który jest w szpitalu.

Tak przy okazji, proszę państwa, jeśli już snuć refleksję na temat koordynowania opieki zdrowotnej, to wszystko wskazuje na to (zresztą takie były wnioski płynące z wypowiedzi, między innymi, pana ministra Neumanna w Krynicy, kiedy mówił na ten temat), że koordynować trzeba raczej zaczynając od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej niż od szpitala. Pan przewodniczący Katulski wprost opowiedział, jakie ryzyko może się pojawić wtedy, kiedy szpital będzie koordynować opiekę zdrowotną w zakresie AOS. Po prostu, będzie to miejsce pozyskiwania pacjentów do szpitala. Takie ryzyko – moim zdaniem – bardzo mocno należy brać pod uwagę. Wydaje się, że to może być bardzo niedobra konsekwencja, również finansowo, albo w zakresie dostępu, bo po prostu okaże się, że szpital zatka się w zakresie kontraktu pozyskując w ten sposób pacjentów sztucznie. Zatem, jeżeli koordynować opiekę zdrowotną – a wszyscy mówią, że w jakimś zakresie trzeba to robić – to nie w ten sposób.

Kolejna sprawa, która jest w ustawie...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę o uciszenie rozmów, bo nie słyszymy pana prezesa.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł:

Kolejna sprawa, to kwestia odwołań. Tu już kilka osób o tym mówiło i wydaje się, że wypada tylko sekundować. Odwołanie od decyzji do tej samej osoby, która wydała decyzję, właściwie nie wymaga komentarza. Tego tak nie można zostawić. Są różne drogi, są różne możliwości – odwoływanie się do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, do prezesa Urzędu Zamówień Publicznych, do innych instancji, ale nie do tego samego dyrektora oddziału wojewódzkiego, który wydał decyzję, którą się skarży.

Kolejna kwestia dotyczy jawności. Tutaj bardzo ładnie jest napisane, że jest jawność, ale z wyjątkiem tego, co przedsiębiorca sobie zastrzeże. Proszę państwa, to niestety w ogóle tę jawność, bo może się okazać, że przedsiębiorcy będą zastrzegać praktycznie wszystko. Nie ma tutaj jakiegoś ograniczenia w przepisie, który mówiłby, czego nie można zastrzec. Wobec tego, ta jawność będzie tylko zapisana w ustawie.

I wreszcie kolejna sprawa, to jest kwestia kontroli. Proszę państwa, państwo prawa tym się różni od państwa totalnego, że w państwie prawa zakłada się, że ludzie są uczciwi i tylko na wyjątkowe okazje, na przypadek podejrzenia, że ktoś jest nieuczciwy, tworzy się mechanizmy do tego, żeby kontrolować i, oczywiście, karać a państwo totalne zakłada, że wszyscy kombinują, kręcą i oszukują, wobec czego wszystkich trzeba mieć w garści przez cały czas. Niestety, w przypadku przedsiębiorców prowadzących działalność leczniczą, uchylanie przepisów chroniących przedsiębiorców w ogóle w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej pachnie takim właśnie założeniem, że w tym obszarze, w tym resorcie, jest więcej nieuczciwych ludzi a właściwie jest ich tak dużo, że trzeba przyjąć, że raczej wszyscy są nieuczciwi i trzymać ich w garści, na przykład, kontrolując bez ograniczeń czasowych albo kontrolując obok innych instytucji kontrolujących, uniemożliwiając albo utrudniając w znacznym stopniu funkcjonowanie tych podmiotów, inaczej niż w przypadku innych przedsiębiorców, wobec których to jest zakazane.

Tak więc, wydaje się, że ten kierunek w ogóle jest nie do przyjęcia. To należy odrzucić. Oczywiście, w ochronie zdrowia zdarzają się nadużycia, ale drogą do tego, żeby je ograniczać nie jest założenie, że wszyscy je popełniają. To nie tylko jest obraźliwe dla świadczeniodawców, ale przede wszystkim może sparaliżować lub w znacznym stopniu utrudnić

funkcjonowanie ze wszystkimi złymi konsekwencjami dla pacjentów, bo przecież to przełoży się na funkcjonowanie tych placówek.

I ostatnia kwestia: aneksowania. Proszę państwa, tak się mówi (ja nie wiem, czy to jest prawda), że tu chodzi o to, aby uspokoić sytuację, by nie dopuścić do tego, żeby wszyscy gremialnie mogli nie zgodzić się na warunki narzucane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie wiem, czy to prawda (tak piszą w gazetach), ale w każdym razie (o tym państwo już mówili) aneksowanie, czy to na 6 miesięcy, czy na rok, zagraża temu, że petryfikujemy sytuację, która niekoniecznie jest najlepsza. O tym państwo też już mówili, że jest wielu takich świadczeniodawców, którzy zainwestowali, zresztą, często za co prawda nieformalną zgodą (bo nie ma takiej możliwości) albo wiedzą Narodowego Funduszu Zdrowia i innych władz publicznych. Nie mówimy tu tylko o prywatyzacjach, proszę państwa. Mówimy też o publicznych inwestorach, którzy rozwijają się, inwestują, dobudowują oddziały, otwierają nowe poradnie a okazuje się, że oni wszyscy będą odcięci od środków Narodowego Funduszu Zdrowia ze skutkami, które już dzisiaj...

W gazetach też czytamy o tym, że gdzieś postawiono super maszynę, która stoi bezużyteczna i trzeba ją zapakować i odesłać do producenta itd., itd. Jednak tu znowu nie chodzi o prawa świadczeniodawców, tylko o pacjentów, którzy nie mogą liczyć na to, że sytuacja będzie się poprawiać, bo będzie zabetonowane to, co akurat... Po prostu, przewagą tych świadczeniodawców jest to, że byli już wcześniej, nic więcej. Ani jakość, ani dostępność, ani miejsce – nic nie jest lepsze, chodzi tylko o to, że byli wcześniej. To budzi poważne wątpliwości, bo przecież ochrona zdrowia to jest coś, co się rozwija i powinno się rozwijać. Pacjenci powinni mieć coraz lepszy dostęp i coraz lepszą jakość świadczeń a nie taką, jak była, dlatego, po prostu, że taka była.

Reasumując, proszę państwa, wydaje się, że lista tych rzeczy, które są zawarte w tym projekcie, budzi mocne rozczarowanie, a jednocześnie nie ma żadnego kompleksowego podejścia do reformy czy do naprawy tej ustawy, która działa w sposób daleki od ideału, o czym wszyscy doskonale wiemy. Państwo tu wspominali o kwestii ustawy refundacyjnej, która oczywiście jest odrębną ustawą, ale w tym projekcie, który zmienia nie tylko jedną ustawę, ale różne, można by pomyśleć o sprawie potwierdzenia ubezpieczenia.

Proszę państwa, czy naprawdę trzeba tego, żeby komuś, kto nie ma aktualnego ubezpieczenia, obcięto palce, aby myśleć, że trzeba coś zrobić z ludźmi, którzy stracili palce. Tak nie może być. My dzisiaj prowadzimy do sytuacji, w której nieubezpieczeni zaczynają być wykluczonymi a to są obywatele polscy.

Przepraszam za przydługą wypowiedź, ale stawiam już ostatnie pytanie: czy naprawiając ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie należy raczej zastanawiać się nad tym, w jaki sposób wszystkich Polaków (a w każdym razie ogromną, przeważającą większość) objąć opieką zdrowotną, na którą zasługują i której potrzebują a nie kolejne grupy eliminować. To jest sprawa naprawdę bardziej kluczowa niż to, czym ten projekt się zajmuje.

Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Ochman, proszę.

**Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”
Maria Ochman:**

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, pani prezes, rzeczywiście, to przedziwne posiedzenie Komisji, bo chyba po raz pierwszy w tej kadencji – a na pewno w dwóch – z ostrożnym optymizmem patrzemy na zapisy nowelizacji tej ustawy. Muszę powiedzieć, że ze zdumieniem wysłuchiwałam tej debaty, bo mam wrażenie, że mamy do czynienia z walką interesariuszy a nie z interesem pacjenta.

Szanowni państwo, jestem przedstawicielem związku zawodowego, który zrzesza wszystkie grupy zawodowe i to jest ta różnica pomiędzy nami, że jestem wolna od pewnych ograniczeń zawodowych. Co więcej, reprezentuję związek, który zrzesza również pacjentów. Wydaje się, że troska o pacjentów powinna tu być naczelną a w sytuacji, kiedy mamy do czynienia z krótką kołdrą ekonomiczną (a z danych, jakie posiadamy wszyscy,

bardzo jasno wynika, że ta kołdra jest bardzo, bardzo krótka) trzeba postawić na sprawdzone, konkretne i kompleksowe rozwiązania.

Muszę powiedzieć, że co prawda nie mamy sytuacji, w której moglibyśmy w dialogu społecznym omawiać ważne projekty (bardzo ubolewam nad tym, że – niestety – sytuacja, w jakiej jesteśmy, opiera się wyłącznie na zapoznaniu z tymi dokumentami) jeśli więc czegoś, nie zrozumiałam proszę złożyć to na karb tego, że nie mogliśmy dopytać pana ministra, bo od pewnego czasu dialog w Polsce stał się fikcją. Zapytam we taki razie tutaj, i zapytam panią prezes.

Jak rozumieć, postawienie na ciągłość i na kompleksowość jest wnioskiem wynikającym z dotychczasowych doświadczeń NFZ. Między innymi, jest to doświadczenie wynikające z ostatnich kontroli, o których głośno w mediach a z którymi, pełniąc funkcję wiceprzewodniczącej społecznej Rady Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z ramienia wojewody i komisji dialogu społecznego, mam do czynienia. Jest duży wysyp nieprawidłowości, delikatnie mówiąc, prowadzących do zrywania umów z podmiotami działającymi w tak zwanej procedurze jednego dnia a także działającymi jeszcze inaczej, umowy były zawierane w poprzednich latach bezrefleksyjnie i bez ograniczeń.

Warto byłoby się temu przyjrzeć, bo tam zarówno pacjenci, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia (którego tutaj absolutnie nie bronię, ale są to nasze środki publiczne) są po prostu oszukiwani. Pobierane są dwukrotnie opłaty, nie mówiąc o tym, że powikłania bardzo często leczy się w publicznych placówkach pełnoprofilowych, tych, które również mają tak zwaną ciągłość.

Nie obawiałabym się tego i nie podzielam tej opinii, że szpitale będą przepełnione, jeśli przychodnie będą przy szpitalach. Wydaje mi się, że – przeciwnie – to, z czym mamy do czynienia dzisiaj, jest konsekwencją tego, że najłatwiej i najprościej jest przeprowadzić potrzebne badania w szpitalu a nie w sytuacji, kiedy pacjent może zasięgnąć takiej pomocy w sposób ambulatoryjny.

Chciałabym zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz, ponieważ nie jestem do końca zachwycona takim wycinkowym reformowaniem, ale rozumiem, że jest ono wynikiem tej krótkiej kołdry ekonomicznej a nie potrzeby naprawy całego systemu kompleksowo. Dlatego chciałabym od pana ministra usłyszeć, czy te ustawy, które zapowiadał pan minister Arłukowicz na przełomie stycznia i lutego, w czasie plenarnego posiedzenia Komisji Trójstronnej, objawią się w jakichś projektach, czy też będziemy działać pod wpływem chwili, jak rozumiem, nowelizując te ustawy, bo brakuje nam pieniędzy? Tu aż się prosi, proszę państwa, o wzmocnienie w poszczególnych województwach roli wojewodów, którzy będą po prostu mieć narzędzia dostosowujące podaż i popyt tych świadczeń i nie będą musieli rejestrować wszystkiego a Fundusz podpisywać umowy ze wszystkimi podmiotami, które wyrażą na to ochotę.

Otóż, myślę, że sytuacja ekonomiczna, ale również doświadczenia z poprzednich lat wskazują na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik z naszych pieniędzy powinien większą uwagę przykładać do tego, gdzie i u kogo kontraktuje. Nie obawiam się, bo rozumiem, że fundamentalne znaczenie będzie mieć to, jaką wagę pani prezes przypisze tym cechom w swoim zarządzeniu. To będzie sprawa fundamentalna. Mam nadzieję, że one znajdą się jako jedne z głównych, bo wtedy – rzeczywiście – będziemy promować (nie tak, jak kiedyś było) zespoły opieki zdrowotnej, bo myślę, że o to chodziło w wypowiedzi pana posła. Natomiast, rzeczywiście zakład opieki zdrowotnej funkcjonuje i myślę, że pacjent powinien przede wszystkim wiedzieć, gdzie będzie mieć zapewnioną określoną kompleksowość usług.

Temat kompleksowości pojawił się przy uchwalaniu ustawy o działalności leczniczej. Tam zabrakło takiej informacji, chociażby dla pacjenta, który – na przykład – wyleczony z jednego schorzenia musi szukać indywidualnie pomocy i krąży po gabinetach, które – przepraszam, mówmy szczerze – bardzo często wyciągają pieniądze podwójnie, bo od pacjenta i od NFZ.

I ostatnia sprawa, to pytanie już bardziej konkretne, dotyczące kontroli. Chciałabym zapytać, pani prezes, na jakim etapie... Przepraszam, nie panią prezes, tylko pana ministra. Rozumiem, że mają być kontrole. Na jakim etapie konkursu ofert ma być podejmowana decyzja, kto ma odpowiadać przed sądami – czy członkowie komisji konkursowej,

którzy z upoważnienia wykonywali tę kontrolę, czy też... Tu jest wątpliwość legislacyjna, kto będzie odpowiadać za wyniki, jeżeli zawarł umowę... Może ja to źle zrozumiałam, ale – powtarzam – nie mamy możliwości dopytania o to w przebiegu dialogu.

Reasumując, pani przewodnicząca, wyrażamy ostrożny optymizm. Oczywiście, mamy świadomość tego, że wszystko będzie zależać od wag i tego, jak to będzie w zarządzeniu. Natomiast, chciałabym zaapelować do państwa posłów i również do moich kolegów z tak zwanej strony społecznej, żebyśmy nie mówili, że w tej chwili sytuacja jest bardzo dobra, bo nie jest bardzo dobra. Jeżeli padały takie stwierdzenia, że ta zmiana pogorszy dostępność, to chciałabym w takim razie wiedzieć, gdzie ta dostępność jest odpowiednia i właściwa.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. O głos prosiła jeszcze pani dr Janicka, proszę bardzo.

Prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję serdecznie. Pani przewodnicząca, panie ministrze, pani prezes, szanowni państwo posłowie, Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Debatują dzisiaj państwo nad projektem, który ma mówić o kompleksowości, ciągłości i – jak rozumiem – również o jakości. Czytając ten projekt, nad którym państwo debatują, musimy powiedzieć jasno, że jest to tworzenie kompleksowości od góry. Trzeba od nowa postawić piramidę ochrony zdrowia.

Piramida ochrony zdrowia to jest podstawa, czyli podstawowa opieka zdrowotna, AOS i szpitalnictwo. Tę piramidę buduje się również według udzielonych świadczeń, chociażby lekarskich, czy porad, w POZ-cie około 140 mln, w AOS-ie w granicach 60-70 mln, w szpitalnictwie – 7, 6, 8 mln. Ta piramida wprost określa, gdzie są największe potrzeby pacjentów. I teraz mówimy o kompleksowości, gdzie tej kompleksowości udzielania świadczeń pacjent potrzebuje? On jej potrzebuje przede wszystkim na podstawowym etapie, czyli na etapie dostępu do poradni specjalistycznej a dopiero potem, jeżeli będzie taka potrzeba, do szpitalnictwa.

Państwa projekt, może podyktowany sytuacjami, które nigdy nie powinny mieć racji bytu – chodź chociażby o kontraktowanie bardzo wydzielonych zakresów onkologicznych, które przebiegło w taki, a nie inny sposób – natomiast procedura, którą państwo w tej chwili proponują, ma obejmować wszystkich. I państwo rozszerzają kompleksowość na szczyt, czyli, niestety, w szpitalach.

Dlaczego mówię, niestety? Dlatego, że my (może nie w Warszawie, bo tej podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny rodzinnej, faktycznie tutaj nie ma) w rejonach widzimy, jak ta centralna kompleksowość już wygląda. Jeżeli przy szpitalu są trzy przychodnie, to jestem w stanie udowodnić zarówno Szanownej Komisji, jak i Narodowemu Funduszowi Zdrowia, że każdy pacjent, albo przynajmniej co drugi, ma te trzy poradnie zalecone po wyjściu ze szpitala. Rekordzista (mam taki dokument) wychodząc ze szpitala otrzymał pięć skierowań do poradni specjalistycznych. Tu, bardziej niż rozszerzanie tego zakresu, ważne są warunki i kryteria korzystania z tych porad specjalistycznych. Jeżeli przy szpitalu stworzymy bardzo szeroki zakres tych poradni, to – oczywiście – furtka będzie się otwierać w dwie strony. Z jednej strony, będzie pozyskiwanie pacjentów z tych poradni, którzy będą mieć szczęście i tam się dostaną a z drugiej strony, pacjenci wychodzący ze szpitala, oczywiście, otrzymają skierowania i zalecenie zapisania się do konkretnej kolejki. Te systemy przyszpitalne zostaną zablokowane, tak jak dzisiaj, w ciągu najbliższych miesięcy, jeżeli nie tygodni.

Problem kompleksowości tkwi gdzieś indziej. Po pierwsze – kryteria przebywania w leczeniu specjalistycznym. To jest bardzo istotne, żeby pacjent tam nie przebywał (przepraszam za określenie) – na wieki wieków, amen czyli – jeśli się dostał to z tego szpitala i z tej poradni przyszpitalnej już nie będzie wypisany. Kompleksowość jest potrzebna na dole, tam, gdzie pacjent musi uzyskać poradę specjalistyczną. Wielokrotnie wskazywaliśmy, że tu jest potrzebna krótka ścieżka porady specjalistycznej dla lekarza POZ, żeby pacjent, który pierwszy raz potrzebuje kompleksowej czyli dalszej porady, nie stawał do kolejki ze wszystkim stabilnymi pacjentami.

Szanowni państwo, państwa projekt odwraca to. Na ile zaburzy to kolejki już będące w AOS, nie wiem? To czas pokaże. Natomiast my oczekujemy budowania tego systemu na podstawie tego systemu, tam, gdzie pacjent potrzebuje tej porady najwięcej i najszerzej. Pacjent nie powinien obijać się o szpital przy każdej potrzebie kontroli specjalistycznej czy konsultacji. Dlatego na dzisiaj budowanie poradni przyszpitalnych będzie bardzo zagrożone korupcją, ponieważ to będzie pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych dla szpitali. Jeżeli mówimy o krótkiej kołdrze, to mówmy nie o potrzebach szpitali, podmiotów, tylko o potrzebach pacjentów, bo to pacjent ma to świadczenie uzyskać.

Kompleksowość w tym projekcie oceniamy jako idącą od góry. Natomiast, czy idzie za tym ciągłość i jakość?... Szanowni państwo, my już dzisiaj wiemy, jak działają poradnie przyszpitalne. Po pierwsze: udzielają tam porad stażyści a po drugie, za każdym razem ktoś inny. To jest informacja od pacjenta, która pojawia się niemalże po każdej kolejnej wizycie. Po pierwsze, przyszedł stażysta. Po drugie, jest kolejny doktor, który pyta mnie, na co poprzedni doktor mnie leczył. Tak to wygląda w wielu miejscach. A nie na takiej jakości i ciągłości nam zależy. Ciągłością opieki powinna być podstawowa opieka zdrowotna, która mogłaby korzystać z porad specjalistycznych w ramach krótkiej ścieżki. To byłoby najbliższe i najbezpieczniejsze dla pacjenta.

Myślę, Szanowna Izbo, panie posłanki i panowie posłowie, że pacjent ma na tym skorzystać. Pacjent, który będzie się teraz pchać do szpitala, na przykład poprzez SOR, żeby móc dostać się szybciej do poradni specjalistycznej, to nie jest to rozwiązanie, na które liczą świadczeniodawcy a przede wszystkim – pacjenci. To nie skróci kolejki a nawet, przeciwnie – wydłuży ją i nie będzie zdziwienia, gdy za kilka miesięcy usłyszymy, że trzeba dofinansować szpitale, bo kolejki urosły dużo dalej niż w AOS. Na dzisiaj wiemy, że – niestety – pacjent potrzebuje porady specjalistycznej na miejscu.

My ten państwa projekt nazywamy wprost: kompleksowość, niestety – centralna, kompleksowość szczytu piramidy a nie podstawy. Myślę, że to jest wyzwanie dla państwa, dla rządu, który podejmie decyzję, czy wracamy do kompleksowości centralnej i jakości, ale to niosła przeszłość i bardzo źle z tego tytułu doświadczenia, czy wreszcie budujemy kompleksowość od dołu, czyli od lekarza POZ poprzez AOS. Oczywiście, żeby była jasność, obudowywanie POZ-u wprost AOS-em to też nie jest rozwiązanie. Powinna być tu możliwość korzystania ze świadczeń AOS, zamiast obudowywania go i ewentualnie korupcjogennego przesyłania pacjentów. To również jest chore. Dlatego tu ta jawność i kwestia samodzielności a z drugiej strony kompleksowości... Przecież kompleksowości poprzez szpitale nie załatwimy z prostego powodu, że jest ich po prostu za mało na rosnące oczekiwania w zakresie AOS, które są nieuregulowane chociażby w zakresie kolejek a druga sprawa – w zakresie dostępności, która powinna być jak najbliżej.

I kolejna rzecz, do której wszyscy przedmówcy się odnosili. Bardzo dziękuję panu prezesowi Radziwiłłowi, bo wyczerpał przynajmniej dwa tematy, które chciałam podnieść, ale chcę również zwrócić uwagę na zapis mówiący o kontrolach.

Kontrolowani byliśmy i jesteśmy, natomiast jesteśmy takimi samymi podmiotami działalności leczniczej... I jeśli chodzi o szczególne uprawnienia, to – jak mówili wszyscy przedmówcy – one są, natomiast, wyjmowanie tej grupy z objęcia jej pewnymi zapisami prawnymi, uważamy za absolutnie nieuzasadnione. Dlatego apelujemy do pana ministra o przebudowę systemu tak, aby on mógł działać przez lata, bo oparcie go na poradni przyszpitalnej (państwo wspomną to za dwa, trzy lata) odwróci ten trend i, niestety, znowu staniemy przed problemem wielkich kolejek i niewydolnością szpitali. A na pewno – co chcę podkreślić – nie jest to jakość, bo tym, z czym się borykamy, to jest ten doktor, który schodzi do przychodni. Czy on zapewnia jakość i kompleksowość? Nie zapewnia. Zatem apelujemy o rozważenie w tym zakresie i jednak przebudowę tego systemu, bo łatanie dziur, niestety, może spowodować dużo gorszą sytuację.

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan przewodniczący Katulski prosił o głos, proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Ja przede wszystkim chciałbym się odnieść do dwóch wypowiedzi. Po pierwsze, jako sympatyk związków zawodowych muszę powiedzieć, że – po raz pierwszy od sześciu lat – pani przewodnicząca Ochman w jakiejś mierze zgadza się z naszymi propozycjami. To jest dla mnie trochę zaskakujące i dziwne, ale cieszę się. Natomiast... Nie wiem, czy z tego samego powodu się cieszymy. Obawiam się, że są tu różnice.

Natomiast, zwracając się do pana dra Radziwiłła, chciałbym powiedzieć tylko jedno: ja też chciałbym, żeby wszyscy, którzy inwestują w jakiegokolwiek dziedzinie gospodarki, mogli w stu procentach ten swój potencjał wykorzystać, ale – niestety – jeśli prowadzi się działalność gospodarczą, to ponosi się też ryzyko tej działalności. Ktoś, kto buduje fabrykę, nie ma stuprocentowej pewności, że będzie mieć zbyt na wszystko, co w tej fabryce wyprodukuje. Tak samo ktoś, kto kupuje nowoczesne wyposażenie medyczne nie może mieć stuprocentowej gwarancji, że na pewno będzie to funkcjonować i będzie wykorzystane w stu procentach. Tak więc, tutaj się z panem nie zgadzam.

I jeszcze jedna rzecz, przy okazji, bo – jak się okazuje – porządkujemy dzisiaj wiele spraw, nie tylko to, co wprost zostało przedstawione. Mam jeszcze pytanie dotyczące obowiązkowych ubezpieczeń szpitali, o których dyskutowaliśmy rok temu, bo koniec roku – ta data wisząca nad naszymi głowami jak miecz Damoklesa – zbliża się. Pytam więc pana ministra: jakie rozwiązanie resort planuje w związku z tym? Bardzo proszę o odpowiedź. W zależności od tego, co pan minister odpowie, być może zaproponujemy jakieś rozwiązanie.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jeszcze pan poseł Miller i pan poseł Orzechowski, proszę.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Proszę państwa, mam prośbę do osób dyskutujących a zwłaszcza do lekarzy: proszę nie oceniać kompetencji naszych kolegów w różnych placówkach służby zdrowia. Przepraszam, ale odnoszę się do ostatniej wypowiedzi pani doktor. Nie jesteśmy tutaj powołani do tego, aby oceniać to, co się dzieje w różnych placówkach – czy to są stażyści, czy to nie są stażyści. Wszyscy uzyskaliśmy dyplomy i wszyscy odpowiadamy za organizację swojej pracy. Pani doktor, równie dużo zarzutów można mieć do organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, ale często nie z winy lekarzy, tylko z winy systemu, który chcemy dzisiaj poprawić. W związku z tym, chciałbym prosić, żeby nie antagonizować poszczególnych lekarzy i placówek, tylko żebyśmy pracowali nad wypracowaniem jak najlepszego systemu, który zapewni bezpieczeństwo pacjentowi i spokojną pracę lekarzom..

Dziękuję bardzo

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Ja też po wypowiedzi strony społecznej mam dwie uwagi. Pan prezes Radziwiłł z jednej strony mówił o uczciwości naszych kolegów. Tu się zgadzam – bardzo chciałbym, żeby wszyscy nasi koledzy byli uczciwi od początku do końca. Jednak, z drugiej strony, powiedział, że stworzenie takiego produktu jak poradnia przyszpitalna będzie mogło służyć, na przykład, do zasilania tymi pacjentami oddziałów. Ja zakładam, że przeciwnie, będzie to poradnia, w której te świadczenia będą przeprowadzane w sposób kompleksowy przez osoby, które – z jednej strony – będą mogły tych pacjentów prowadzić po zabiegach a także, z którymi ci pacjenci zetkną się na oddziale. Myślę, że to jest bardzo ważne, kiedy pacjent stykający się ze specjalistą w poradni zetknie się potem z tym samym specjalistą na oddziale. Jest to pewna kontynuacja świadczeń zdrowotnych.

Z drugiej strony, jeśli chodzi o informację od pana dra Radziwiłła mówiącą o tym, że część pracowników ochrony zdrowia na bazie istniejącego prawa, nie pracuje albo nie posiada podmiotów, które świadczą usługi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, być może nie wprost, ale powszechnie wiadomo (podawały to media), że osoby, które

pracują na danym oddziale, pracują w takim samym podmiocie, który świadczy podobną albo wręcz konkurencyjną kompleksowość usług do danego oddziału szpitalnego. Warto powiedzieć uczciwie, że tak się zdarza. A często jest to kosztem działania czy świadczeń na oddziale, gdzie – na przykład – część procedur jest realizowana na zewnątrz przez te same osoby, które pracują na tym samym oddziale, często konkurencyjnie do tego oddziału.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Do głosu zgłosił się jeszcze pan poseł Piontkowski i na tym chyba będziemy kończyć dyskusję. Później, *ad vocem*, pani przewodnicząca i będziemy pomału zbliżać się do końca dyskusji. Proszę bardzo, pan poseł.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Dziękuję bardzo. Sprawa kompleksowości, rzeczywiście, powoduje bardzo dużo kontrowersji, stąd pytanie do ministerstwa: co, tak naprawdę, było celem tego typu zapisu? Jeżeli celem było wyeliminowanie praktyk, w których pojawiały się podmioty wyjmujące frukty w postaci najlepiej wycenianych świadczeń, na przykład w onkologii (o której pani wspominała), co rzeczywiście prowadziło do takich patologii, że pojawiały się prywatne podmioty oferujące świadczenia w bardzo wąskim zakresie najlepiej opłacane. I, niestety, NFZ takie świadczenia kontraktował, to czy pojęcie kompleksowości ma doprowadzić do tego, że wyeliminujecie tego typu praktyki, czy państwa zamiarem jest doprowadzenie do tego, o czym mówiła przedstawicielka POZ, czy ogólnie lekarzy prowadzących praktyki, że szpital ma jednocześnie prowadzić i całościową ambulatoryjną opiekę wraz z częścią zabiegową – tak to nazwijmy – co też może doprowadzić do pewnych problemów. Stąd podstawowe pytanie: co państwo chcą osiągnąć?

I drugie pytanie: czy przy obecnie obowiązujących przepisach NFZ nie był w stanie wyeliminować przynajmniej części tych patologii? Czy państwo musieli za każdym razem kontraktować każdą ofertę, która się pojawiała na rynku, czy potrzeba tak szerokich zmian w ustawie, aby tego typu sytuacje zlikwidować? I to samo dotyczy również kontroli podmiotów, które ubiegają się o kontrakty. Bo przecież sygnały od konkurencji – tak to nazwijmy – tych, którzy pierwszy raz pojawiali się na rynku i składali oferty, bardzo często docierały i do środków masowego przekazu, i – jak myślę – do NFZ, wskazujące na patologiczne założenie, że nowy podmiot dopiero miał zamiar podpisać umowy ze specjalistami, miał zamiar podpisać umowy o zakupie sprzętu, miał zamiar podpisać umowę o najmie lokalu a mimo to mógł stanąć do kontraktu, bo NFZ na tym etapie jeszcze nie kontrolował podmiotów. Czy już przy obecnie obowiązujących przepisach NFZ nie mógł eliminować tego typu patologii?

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jeszcze dwa zdania pani doktor, pan poseł Hoc dwa zdania i zamykamy dyskusję.

Prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Bożena Janicka. Ja *ad vocem* do wypowiedzi pana posła Millera.

Panie pośle i pani przewodnicząca, tu nie chodzi o stażystów, nie chodzi o żadne kontrowersje czy antagonizmy w naszym środowisku. My stwierdzamy fakty i pytamy, czy poradnia przyszpitalna będzie opierać się na specjalistach w danych dziedzinach, tak jak teraz wymaga tego Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontraktowaniu poradni alergologicznej czy kardiologicznej, czy też będzie sytuacja, jaką teraz często widzimy. I to nie jest absolutnie wina stażystów, że w poradni przyszpitalnej udziela porad lekarz stażysta. Nie wiem, czy on tego chciał, czy nie chciał, ale musiał i dlatego tam przyjmował. Natomiast, jeżeli będzie jakaś ilość poradni przyszpitalnych, czy nie będzie tak samo. Czy będzie wymóg porady specjalistycznej?

Ja nie mam nic przeciwko stażystom, sami byliśmy stażystami jako lekarze, ale w kwestii porady specjalistycznej w AOS, wymogów dotyczących AOS, do niedawna był

problem, że lekarze z „jedynką” udzielali tych porad a w poradniach przyszpitalnych spotykamy się z tym, że porady udziela stażysta. Tak więc nie jest to kwestia antagonizowania, tylko jakości, ciągłości opieki i tej kompleksowości, która – w razie czego – dla pacjenta jest najważniejsza.

Tak, jak kolega mówi: z reguły najmłodszy schodzi do przychodni a nie o to nam chodzi. Dlatego pytam, jakie będą wymogi dla tych poradni. Czy w tym zakresie będą one równoważne z poradniami AOS dzisiaj?

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Postaram się w dwóch zdaniach... Po pierwsze, zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rzeczywiście, jest potrzebna. Jest jednak potrzebna – jak powiedziałem – z dwóch powodów. Dla poprawy jakości i dostępności dla pacjenta, czyli – jest ona potrzebna do tego, żeby poprawić los polskiego pacjenta.

I drugie zdanie. Wydaje mi się, albo odnoszę takie wrażenie, że nowelizujecie tę ustawę wyłącznie dlatego, że – po pierwsze – brakuje wam czasu na nowe postępowania konkursowe a po drugie – brakuje pieniędzy. Próbujecie w sposób powierzchowny, hasłowy, naprawić coś, czego nie naprawicie, dlatego, że ta nowelizacja ustawy, tak naprawdę, ani nie poprawi dostępności, ani nie poprawi jakości dla pacjenta.

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Dziękuję. Nie były to wprawdzie dwa zdania, ale dobrze, panie pośle.

Na tym zakończyliśmy dyskusję. Wszystkie osoby, które chciały zabrać głos, zostały do głosu dopuszczone. Panie ministrze, bardzo proszę o odpowiedź.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Podzieliłbym te wypowiedzi na kilka grup tematycznych i na te tematy chciałbym się wypowiedzieć. Potem uzupełni tę wypowiedź pani prezes Pachciarz.

Pierwsze, najprostsze: konsultacje społeczne były prowadzone normalnie. Ten projekt był prowadzony w sposób zgodny z regulaminem Rady Ministrów. Na 9. stronie uzasadnienia skutków regulacji jest napisane, z jakimi organizacjami było to konsultowane i jakie uwagi zostały przesłane do ministerstwa.

Teraz chciałbym zająć się odwołaniem i tym, o czym państwo tu kilkakrotnie mówili, czy propozycja odwołania dwa razy do dyrektora oddziału jest zgodna z konstytucją, czy jest to zgodne z zasadami prawa w Polsce. Otóż, tak. Tak dzisiaj też się dzieje i celem naszym jest dzisiaj przybliżenie możliwości rozpatrzenia sprawy, ponieważ dzisiejszy tryb odwoławczy od dyrektora do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zakłada, oczywiście, 30 dni na odpowiedź prezesa, ale jest to generalnie niemożliwe z punktu widzenia liczby odwołań. I z tego, co wiem, pani prezes też poda te dane. Nie jest to zarzut do pani prezes, tylko życie takie możliwości stwarza – nie jesteśmy w stanie zatrudnić tyle osób w Departamencie Odwołań NFZ, żeby były w stanie to przerobić. A drugą istotną przesłanką jest to, że kiedy po odwołaniu do pani prezes świadczeniodawca nadal nie zgadza się z tym orzeczeniem, wszystkie sprawy rozpatruje sąd warszawski. I wtedy, oczywiście, trwa to trzy lata.

My proponujemy znaczne skrócenie drogi odwołania. Jeżeli świadczeniodawca nie będzie zgadzać się z decyzją oddziału wojewódzkiego w związku z odwołaniem, trafia do swojego sądu wojewódzkiego i znacznie skraca drogę. Naszym zdaniem, jest to rozwiązanie ze wszech miar korzystne dla świadczeniodawców. I nie jest to rozwiązanie, które byłoby niezgodne z prawem, bo taki tryb przewiduje Kodeks postępowania administracyjnego. To jest sprawa oczywista.

Oczywiście państwo mogą mieć inne zdanie i uznać, że jest potrzeba odwołania do prezesa Funduszu. Mają państwo do tego prawo. Natomiast, my uznaliśmy, że celem nadrzędnym jest przyspieszenie tej możliwości świadczeniodawcy, który odwołuje się przecież od negatywnej decyzji, nie od pozytywnej. Jemu zależy na czasie, na rozstrzy-

gnięciu a nie przeciąganiu sprawy. I prawdą jest to, że po trzech latach tej jednostki może już dawno nie być na rynku, więc – moim zdaniem – przyspieszenie tej procedury jednak daje większą szansę na to, że to odwołanie będzie skuteczne.

Odnosnie do kontroli – rzeczywiście jest tak, że dzisiaj minister zdrowia i wojewoda mogą natychmiast tę kontrolę przeprowadzić. My rozszerzamy to o Narodowy Fundusz Zdrowia z prostej przyczyny – ani minister, ani wojewoda nie mają takich kompetencji, ani odpowiedniej liczby ludzi, żeby taką kontrolę przeprowadzić natychmiast. To wynika z informacji, jakie uzyskujemy od pacjentów. Ja wiem, że jest to sytuacja inna niż... Biorąc pod uwagę swobodę działalności gospodarczej, to u każdego z przedsiębiorców należy zachować termin siedmiodniowy i obowiązek, że kontrole nie mogą być przeprowadzane na raz. Natomiast tu mamy sytuacje, które czasami zagrażają życiu i zdrowiu pacjenta. I na informacje od pacjentów należy reagować szybko. Ta propozycja rozszerzająca kompetencje wojewody i ministra zdrowia wynika z tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia ma takie możliwości, których ani minister, ani wojewodowie nie mają.

Odnosnie do tych wypowiedzi, które – według mnie – były nieco obok tej ustawy, powiem, że jest to mała ustawa czyszcząca, nowelizująca. Ona nie zmienia systemu ochrony zdrowia. Nad tymi ustawami pracujemy i będziemy o nich mówić w przyszłości. Dzisiaj dyskusja, czy ważniejszy jest POZ, czy szpital, czy, tak jak mówił pan prezes Radziwiłł o opiece koordynowanej... Ta ustawa nie dotyczy opieki koordynowanej. Absolutnie tutaj o tym nie mówimy. Inaczej rozumiemy kompleksowość. To nie jest budowanie ZOZ-ów. Tu chodzi o kompleksowość na poziomie szpitala, żeby pacjent przyjęty do szpitala był w szpitalu leczony ze wszystkiego. Czyli, nie w ramach najlepszej możliwej procedury do wzięcia i przesyłania powikłań gdzieś indziej, tylko, żeby to była kompleksowość. Tu nie chodzi o połączenie w pionie, że my rozumiemy kompleksowość likwidując po drodze AOS czy POZ, tutaj – absolutnie – nie naruszamy ustawy. O taką kompleksowość i ciągłość chodzi. To jest podniesienie do rangi ustawy tych definicji, które dzisiaj funkcjonują w jakiejś części w zarządzeniach czy w ramach konkursu. Chcielibyśmy, żeby to było to wymagane minimum.

Przy okazji kompleksowości i ciągłości, mówiono o jakości. Ta ustawa nie dotyczy jakości. Nie ruszamy nic z zapisów mówiących o jakości, która musi być spełniana w ochronie zdrowia, bo to są zapisy znajdujące się w rozporządzeniach koszykowych mówiących o standardach, które muszą być spełnione. To są przepisy mówiące o Centrum Monitorowania Jakości (i akredytacji) w Ochronie Zdrowia, w wyniku których dajemy certyfikaty jakości. Tego tutaj nie ruszamy. To jest mała ustawa czyszcząca, nie systemowa, związana z jakością.

Odnosnie do poradni przyszpitalnej AOS i wielkiej dyskusji, która... To był chyba jeden z najważniejszych punktów tej dyskusji. Ja naprawdę nie widzę ekstrawagancji w tym, żeby przy szpitalu, który ma oddział chirurgiczny, istniała poradnia chirurgiczna, czy przy szpitalu, który ma oddział okulistyczny, istniała poradnia okulistyczna. Naprawdę, nie widzę potrzeby wielkiej walki z tym pomysłem, ponieważ dzisiaj poradnie, które powinny mieć trochę inne zadania, które definiujemy jako nowy produkt, powinny zajmować się w tej poradni pacjentami przed i po zabiegu, żeby pacjenci spotykali tych samych lekarzy, z którymi mieli kontakt na oddziale.

Nie widzę ryzyka w tym, że poradnia przyszpitalna będzie generować pacjentów dla szpitala. Gdyby dzisiaj było tak, że szpitale mają niewyrobione kontrakty i będą szukać dościa do tych pacjentów w różny sposób i kierować na oddziały, to może takiej obawy bym się spodziewał. Z tego, co wiem i z danych, jakie mamy, to raczej jest problem nadwykonań a nie niewykonań kontraktu, a więc nie jest to myślenie, które daje podstawę do takich obaw. Natomiast, to nie jest też zabranie AOS do szpitala i budowanie obaw, że będzie jedyna poradnia w powiecie wyłącznie w szpitalu powiatowym i trzeba będzie do niej sto kilometrów dojechać, ponieważ mówimy o konkursach równoległych i o równoległym trzymaniu standardów. To znaczy, że nie może być tak, że poradnia przyszpitalna w jakiejś specjalizacji będzie mieć inne standardy niż normalna poradnia AOS. My tylko mówimy, że chcemy ten konkurs podzielić na dwie części, żeby poradnie przyszpitalne, które – naszym zdaniem – mają trochę inne zadania, nie konkurowały z innymi poradniami AOS, gdzie mogą być robione wszystkie pozostałe rzeczy.

Nie widzę też ryzyka w drugą stronę, że pacjenci ze szpitala będą kierowani do tej poradni i będą wielokrotnie przesyłani, ponieważ tu jest podobnie jak ze szpitalami. Nie słyszałem przez ostatnie miesiące od nikogo z prowadzących AOS czy szpital, że ma wystarczający kontrakt i nie jest w stanie zrobić więcej. Gdybyśmy byli w sytuacji takiej, że mamy za dużo pieniędzy i szukamy możliwości ich wydania, to może tak by było, ale dzisiaj takich obaw ja nie mam.

Jeżeli ktoś mówi, że przez tę poradnię natychmiast położy się do szpitala, to – szanowni państwo – możemy udawać, że tak nie jest, ale dzisiaj pacjenci trafiają do SOR czy do izby przyjęć po to, żeby do szpitala się położyć, nie uzyskując wcześniej pomocy albo nie korzystając z tej pomocy. Zatem, tych możliwości jest kilka.

Dla mnie poradnia przyszpitalna jest rzeczą oczywistą. To nie jest budowanie ZOZ, bo ona ma inne zadania. I tak do tego podeszliśmy. Ja rozumiem, że dzisiaj wszystkie te głosy są bardzo silne, bo z tego, co pamiętam (jeżeli się mylę, to proszę, żeby pani prezes mnie skorygowała) jest około 17 tys. podmiotów prowadzących AOS, w większości prywatnych a tylko kilkaset szpitali, w większości publicznych. I głos tych kilkunastu tysięcy, oczywiście, jest silniejszy, co nie oznacza, że powinniśmy tylko jego słuchać, bo to nie jest szukanie dla dyrektorów możliwości zarabiania pieniędzy, tylko sensowności procesu diagnostyki i leczenia, prowadzenia pacjenta.

To jest propozycja, którą rząd przedstawia. Chcielibyśmy prosić o poparcie tych rozwiązań.

Odnosnie do tych dodatkowych rzeczy, to chemia niestandardowa, o której pan poseł Katulski wspomniał, rzeczywiście, jest w ustawie refundacyjnej, nad którą procedujemy – jesteśmy na etapie uzgodnień, konsultacji społecznych i zewnętrznych, które zakończą się w przyszłą sobotę. Część leków jest na liście refundacyjnej i pojawi się na liście refundacyjnej, ale – oczywiście – jeżeli byłaby taka poprawka i mogła dać zupełne, stuprocentowe bezpieczeństwo na przyszły rok, to myślę, że warto nad nią się pochylić.

Odnosnie do ubezpieczenia szpitali od zdarzeń medycznych, jest to zapisane w dwóch projektach, które Ministerstwo Zdrowia zaproponowało w ustawie o działalności leczniczej (w cudzysłowie nazwanej „ustawą o szpitalach”) i w ustawie o Rzeczniku Praw Pacjenta, które opracowujemy. Jest to na etapie założeń procedowanych i wysyłanych prawdopodobnie w najbliższym czasie do uzgodnień zewnętrznych. Jest więc duże ryzyko, że do końca roku to nie wejdzie w życie. Natomiast, intencją ministerstwa jest przesunięcie tego terminu, ponieważ do dzisiaj nie ma na rynku, poza jedną firmą, nikogo innego. Wiemy, że tworzą się towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przy kilku samorządach wojewódzkich, ale one jeszcze nie powstały. Dlatego, jeżeli taka propozycja z państwa strony padnie, my na pewno nie będziemy protestować.

Odnosnie do innych, wykraczających poza tę ustawę, dyskusji o opiece koordynowanej, czy o stawianiu POZ jako podstawy i zbudowaniu w tej ustawie przepisów dla podstawowej opieki zdrowotnej, myślę, że to są zbyt duże zmiany. One wymagają zbyt poważnych korekt ustawowych, żeby przedstawiać je w sposób tak niedopracowany. Natomiast odnośnie do tych kilku rzeczy, o których mówiła chyba pani poseł Gądek, o bazie eWUŚ, chciałbym, żebyśmy cały czas mieli świadomość tego, że to nie system eWUŚ działa źle, tylko bazy w Polsce od wielu lat są niedoskonałe. I te bazy poprawiamy. System działa dobrze. O tym, oczywiście, możemy podyskutować. Prosiłbym o uzupełnienie...

Aneksowanie umów na przyszły rok – uważamy, że w przyszłym roku, kiedy pieniędzy w systemie ochrony zdrowia nie będzie więcej (będziemy mieć tyle samo na świadczenia), naszym głównym celem będzie zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów na poziomie z tego roku, nie gorszym. Dlatego proponujemy aneksowanie umów na przyszły rok, co nie oznacza, że w przyszłym roku nie będzie konkursów. Chcielibyśmy jednak te konkursy rozłożyć w czasie, bezpiecznie do nich podejść i raczej je prowadzić na 2015 r., kiedy pieniędzy będzie więcej. Dlatego tak istotne jest, że mając te same pieniądze, będziemy chcieli zaproponować świadczeniodawcom aneksowanie umów.

Proszę państwa, miejmy świadomość tego, że jest to umowa cywilna a więc dwie strony muszą się zgodzić. Jeśli świadczeniodawca nie zgodzi się na aneksowanie, to Narodowy Fundusz Zdrowia tego nie wymusi. To jest jasne. To jest danie szansy nam i świadczeniodawcom, w interesie pacjentów, żeby wiedzieli, że w przyszłym roku nie będzie gorszego

dostępu do ochrony zdrowia, bo dysponujemy tymi samymi środkami – nie ma ich więcej i nikt ich nie wyczaruje. Mijmy tego świadomość. Mówimy o tym uczciwie, głośno, nie ukrywając tego.

Prosiłbym panią prezes o uzupełnienie – jak powiedziałem – o odniesienie się do tych uwag, które były zgłaszane w czasie dyskusji.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Bardzo proszę, pani prezes Pachciarz.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo, pozwolę sobie odnieść się w pewnych grupach tematów najpierw do kwestii proceduralnych, na które większość z państwa zwracała uwagę. Padły tu takie stwierdzenia, że te zmiany wynikają także z dotychczasowych doświadczeń i to jest prawda, proszę państwa. W ustawie mamy dość skomplikowaną procedurę opartą na zasadach i cywilnoprawnych i administracyjnych. Połączenie tych dwóch trybów było dla Funduszu a także dla świadczeniodawców, dużym wyzwaniem. Sądy swoje orzecznictwo w ostatnich latach, a zwłaszcza w ostatnim roku, mocno ugruntowały, wynikiem czego są takie właśnie propozycje.

Powiem tylko o trzech wątkach wynikających z tych właśnie orzeczeń. Pierwszy dotyczy kwestii jawności dostępu do ofert. Chcemy tę jawność jasno sprecyzować, szanując prawo oferentów do jawności na zasadach przyjętych także w innych postępowaniach. Tajemnica przedsiębiorcy wynika z przepisów prawa handlowego, powszechnie uznanych. Przedsiębiorca ma prawo zastrzec sobie, które dane uznaje za tajemnicę przedsiębiorstwa. Orzeczenia są także jasne, że nie można zastrzec wszystkich danych.

Muszę państwu powiedzieć, że w ostatnim okresie duża część decyzji oddziałów wojewódzkich, uchylanych przez centralę dotyczyła właśnie nieprzestrzegania w prawidłowy sposób zasady dostępu do treści ofert, na przykład, konkurencji. Dlatego – jak myślę – potrzeba uregulowania jawności nie powinna budzić kontrowersji.

Druga kwestia, to ustalenie, kto jest stroną postępowania. Jak państwo wiedzą, do części postępowań przystępuje ogromna liczba oferentów. Bywa tak, że kilkuset. Trudno uznać, że wszyscy oni mają jednakowy interes jako strona, żeby w tym postępowaniu występować. W związku z tym, jeśli chodzi o określanie, kto jest stroną postępowania, myślę, na podstawie orzeczeń, którymi dysponujemy, że nadszedł właśnie na to czas.

Trzecia grupa i silny wątek w tych orzeczeniach, to kwestia obowiązku zawarcia umowy, czy poczekania z tym obowiązkiem do czasu rozstrzygnięcia w postępowaniu odwoławczym. Proszę państwa, nie jest tak, że centrala oddaje, czy bardzo chce oddać swoje kompetencje. Jesteśmy jedną osobą prawną i nie jest w ustawie napisane wprost, jako zasada, że prezes stanowi instancję odwoławczą dla dyrektora. Oczywiście są tam przepisy *lex specialis*, które w zakresie skarg wskazują, do kogo skargi się kieruje. Proszę państwa, nie zmieniamy zasad dotyczących zażaleń i skarg, tylko odwołań.

Powiem dla orientacji, że w roku 2012, kiedy nie było dużo postępowań konkursowych, było prawie tysiąc odwołań i trzeba to powiedzieć, że właściwie w tym samym czasie (bo mniej więcej w tym samym czasie odbywają się postępowania) a w 2011 r. ponad tysiąc trzysta postępowań odwoławczych (mówię tylko o odwołaniach) z czego uwzględniono 6% odwołań.

Zaproponowany tryb jest zgodny z przepisami. Mogę podać *per analogiam*, jakie regulacje ustalają podobne zasady. Po pierwsze, Kodeks postępowania administracyjnego przewiduje obecnie taką procedurę. Po drugie, z bliższej Funduszowi materii dostępu do informacji publicznej, mamy orzeczenia, które wskazują, że to dyrektor oddziału ponownie rozpatruje sprawę odnośnie do dostępu do informacji publicznej. Taka procedura jest i takie orzeczenia sądu administracyjnego posiadamy. Niebagatelne jest to, co pan minister powiedział a mianowicie, że to administracyjne sądy wojewódzkie będą mogły dalej rozpatrywać tę sprawę. Obecnie robi to tylko sąd warszawski, co nie sprzyja szybkości postępowania – myślę, że to jest oczywiste. Tak więc, walory tych zmian – jak myślę – są dostrzegalne. Mam taką refleksję, proszę państwa, że po kilkunastu latach obowiązywania procedury konkursowej pod kątem administracyjnym, w tym samym brzmieniu, nadszedł czas na korekty wynikające z tych właśnie doświadczeń.

Drugi wątek przewijający się w państwa wypowiedziach, to kwestia kontroli. Myślę, że warto, żebym wyraziła kilka refleksji na ten temat.

Proszę państwa, warto pamiętać, że mówimy o kontroli w rozumieniu prawa działalności gospodarczej. Nie wszystkie podmioty lecznicze, nie wszyscy nasi kontrahenci, to są przedsiębiorcy. Trzeba pamiętać, że to art. 4 ust. 1 pkt 1 wskazuje, kogo dotyczy ten problem oraz rozdział 3 naszej ustawy (to znaczy, ustawy o działalności leczniczej) wskazuje podmioty niebędące przedsiębiorcami, do których stosujemy te zasady, o których mówimy, żeby dotyczyły one wszystkich. W związku z tym, można przyjąć, że obecnie mamy pewien rodzaj nierównego traktowania podmiotów, bo propozycja dotyczy tylko tych, odnośnie do których stosuje się ustawę – Prawo działalności gospodarczej. Zatem, tą zmianą dążymy do równego traktowania naszych kontrahentów.

Po drugie, proszę państwa, warto pamiętać, że my nie jesteśmy administracją publiczną. Dla świadczeniodawcy jesteśmy stroną umowy cywilnoprawnej. Od jakiegoś czasu toczymy spory i zdanie Funduszu jest w tym zakresie jednoznaczne a także zdecydowanej większości prawników, gdziekolwiek by pracowali w danym momencie, że Fundusz ma prawo kontrolować realizację umowy cywilnoprawnej nie stosując ustawy – Prawo działalności gospodarczej dla dobra pacjenta i nie w sytuacji zagrożenia życia. My najczęściej kontrolujemy dokumentację, poprawność sprawozdawania, w związku z tym sytuacje zagrożenia życia dotyczą nas w marginalnym stopniu. Nie wyobrażamy sobie sytuacji takiej, proszę państwa, że sprawdzamy, czy lekarz jest na dyżurze, uprzedzając świadczeniodawcę 7 dni naprzód. A chyba dla dobra pacjenta jest oczywiste, żeby lekarz tam był i, żeby to był ten lekarz, który jest nam wskazany w ofercie. W związku z tym, ta propozycja ma rozwiązać wszelkie wątpliwości.

Nie są to ekstra kompetencje dla Funduszu. Są to te same wyłączenia, nie całej ustawy o działalności gospodarczej, tylko wskazanych przepisów. Ministerstwo Zdrowia kontrolując obecnie swoje umowy – a takie Ministerstwo Zdrowia w zakresie licznych świadczeń posiada – już stosuje te same zasady. Tak więc, jest to w pełni uzasadnione dobrem pacjenta. Części kontroli, które w tej chwili przeprowadzamy, nie bylibyśmy w stanie przeprowadzać uprzedzając, na przykład, 7 dni naprzód o swojej kontroli.

Odnosnie do kwestii kompleksowości i ciągłości, to o tej sprawie dużo zostało tutaj powiedziane. Ponieważ jednak padły pytania dotyczące pozostałych kryteriów, powiem, że ustawa w tym zakresie się nie zmienia. Tak jak pan minister powiedział, to nie jest zmiana systemowa, to jest poprawianie tej ustawy. W związku z tym, jakość i cena nadal pozostają kluczowymi kryteriami, obok kompleksowości i ciągłości. Tryb konkursowy się nie zmienia, więc część tych dylematów i część refleksji, które tutaj padły, zostaje aktualna.

Zgadzam się z panią poseł, że jakość jest za mało doceniana, ale trzeba pamiętać, że narzędzia do obiektywnej oceny jakości, jakie w tej chwili płatnik posiada, są jednak dość ograniczone. Opieramy się na zewnętrznej ocenie jakości Centrum Monitorowania Jakości ISO i, na przykład, w zakresie laboratorium można je dodatkowo oceniać, co świadczy o jakości tego podmiotu.

Na pewno chcielibyśmy mieć lepsze narzędzia, ale trzeba pamiętać, że one nie mogą być subiektywne i ocenne. One muszą być przede wszystkim pewne i sprawdzalne. Tak więc tę jakość będziemy w zarządzeniach rozwijać, aczkolwiek chcielibyśmy, żeby to kryterium było silniejsze.

Odnosnie do kompleksowości (jak część z państwa była uprzejma zauważyć) to ona w tej chwili w zarządzeniach funkcjonuje. W koszyku świadczeń wydawanych przez ministra również. Na przykład, żeby mieć zakontraktowane świadczenia w pracowniach, trzeba mieć jednoimienny oddział, w tym kontekście najczęściej są wskazywane wymogi w koszyku. My już teraz podkreślaliśmy i dodatkowo ocenialiśmy, na przykład, jednoimienne pracownie właściwe danym oddziałom lub diagnostykę w danych zakresach. Na pewno będziemy chcieć to rozwijać, także w onkologii, której dotyczyło jedno z pytań. Liczymy bardzo na zawartość nowych koszyków w zakresie onkologii, zwłaszcza połączenia trybu jednodniowego w zakresie chemioterapii i ambulatoryjnego, które – tak naprawdę – są teraz sztucznie podzielone. Zatem, na pewno chcielibyśmy tę kompleksowość rozwijać w kierunkach już teraz widocznych w zarządzeniach.

Wróćę jeszcze na chwilę do sprawdzania ofert, ponieważ pani przewodnicząca o to pytała. Proszę państwa, w zakresie sprawdzania prawdziwości ofert i ich wiarygodności nie stosujemy przepisów o kontroli. Kontrola jest dopiero wtedy, kiedy mamy zawartą umowę. W momencie składania do nas oferty, każdy, kto ją składa, dobrowolnie poddaje się temu, że oceniający ma prawo przyjść i sprawdzić te wymogi. Odstępstwa od zasady wizytowania szczególnie nowych podmiotów, które w poprzednim okresie były tolerowane, staramy się zminimalizować, aczkolwiek nie może być tak, że to kontroler jest winny temu, że ktoś ma jednak nieprawdziwe dane. Warto pamiętać, że to nie Fundusz podaje te nieprawdziwe dane, ale – oczywiście – staramy się to weryfikować i sprawdzać, uwzględniając także uwagi Najwyższej Izby Kontroli w zakresie naszej kontroli.

Odnosnie do poradni AOS, jeżeli ta ustawa w takim kształcie zostanie uchwalona, tak jak pan minister powiedział, wymaga to stworzenia dodatkowego produktu. Nie jest tak, że nie mamy obaw z tym związanych. Oczywiście, mamy świadomość tego, że w wielu podmiotach jest problem nadhospitalizacji czy porad udzielanych w specjalistycie, chociaż wydaje się, że dana porada z powodzeniem mogła być udzielona u lekarza rodzinnego a także – odwrotnie. W związku z tym, jeśli chodzi o ten produkt, biorąc pod uwagę wymogi koszyka (bo tu koszyk jest kluczowy) nie widzę ryzyka niższych kwalifikacji personelu, bo one będą tożsame. Jeżeli jest poradnia kardiologiczna i jest wymóg zatrudnienia specjalisty kardiologa ewentualnie lekarza po połowie specjalizacji, to ten sam wymóg (jeżeli koszyk nie zmieni się w tym zakresie a nie sądzę) będzie dotyczyć poradni przyszpitalnych. Wartością dodaną z punktu widzenia płatnika jest to, proszę państwa, że ta sama kadra, która zajmowała się pacjentem w szpitalu, w szczególności w poradniach zabiegowych, powinna – i będzie mieć na to szansę – widzieć pacjenta po zabiegu. To jest wartość dodana dla płatnika... Nie, obecnie nie... Obecnie nie ma takiego wymogu. Dla płatnika, równa się dla pacjenta, to właśnie miałam na myśli...

Proszę państwa, opieka nad pacjentami poszpitalnymi i ewentualnie kwalifikacja do zabiegów. Oczywiście, wyzwaniem dla nas będzie stworzenie takiego produktu... Zasady skierowań są określone w ustawie, tutaj nic nie zmieniamy.

Proszę państwa, warto wskazać kilka danych. Pozwolę sobie wskazać tylko dwie poradnie, właśnie zabiegowe. Generalnie poradnie przyszpitalne stanowią najczęściej kilka procent, bardzo rzadko kilkanaście, ogólnej liczby poradni. Tylko w przypadku poradni chirurgicznej i ortopedycznej – od 35 do 41% wszystkich poradni stanowią poradnie przyszpitalne, w pozostałych jest to 3%, 5%, 9%. Takimi danymi dysponujemy. W związku z tym, spodziewamy się, że właśnie poradnie, gdzie ta opieka po zabiegu i kontakt z tą samą kadrą są dla pacjenta cenne, to będzie wartość dodana tego produktu, który – jak pan minister powiedział – będzie równoległym produktem do pozostałych poradni.

Odnosnie do aneksowania, padło tu pytanie dotyczące jednego z zakresów aneksowania. Proszę państwa – tak, jak ten zapis stanowi, dyrektorzy mogą w całym swoim rejonie, w danym zakresie, zaproponować aneksy wszystkim, oczywiście, na zasadach obowiązujących w przepisach ustawy, które pozostają niezmienione. Jeżeli propozycja nie zostaje przyjęta lub w negocjacjach nie będzie ustalenia, to wówczas do podjęcia pozostaje decyzja, czy jest konieczność dodatkowego konkursu, czy już nie. Oczywiście, każdy dyrektor będzie takie decyzje podejmował.

Padło też pytanie o ratownictwo medyczne. Proszę państwa, ratownictwo w pewnym zakresie jest *lex specialis* w naszym...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dokładnie na Wielkopolsce...

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Oczywiście, pamiętam i o Dolnym Śląsku, o który pani poseł ostatnio pytała, i o Wielkopolsce. Proszę państwa, w tym zakresie Fundusz działa jako pełnomocnik wojewodów, otrzymujemy pełnomocnictwo do przeprowadzenia konkursów i wysokość dotacji również otrzymujemy stamtąd. Tutaj rola płatnika jest troszeczkę inna. Bywało tak, że wojewodowie składali i uzasadniali wnioski o aneksowanie podając jako przyczynę swoje sprawy organizacyjne, na przykład, że nie stworzono jakiegoś systemu w między-

czasie. To były uzasadnione wnioski. I na tej podstawie bazowaliśmy. Obecnie, zgodnie z obowiązującymi umowami, w sześciu województwach spodziewalibyśmy się konkursów. Część wojewodów, jak ci dwaj wymieni – ten dzisiaj i ten poprzednio – składają wnioski o aneksowanie, czekając także na tę ustawę...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Ale dlaczego na Wielkopolsce przedłużono po raz drugi a na Dolnym Śląsku...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ale, pani poseł, bardzo proszę...

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Szanowni państwo, w obu województwach przedłużono umowy poprzednio, na podstawie wniosków wojewodów. Poprzednio przedłużono. Obecnie jeszcze nie przedłużono umów na kolejne pół roku. Oba województwa (o ile mi wiadomo) są w takiej samej sytuacji pod tym względem i obaj wojewodowie postępują dość podobnie.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Do zabrania głosu zgłaszały się jeszcze dwie osoby – pan poseł Hoc prosił o dwie minuty i pani poseł Gelert. Czy tak, pani poseł, bo nie jestem pewna? Tak. I to będą ostatnie osoby, którym udzielam głosu. Proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Ja kilka zdań komentarza, panie ministrze. Przede wszystkim komentarz do pana wypowiedzi. Wywód, wydawać by się mogło z pozoru, bardzo logiczny. Tylko, to jest taka polityczna Wańka-wstańka. To my właśnie mówiliśmy zawsze, że zabieraliście... Po pierwsze, pani prezes i panie ministrze, są poradnie przyszpitalne i dlatego ja, w swojej pierwszej wypowiedzi, nie mówiłem o poradniach przyszpitalnych, bo uważam, że to jest i będzie w miarę dobre rozwiązanie, dlatego, że te poradnie przyszpitalne istnieją. Jest taki zapis, że poradnie przyszpitalne... Przecież ja sam przyjmuję w takiej poradni. Pacjent, jeśli wychodzi ze szpitala po operacji tarczycy, ma skierowanie ze szpitala. Pierwszeństwo ma skierowanie ze szpitala i ja mam obowiązek przyjąć go w ciągu trzech tygodni a dopiero potem lekarz rodzinny daje następne skierowanie. Przecież to jest normalne.

Dlaczego ja teraz troszeczkę się niecierpliwię i mówię, że było niesprawiedliwie, bo kiedyś zabieraliście poradniom przyszpitalnym? Powstawały dziesiątki podmiotów, które miały świadczyć usługi w barakach. Nie sprawdzaliście tego. Pani prezes sama mówi, że możecie to dopiero sprawdzać po zawarciu umowy. Dawaliście... Ale absolutnie tak było. Zabieraliście... Na przykład, sto procent miała poradnia przyszpitalna a potem...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, ale my teraz mówimy o jakimś przypadku indywidualnym...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie indywidualnym. Tak było i tak jest. Krótko mówiąc, podmioty prywatne, najczęściej znajomi Królika, pootwierali różnego rodzaju przychodnie. Rodzynki z tego ciasta...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie, panie pośle! Do tej pory, o dziwo, zgadzałam się z panem posłem, ale od tej chwili już się nie zgadzam...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dobrze, to w takim razie jeszcze...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Już nie mówmy o rodzynekach. Jeżeli ma pan coś do powiedzenia, to proszę jednym zdaniem to skonkludować, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Konkluzja jest taka, że wprowadzając teraz aneksowanie utwierdzenie wszystko co stało się do tego czasu a działa się do tego czasu niezbyt dobrze i niezbyt sprawiedliwie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, proszę, dwa zdania.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Ja tylko z jednym pytaniem. Ponieważ pani prezes mówi, że dopiero te reguły trzeba będzie ustalić, dopiero będzie powiedziane, na jakiej zasadzie te poradnie przykładowe mają funkcjonować, chcielibyśmy wiedzieć, na jakich zasadach, tak naprawdę, będzie to funkcjonować? Z jakich pieniędzy? To jedno. Bo jeżeli pieniądze na przyszły rok są te same, w związku z tym, co rozwiąże tworzenie nowych. Może rok 2015 będzie tym, kiedy pieniędzy będzie tak dużo, że nie trzeba będzie przekładać z lewa na prawo, tylko będą pieniądze na nowy produkt, czyli poradnie przyszpitalne.

I jest jeszcze pytanie – jak już wcześniej mówiłam, są wątpliwości, czy – jeżeli te poradnie przyszpitalne będą tak samo funkcjonować jak poradnie specjalistyczne – to te wszystkie zasady będą obowiązywać? Co wtedy z godzinami pracy lekarza? Czy w przypadku lekarza, który będzie na oddziale, będzie można uważać, że godziny pracy w poradni przyszpitalnej są te same, czy znowu zacznie się liczyć, dodawać i okaże się, że albo brakuje na oddziale, albo ten sam lekarz pracuje w dwóch poradniach? I kiedy on pracuje? Czyli, na pewno jest bardzo dużo wątpliwości niby technicznych, w przypadku których nie jest prawdą, że nie zmienią systemu, bo ten system w dość dużym stopniu przynajmniej narusza, jeśli nie zmienia.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Na tym wyczerpaliśmy...

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Ja powiem tylko jedną rzecz, żeby szanowni państwo mieli świadomość. Dyrektor szpitala nie musi wystartować w konkursie o poradnię przyszpitalną. Nie ma takiego obowiązku. Natomiast, wszyscy tutaj się zgadzamy... Miałem takie wrażenie, że zgadzamy się wszyscy, że te poradnie przyszpitalne są i dobrze działają. Jeżeli chcemy je umocnić jako produkt, to nie rozumiem tutaj tej emocji, żeby wyrzucić to z tego rozwiązania, bo – szanowni państwo – powiem, że wiemy z doświadczenia, że w wielu wypadkach, dlatego, że AOS jest traktowany zupełnie oddzielnie od szpitala, nie możemy zbudować produktu i nie możemy tej dość istotnej części a szczególnie prowadzenia pacjenta po zabiegu, przeprowadzić w poradni przy szpitalu, gdzie był leczony u tych samych lekarzy.

Rozumiem z tej dyskusji (wszyscy tak przynajmniej mówią), że te poradnie są i dobrze działają, ale kiedy próbujemy to opisać prawnie, że to jest, to uzyskujemy informację, że teraz będzie to jakaś inna poradnia. Będzie musiała spełniać minimalne kryteria zawarte w koszyku, tak jak każda inna poradnia AOS, także personalne. Jeżeli dyrektor szpitala uzna, że nie chce, to jest to jego odpowiedzialność, ale państwo powinno dać taką możliwość, że w szpitalu może funkcjonować poradnia.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, dokładnie tak to rozumiemy, jak pan powiedział w ostatnim zdaniu, że to jest taka sama poradnia jak każda inna specjalistyczna, która już działa. Stąd wątpliwości posłów, po co dodatkowy produkt. I tylko w tym kontekście były pytania.

Zamykam dyskusję, proszę państwa, i ogłaszam 15 minut przerwy. Po przerwie będziemy dalej procedować ustawę. Dziękuję.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Szanowni państwo, kontynuujemy dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia. Przystępujemy do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Czy ktoś z państwa posłów ma uwagi do tytułu? Proszę bardzo, pan poseł Katulski i pan poseł.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Ja mam pytanie raczej do Biura Legislacyjnego, ponieważ zamierzam złożyć dwie poprawki, które będą dodatkowymi dwoma artykułami i w ich konsekwencji, jeśli zostaną przyjęte, będzie musiał być zmieniony tytuł. Mam więc pytanie, czy ja w tym momencie powinienem zgłosić tę ewentualną zmianę tytułu, czy dopiero przy poprawkach?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Bardzo proszę, panie mecenasie.

Legislator w Biurze Legislacyjnym Kancelarii Sejmu Bogdan Cichy:

To znaczy, jeżeli by państwo uzupełnili zmianę, która by się wiązała z nowelą jakiejś innej ustawy, to proponowalibyśmy, żeby tytuł brzmiał wtedy ostatecznie „o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw” i odpowiednio byśmy to wtedy rozpisali.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

I rozumiem, że pan mówi, że wolno wykraczać poza przedłożenie rządowe, bo o to zapytał...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, na razie ja prowadzę i będę udzielać głosu. Dobrze?

Poseł Anna Zalewska (PiS):

OK.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Cieszę się. Dziękuję za wyjaśnienie, panie mecenasie. Tu zgłaszał się pan poseł – proszę bardzo – w kwestii tego tytułu.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Ja zgłaszałem się zaraz po usłyszeniu słów „rozpatrujemy projekt ustawy”. Bardzo żałuję, że pani przewodnicząca tego nie zauważyła. Proszę więc mi pozwolić na ogólniejszą, krótką wypowiedź.

Przesłanie debaty, która się odbyła przed chwilą, przed przerwą, moim zdaniem, jest oczywiste. Z jednej strony niektóre rzeczy poprawiamy a, z drugiej strony, stwarzamy niebezpieczeństwo dla funkcjonowania...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, ale dyskusja ogólna już się odbyła...

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Ale ja zmierzam...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie wiem, czy pan nie zauważył, że dyskusja...

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Ale ja zmierzam do pewnego wniosku...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

... dyskusja była dla wszystkich. Nie ograniczałam głosu. Nie rozumiem więc, dlaczego pan ma teraz nagle jakieś swoje spostrzeżenia...

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Trudno było przewidzieć, co pani przewodnicząca zrobi po przerwie. Teraz wiemy...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie, nie trudno, ponieważ procedowanie ustaw zawsze jest takie samo.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

W związku z powyższym, proszę mi pozwolić dokończyć, ponieważ chcę postawić wniosek odnośnie do sposobu procedowania nad tą ustawą... Jeszcze raz powtórzę, żeby nie

było wątpliwości. Z jednej strony, na przykład, ułatwiamy tymi przepisami funkcjonowanie dużych jednostek służby zdrowia czyli szpitali a, z drugiej strony, przynajmniej potencjalnie, stwarzamy zagrożenie dla funkcjonowania jednostek, które działają w trybie ambulatoryjnym. Z jednej strony ułatwiamy NFZ prowadzenie...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ale, panie pośle, to już było. To już wiemy...

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Dobrze, ale...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

...proszę ten wniosek wyartykułować.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Ja uzasadniam teraz wniosek, który za trzy minuty pani przewodnicząca usłyszy.

Zatem, z jednej strony ułatwiamy NFZ procedowanie nad kontraktami a z drugiej strony, niestety, wprowadzamy niebezpieczeństwo rozwijania się praktyk protekcyjnych, żeby nie powiedzieć korupcyjnych. Krótko mówiąc, ta ustawa, doceniając cele, które przed sobą postawiła, zawiera elementy dobre i godne pochwały, i wprost przeciwnie. Dlatego uważam (i to jest mój postulat, ale myślę, że nie tylko mój), żeby nad nią procedować w trybie zwykłym, normalnym, czyli – poprzez powołanie podkomisji, która z udziałem ekspertów jeszcze raz zastanowi się nad regulowaną materią a dopiero później Komisja będzie debatować nad materiałem przygotowanym przez podkomisję. Taka jest moja propozycja. To jest propozycja zupełnie oczywista, bo odnosząca się do normalnej praktyki sejmowej.

Stawiam więc wniosek o powołanie podkomisji.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. To ja, oczywiście, składam wniosek przeciwny. Chciałbym, abyśmy normalnie rozpoczęli procedowanie. Uważam, że czas na wygłaszanie ogólnych uwag już był. Jesteśmy w trakcie realizacji punktu... To jest wniosek formalny o przegłosowanie tego, żebyśmy rozpoczęli procedowanie.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ponieważ padły dwa wnioski... Nie, panie pośle. O czym dyskutować? Są dwa przeciwstawne wnioski. Poddaję te wnioski pod głosowanie.

W takim razie, kto z państwa jest za tym, aby dalej procedować przedstawiony projekt ustawy. Kto z państwa jest za?

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Pani bardzo źle sformułowała sposób głosowania, bo przecież wniosek kolegi Dziuby wcale nie odsuwa procedowania nad ustawą...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ale, panie pośle...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

...tylko mówi o sposobie procedowania...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

...więc proszę nie fałszować wniosku.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie. Wniosek padł konkretnie o to, żeby została powołana podkomisja. Ja...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Co oznacza, że będziemy dalej procedować nad ustawą. Proszę więc nie przeinaczać wniosku...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Jako podkomisja albo na posiedzeniu Komisji...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

...zgłoszonego przez pana posła Dziubę.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ponieważ padł wniosek przeciwny, poddaję pod głosowanie to, czy państwo posłowie chcą procedować ten projekt dzisiaj, na posiedzeniu Komisji. Takie jest pytanie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Kto z państwa jest za tym, aby dzisiaj, w tej chwili, w dalszym ciągu procedować...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Pani przewodnicząca, wnioski proszę głosować według kolejności.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie ma... Nie udzieliłam głosu...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pani przewodnicząca, wniosek formalny, w takim razie... Bardzo proszę, wniosek formalny. Teraz mój wniosek formalny...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie, panie posle. Są dwa wnioski odnośnie do głosowania...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja bardzo proszę o rozstrzygnięcie biura prawnego, który wniosek...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dwie minuty przerwy.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

...który wniosek powinien być głosowany pierwszy?

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Wznawiam prace Komisji. Doprecyzowuję swój wniosek, który stawiam pod głosowanie.

Kto z państwa jest za dalszym procedowaniem tej ustawy bez powoływania podkomisji? Kto z państwa jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu? Prosimy o wyniki.

11 posłów było za, 5 przeciw i 3 osoby wstrzymały się od głosu. W takim razie, możemy przystąpić do procedowania.

Wracamy do tytułu. Z tego, co pan powiedział, panie mecenasie, rozumiem, że na tym etapie, biorąc pod uwagę fakt, że będą zgłaszane poprawki, możemy ten tytuł zmienić? Proszę bardzo.

Legislator w Biurze Legislacyjnym Kancelarii Sejmu Urszula Sęk:

Państwo mogą w tej chwili przyjąć ten tytuł w takim brzmieniu. Dopiero, jeśli państwo przesądzą w dalszej kolejności, że dopuszczalne jest zmienienie i dołożenie nowelizacji innych ustaw, to – jakby z automatu – do Biura należy dostosowanie tytułu do materii, jaka jest w projekcie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa posłów ma w takim razie uwagi do tytułu, który jest w tej chwili w przedłożeniu? Proszę bardzo, pani poseł.

Posel Anna Zalewska (PiS):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Niestety, jest pani niekonsekwentna. Dyscyplinowała mnie pani, że zadaję pytanie do państwa mecenasów poza mikrofonem a ono jest strategiczne, więc cierpliwie zgłaszam się, żeby to pytanie zadać.

Na ile poprawki pana przewodniczącego Katulskiego mogą wychodzić poza przedłożenie rządowe? Czy dopiero ocenią to państwo w momencie złożenia tych poprawek?

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś ma uwagi do tytułu? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie, stwierdzam, że tytuł został przez państwa posłów przyjęty.

Art. 1. Panie mecenasie, ponieważ w art. 1 jest kilka punktów dotyczących zmian, mam pytanie – czy możemy to procedować ogólnie jako art. 1, czy jednak każdą zmianę powinniśmy procedować osobno?

Legislator Bogdan Cichy:

Jeżeli chodzi o poszczególne zmiany, to zdecydowanie opowiadamy się za tym, żeby państwo procedowali nad poszczególnymi zmianami. Natomiast, jeżeli chodzi o kwestie, które są zawarte w poszczególnych zmianach, tak jak na przykład zmiana pierwsza do art. 5 lit. a), b) i c), to – oczywiście – mogą je państwo procedować łącznie, bo jeżeli będą jakieś propozycje zmian, itd., to będą państwo podejmować decyzje w obrębie... Nie ulega jednak wątpliwości, że jak gdyby praktyką legislacyjną jest procedowanie nad poszczególnymi jednostkami redakcyjnymi.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Zatem, jeśli chodzi o art. 1, czy ktoś ma zastrzeżenia odnośnie do główki art. 1? Nie ma żadnych pytań, wątpliwości. W związku z tym uważam, że główka art. 1 została przyjęta.

Zmiana pierwsza. Czy ktoś z państwa ma uwagi do zmiany pierwszej? Proszę bardzo, pani poseł.

Posel Halina Szymiec-Raczyńska (ID):

Chciałabym prosić o skreślenie lit. c) w art. 1, w zmianie pierwszej dotychczasowego art. 5.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy pani poseł ma przygotowaną poprawkę?

Posel Halina Szymiec-Raczyńska (ID):

Tak.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo o jej złożenie i złożenie jej również w Biurze, u pana mecenas.

Posel Halina Szymiec-Raczyńska (ID):

Od razu?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, prosimy jeszcze raz o odczytanie tej poprawki, która będzie dotyczyć zmiany pierwszej.

Posel Halina Szymiec-Raczyńska (ID):

W art. 1, zmiana pierwsza, dotychczasowy art. 5. Proszę o skreślenie lit. c).

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze ma uwagi? Proszę bardzo, pani poseł Gądek.

Posel Lidia Gądek (PO):

Chciałabym zgłosić projekt poprawki do projektu ustawy. W projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, w art. 1, po pkt 1, dodaje się pkt 2 w brzmieniu: „Art. 54 ust. 6 otrzymuje brzmienie: »W przypadku wydania

decyzji, o której mowa w ust. 1, wójt, burmistrz, prezydent gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy jest obowiązany dostarczyć w terminie siedmiu dni od dnia jej wydania kopię tej decyzji właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu«”.

Jest to poprawka wprowadzająca uproszczenie dla świadczeniobiorcy i świadczeniodawcy... Dotyczy ona tego (myślę, że to jest bardzo dobra poprawka), że stosowne zaświadczenie – jeżeli chodzi o kwestię zaświadczenia – które muszą przekazać wójt i burmistrz, jeżeli osoba jest nieubezpieczona i koszt świadczeń medycznych ponosi gmina...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

To nie w tym artykule, pani poseł.

Posel Lidia Gądek (PO):

W art. 1, po pkt 1. To jest do art. 1.

Posel Anna Zalewska (PiS):

Właśnie wprowadza pani coś, czego nie ma w przedłożeniu...

Posel Lidia Gądek (PO):

Tak, jako nowość.

Posel Anna Zalewska (PiS):

To proszę zapytać, czy to jest możliwe...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ale, w które miejsce ma to być włożone, pani poseł?

Posel Lidia Gądek (PO):

Już to przeczytałam. W art. 1, po pkt 1, wprowadzamy pkt 2... Tak, po zmianie pierwszej, ppkt 1a.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czyli, rozumiem, że po zmianie pierwszej wprowadza pani zmianę drugą. Taka jest...

Posel Lidia Gądek (PO):

Tak.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, bardzo proszę, żebyśmy przynajmniej byli grzeczni w stosunku do siebie. To, że ja nie zauważyłam pani ręki, to... Bardzo proszę mi nie ubliżać, bo to nie uchodzi ani godności pani, ani godności tej izby...

Pani poseł, mam prośbę, aby pani jeszcze raz przeczytała tę swoją poprawkę i podała miejsce, w które ona ma być włożona.

Posel Lidia Gądek (PO):

W art. 1, po pkt 1, dodaje się 1a w brzmieniu... W zmianie... Zmiana, tak.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

To są zmiany, pani poseł, i to, co jest oznaczone literami a), b) i c) dotyczy zmiany pierwszej. Rozumiem, że pani chce zaproponować poprawkę w tej zmianie jako drugą...

Legislator Urszula Sęk:

Przepraszam, czy pani zmiana, pani poseł, dotyczy art. 5 ustawy-matki?

Posel Lidia Gądek (PO):

Nie.

Legislator Urszula Sęk:

To proponujemy najpierw pierwszą zmianę...

Posel Lidia Gądek (PO):

To w takim razie zgłosimy to za chwilę.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo, udzielam głosu pani poseł Hrynkiewicz, proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Chciałabym prosić Biuro Legislacyjne o przedstawienie całego brzmienia tego punktu, bo my nie mamy tej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jeżeli w art. 5, po pkt 2, dodaje się pkt 2a w brzmieniu..., to chciałabym wiedzieć, jak całość będzie brzmieć, bo my już idziemy znacznie dalej. Panie tu wnoszą jakieś poprawki, natomiast nie znamy brzmienia całego artykułu. Dlatego, jeśli pani przewodnicząca i państwo przyjęli taki tryb procedowania, to proszę, żeby nie robić z tego posiedzenia Komisji naprawdę niepoważnego posiedzenia, tylko po prostu przytaczać pełne brzmienie artykułu, jak artykuł będzie brzmieć po poprawkach. I moja uwaga dotyczy całej procedowanej ustawy.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, sposób procedowania nie jest nowością. Zawsze tak było procedowane, że projekt obejmuje tylko te rzeczy, które są nowe. Natomiast, na tablicie – doskonale pani o tym wie – ma pani wszystkie ustawy, nad którymi w tej chwili trwają prace. Przygotowując się do dzisiejszego posiedzenia Komisji można sięgnąć do tak zwanej ustawy-matki i zobaczyć, jaka zmiana jest proponowana w danym artykule. I nie uważam, żeby to było obowiązkiem w ramach przygotowywania posiedzenia Komisji, że ma być do tego wydrukowana jeszcze ustawa-matka. Zresztą, nigdy tak nie procedowaliśmy.

Bardzo proszę, pan poseł Orzechowski i pani poseł Zalewska.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł – to uwaga do pani poseł Hrynkiewicz, żeby może pomóc, chociaż pani poseł jest w parlamencie od prawie dwóch lat – jest coś takiego jak Internetowy System Aktów Prawnych. Można go znaleźć w Internecie. On dotyczy Sejmu. Tam są teksty ujednolicone, nawet łatwo to przeglądać na tablicie. Rzeczywiście, można bardzo szybko otworzyć ustawę w tekście ujednoliconym i tam znaleźć odpowiednie artykuły i odnośniki.

To prawda, że przez ostatnich kilka lat a pewnie też wcześniej, odkąd jestem w parlamencie, nie było takiego momentu, żebyśmy mieli i ustawę-matkę przygotowaną przez sekretariat Komisji Zdrowia, jak i innych Komisji, chociażby z jednego prostego powodu, że drukowanie za każdym razem testu jednolitego to olbrzymie zużycie papieru. Po to są teraz tablety, żebyśmy łatwo, w przystępny sposób i szybko odczytali główną ustawę. Tak więc, polecam bardzo, pani poseł.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pani poseł Zalewska, proszę.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Ja bardzo dziękuję. Dziwię się, że pan przewodniczący w ten sposób się zachowuje, bo to jest oczywistość i nie musi pan tego przypominać. A pani profesor pytała o wyjaśnienie w momencie zgłaszania poprawki, która wychodzi poza zakres tych przepisów. Trudno, panie przewodniczący, przygotować się do posiedzenia Komisji przewidując, jakie poprawki poza zakresem przedłożenia rządowego mogą nastąpić. Nikt nie zna na pamięć (również pan) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i nikt nie zna na pamięć całej ustawy-matki. Oczywiście, można sobie teraz to otwierać i cały czas analizować, ale przypominam, że zgłaszająca wniosek nie bardzo potrafiła spójnie i precyzyjnie, w czterech zdaniach powiedzieć, czego dotyczy ten przepis. Bardzo więc proszę, żebyśmy się szanowali.

Oczywiście, proszę państwa, ja również potrzebuję pomocy, mimo że pan przewodniczący będzie tu pomagać, bo uważam, że powinniśmy mieć czas na to, żeby przygotować i przeanalizować wszystkie poprawki a nie zgłaszać na bieżąco poprawki, które wyniknęły z tej dyskusji. Poprawki 1a i 1b. Ja chcę usłyszeć odpowiedź ze strony ministerstwa i od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, bo z tym zapisem się zgadzam, czy ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej nie wyeliminuje nowych podmiotów? Krótko, bez złośliwych komentarzy. Tylko odpowiedź i, który zapis gwarantuje, że tak nie będzie.

Jeżeli chodzi o 1b – bo tak państwo próbują dyskutować, nie odwołując się do poszczególnych artykułów ustawy – „kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie”. Przypominam, że – po pierwsze – powinien być doprecyzowany zakres a po drugie – to, co wybrzmiewało w naszej dyskusji, ale również potrzebuję pomocy albo czasu na poprawne prawne i językowe sformułowanie poprawki... Przypominam, że mówiliśmy też o terytorialności, o tym, żeby przy kompleksowości nie doprowadzić do sytuacji, że, na przykład, w 180-tysiecznym powiecie usługi z zakresu ginekologii będą świadczone wyłącznie w mieście powiatowym, bo zostaną wyeliminowane małe podmioty. To jest kontynuacja prośby, my musimy mieć kilka godzin czasu na to, żeby się przygotować.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jeszcze raz pani poseł Hrynkiewicz, proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowne prezydium, dziękuję za te pouczenia, ale na tym posiedzeniu, jak na wielu poprzednich posiedzeniach Komisji Zdrowia, procedowaliśmy ustawy, których wprowadzenie jest bardzo pilne. Jest to przedłożenie rządowe a teraz okazuje się, że do tego przedłożenia rządowego są jeszcze dodatkowe przedłożenia przedstawiane tutaj przez posłów koalicji. I dlatego proszę o to, o czym ostatnio cały piątek rozmawiałam z sędziami Trybunału Konstytucyjnego, którzy uważali, że ja mam tu jakiś wpływ na stanowienie prawa, żeby przynajmniej w pełnym brzmieniu odczytać tekst tego, co państwo chcą wprowadzić a jeśli są te poprawki, to proszę je przedstawić na piśmie. Proszę je pokazać. Czemu ma to służyć? Jaki ma sens wprowadzanie tych poprawek? Naprawdę, proszę traktować Sejm z całą powagą. Jeśli pani obraziła się o to, że pani nie widzi przez te okulary, które pani ma, to ja nie miałam złej woli. Ja też zmieniam okulary do różnej pracy...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, skończmy już tę dyskusję, bo to jest śmieszne. To jest śmieszny poziom dyskusji...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Naprawdę, proszę o bardzo prostą rzecz, o przedłożenie pełnego brzmienia artykułu ustawy, który uchwalamy.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan poseł Chmielowski, pan poseł Piontkowski i pan poseł.

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Ja w kwestii formalnej. Chciałbym w imieniu Sojuszu Lewicy Demokratycznej poprosić o przerwę do czasu dostarczenia wszystkich propozycji poprawek na piśmie, jak również tekstu jednolitego tej ustawy, nad którą procedujemy, dlatego, że w tego typu dyskusji, w której poseł zgłasza poprawkę i nie wie, do którego punktu, naprawdę nie da się pracować ani nie da się tego zrozumieć.

Chciałbym jeszcze zauważyć, że to jest bardzo ważna ustawa i poświęciliśmy wiele czasu, żeby się do niej przygotować, więc taka sytuacja, w której mamy wysłuchiwać poprawek z głowy i umieszczać, gdzie chcemy, raczej nie przystoi. Dlatego proszę w tej chwili o ogłoszenie przerwy i wyznaczenie terminu, do którego zostaną dostarczone wszystkie poprawki na piśmie, jak i tekst jednolity, na którym będziemy pracować.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, ile i jakie poprawki zostaną zgłoszone, bo zawsze w trybie prac nad danym projektem rodzą się nowe pomysły i nowe projekty. W związku z powyższym, moglibyśmy bez końca robić przerwy tylko po to, żeby wypisywać kolejne propozycje zmian. W związku z tym, nie uważam tego za stosowne, tym bardziej, że w tej chwili akurat panie z sekretariatu przygotowały dla państwa te

poprawki, które państwo posłowie zamierzają zgłosić. A które jeszcze będą dodatkowo, tego nie wiemy.

Pan poseł Piontkowski.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, żeby móc świadomie głosować nad poszczególnymi poprawkami i zmianami, potrzebujemy też wyjaśnienia treści tych zapisów, które znalazły się w ustawie przedłożonej przez rząd. W związku z tym, ponowię pytanie zadane przez panią poseł Zalewską, dotyczące ciągłości oraz kompleksowości udzielanych świadczeń.

Po pierwsze: czy określenie tutaj ciągłości będzie oznaczać, że nowe podmioty mają szansę wejść na rynek a jeśli tak, to w jakich warunkach? Po drugie: czy kompleksowość będzie oznaczać, że może dojść do sytuacji, że jeden szpital w województwie, na przykład, przejmie całość świadczeń w jakimś zakresie na terenie województwa eliminując w praktyce inne podmioty lecznicze z jakiegoś zakresu na terenie danego województwa? I w związku z tym, pytanie: czy nie powinni państwo jako wnioskodawcy, czyli rząd, pójść w kierunku, o którym mówił pan przewodniczący Orzechowski, i zapisać jeszcze jedno kryterium albo element, który zapobiegłby takiej monopolizacji świadczeń? To znaczy, czy nie powinno się tam pojawić wyraźnie zapisane prawo do swego rodzaju lokalności – jak bym powiedział – a nie regionalności świadczeń, po to, żeby umożliwić funkcjonowanie podmiotów mniejszych w zakresie opieki ambulatoryjnej, chociażby na przykładzie ginekologii, o której mówiła pani poseł Zalewska, żeby po prostu umożliwić dostępność do świadczeń lekarskich także w ośrodkach czy miejscowościach oddalonych od centrów administracyjnych a także od centrów medycznych? To jest pierwsza część mojej uwagi.

Drugie pytanie, chyba skierowane do Biura Legislacyjnego a przynajmniej częściowo do rządu. W tej chwili, gdybyśmy przyjęli ten projekt ustawy, wprowadzamy kolejne elementy, które będą decydować o sposobie oceny ofert przedstawionych przez podmioty świadczące usługi medyczne i jednocześnie nie określamy ważności poszczególnych elementów. Czy w związku z tym, pod względem procesu legislacyjnego, jako ustawodawcy nie powinniśmy wskazać ważności poszczególnych kryteriów, czyli pozostawienie prezesowi NFZ...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy ja mogę, pani poseł, prosić o ciszę?

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja dostałam poprawkę...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani kolega nie może mówić i przerywa dlatego, że pani poseł zaburza nam całe procedowanie. Proszę usiąść, pani poseł. Panie pośle, proszę bardzo.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Jeszcze raz zacznę. Pytanie do Biura Legislacyjnego, ale także do wnioskodawców czyli do rządu. Czy nie warto byłoby, aby na poziomie ustawy określić wagę poszczególnych elementów, które będą decydować o rozstrzygnięciu konkursowym? Czy nie będzie to zbyt duża delegacja dla wykonawcy ustawy?

I element trzeci, dotyczący tego, kto z nas tak naprawdę może procedować nad tą ustawą. Wśród parlamentarzystów, nie tylko członków Komisji, są osoby wykonujące czynnie zawód lekarza i będących jednocześnie właścicielami podmiotów startujących w konkursach na oferty świadczeń zdrowotnych. W związku z tym, pytanie do Biura Legislacyjnego: czy tego typu osoby mogą procedować nad tą ustawą i czy mogą brać udział w głosowaniu nad poszczególnymi elementami tej ustawy? Czy nie będzie tutaj kolizji interesów?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, częściowo odpowiadając na pana pytania, zacznę od tego, że jesteśmy dopiero w trakcie przyjmowania tych poprawek i zawsze, jeżeli poprawka jest zgłaszana, pytamy o opinię Biura Legislacyjnego a także Ministerstwa Zdrowia. A więc to wszystko

(te pytania, jakie pan poseł zadał) będzie bardzo szczegółowo rozważane przy rozpatrywaniu każdej z poprawek. Będę o to pytać pana ministra, jakie jest zdanie i stanowisko Ministerstwa Zdrowia.

Czy ktoś jeszcze? Pani poseł Gądek, proszę bardzo.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Nie, to nie jest szósta poprawka. Konsultowałam to z biurem legislacyjnym rządu przed chwilą i poinformowano mnie, że zgłoszenie było prawidłowe. Doprecyzowuję: w art. 1, po pkt 1, dodaje się punkt w brzmieniu – dotyczący art. 54. Jest to zmiana, którą w tej chwili zgłaszam.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan mecenas.

Legislator Bogdan Cichy:

Jeżeli państwo pozwolą, proponowałibyśmy, żeby do tej poprawki, o której pani poseł mówi w tej chwili, przystąpić po przyjęciu zmiany pierwszej, która ma literki a), b) i c). Jeżeli państwo to przyjmą, to wtedy dopiero...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dobrze. W takim razie, rozumiem, że odnośnie do tego, co w tej chwili rozpatrujemy w zmianie pierwszej, mamy zgłoszoną jedną poprawkę.

Czy są jeszcze uwagi do tej zmiany? Pani poseł.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Bardzo dziękuję. Padły tutaj pytania ogólne, które mają pozwolić nam poprawnie procedować. Biuro analiz nie odpowiedziało na pytanie, również ministerstwo oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast, ja pytam panią przewodniczącą ze zwykłej ludzkiej ciekawości. Jeżeli mamy poprawkę nr 6, – bo taką pani poseł zgłasza, gdzie są pozostałe poprawki od 1 do 5? Bardzo by mnie to interesowało, bo być może szósta wynika z pierwszej, drugiej, trzeciej, czwartej i piątej i, być może, porządkuje i wyjaśnia poprawkę nr 6.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Na razie będziemy głosować i procedować nad poprawką pierwszą, która została zgłoszona i dotyczy wykreślenia lit. c) w zmianie pierwszej. Pan mecenas.

Legislator Bogdan Cichy:

Przepraszam, ale czy możemy tę poprawkę zobaczyć? Jeżeli można, ta poprawka brzmi w ten sposób: „W art. 1, w zmianie 1 dotyczącej art. 5 skreślić lit. c)”. I jest tu użyte sformułowanie „skreślić zmianę 2 dotyczącą art. 57 ust. 3”. Jest to jakby procedura, która jest zapisana w art. 42 ust. 2 regulaminu Sejmu, że poprawka powinna zawierać konsekwencje. I rozumiemy, że ta konsekwencja jest tutaj zapisana. Natomiast, w naszym przekonaniu, wyraźnie jest jeszcze jedna konsekwencja, też w art. 5 – należy skreślić przywołanie „z wyjątkiem art. 1 pkt 1 i 2”. Czy tak?

Legislator Urszula Sęk:

To znaczy, pkt 2.

Legislator Bogdan Cichy:

Jest pkt 1. Czyli, gdyby państwo przyjęli tę poprawkę a upoważnili Biuro, żeby dokonać stosownego uzupełnienia o konsekwencję związaną z art. 5...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

To będzie konsekwencja. Jeżeli poprawka zostanie przyjęta, to – oczywiście – Biuro będzie mieć taką delegację.

Panie ministrze, chciałabym usłyszeć pana opinię na temat tej zgłaszanej poprawki.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Oczywiście. Od razu odpowiedzi na pytania pani poseł Zalewskiej, i pana posła: ten ppkt a) nie wyklucza nowych, ponieważ to jest jedno z kryteriów, nie jedyne. A ppkt b) –

„w zakresie” rozumiemy jako zakres szpitala a nie pionowy zakres AOS, szpitala, POZ. To nie jest tak. Zakresy zostają niezmienione i nie ma takiej obawy.

Odnośnie do poprawki związanej z wykreśleniem pkt c) w zmianie pierwszej, rząd jest temu przeciwny.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja będę mieć jeszcze dwa pytania do zmiany pierwszej, aczkolwiek najpierw mały komentarz. Widzą państwo, bardzo trudno się pracuje w takim chaosie legislacyjnym i piorunującym pośpiechu...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ale, nie ma chaosu, panie pośle...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Jest straszny chaos...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie ma chaosu, tylko są niepotrzebne emocje...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Przypomnę, pani przewodnicząca, że brak jest ekspertyz. Zawsze mamy ekspertyzy prawne, Biura Analiz Sejmowych itd. a tutaj nie mamy żadnego podparcia prawnego, nie mamy żadnej analizy, a więc jest bardzo trudno pracować.

W takim razie, mam jeszcze tylko dwa pytania do pana ministra, odnośnie do zmiany pierwszej, ppkt b) – kompleksowość. Mówimy o kompleksowości i ciągłości a oczywiście chodzi nam przede wszystkim o jakość. Kompleksowość zdefiniowana jest jako możliwość realizacji świadczeń. Możliwość, to znaczy, że chce albo nie chce, może, ale nie musi. Czy nie lepiej byłoby napisać że kompleksowość udzielania świadczeń to po prostu realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, bez możliwości? To jest pierwsze moje pytanie i wątpliwość.

Druga sprawa – poradnia przyszpitalna. Do samej poradni przyszpitalnej nie mam merytorycznych uwag, ale sformułowanie, że poradnia przyszpitalna – „zespół budynków pod tym samym adresem co szpital, albo innymi adresami, ale położonych obok szpitala i tworzących funkcjonalną całość”... Co to oznacza? To znaczy, że może być też obok i na drugim krańcu miasta. Praktycznie to nic nie zmienia. Dlaczego jest taki pluralizm? Jeśli przy szpitalu, to rozumiem, że przy szpitalu. Natomiast, jeśli ma być obok, to jest to rozwodnienie i niesprecyzowanie, czyli praktycznie jest coś, ale dokładnie nie wiadomo, co.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie, panie pośle. Ja rozumiem to w ten sposób (i pan to też dobrze wie), że czasami szpital ma kilka pawilonów i jeden mieści się przy innej ulicy niż drugi, obok, ale jest to ten sam kompleks. Jednak, żeby pana wątpliwości rozwiązać, proszę pana ministra.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Już je pani rozwiąła, pani przewodnicząca, bo to tworzy funkcjonalną całość. Chodzi o ten szpital, który może mieć dwa adresy. To się zdarza w Polsce. I tylko dlatego... Nie ma żadnych innych powodów.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, przystępujemy do głosowania nad złożoną poprawką. Proszę...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Przepraszam, pani przewodnicząca, ale szczególnie przy tej poprawce, wracam do swego pytania o to, kto może brać udział w głosowaniu. Wnioskodawcą tej poprawki jest osoba, która – jak można powiedzieć – jest w pewnym konflikcie interesów z przychodniami szpitalnymi, bo sama prowadzi prywatną przychodnię ambulatoryjną. W związku z tym,

można tu mówić wręcz o lobbowaniu. Dlatego mam pytanie do Biura Legislacyjnego – czy w tego typu wypadkach nie powinno być brane pod uwagę to, czy osoby decydujące o zapisach ustawowych nie są w konflikcie prawnym? W tym wypadku, takie podejrzenie można powziąć.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, każdy z nas przystępując do pracy w tej Komisji... Wiadomo było, jakie były projekty, nad czym będziemy pracować, że jest to zmiana dotycząca systemu ochrony zdrowia. A ponieważ pracujemy tutaj merytorycznie, uważam, że te osoby, akurat w tym przypadku, nie mają tu konfliktu. Jeżeli jednak ma pan wątpliwości... Nie wiem. Ja takich wątpliwości nie mam...

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Ale ja proszę o odpowiedź biuro prawne...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Biuro, bardzo proszę.

Legislator Urszula Sęk:

Z regulaminu, ale przede wszystkim z konstytucji wynika, że prawo wnoszenia poprawek do projektu ustawy w czasie rozpatrywania go przez Sejm przysługuje wnioskodawcy projektu, posłom i Radzie Ministrów. Poseł nie jest w żaden sposób ograniczony zakresem, tematami, odnośnie do możliwości wniesienia poprawki...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Bardzo dziękuję. Ja przyjmuję wyjaśnienie pana ministra dotyczące pkt c), bo rzeczywiście jest ono logiczne, ale proszę, panie ministrze, zwrócić uwagę na to, że w żaden sposób nie wyklucza to dobudowania dowolnego pawilonu na okoliczność pozyskiwania, czy... OK.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Pani poseł, jeżeli szpital zechce mieć poradnię a dzisiaj warunki lokalowe mu na to nie pozwalają, to może dobudować.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. W takim razie, przystępujemy do głosowania nad zgłoszoną poprawką.

Kto z państwa posłów jest za przyjęciem zgłoszonej poprawki, czyli wykreśleniem pkt c)? Kto jest przeciw poprawce? Kto się wstrzymał od głosu? Bardzo proszę o wyniki.

6 głosów za, 10 przeciw, 2 wstrzymujące się a więc poprawka nie została przyjęta.

Pan poseł Orzechowski, bardzo proszę.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani przewodnicząca, chciałbym zgłosić poprawkę. Po zmianie pierwszej chciałbym dodać zmianę drugą – oczywiście, kolejność tych zmian ureguluje biuro prawne. Poprawka znajduje się w rękach przedstawicieli biura prawnego. W art. 50, w ust. 1, pkt 1 otrzymuje brzmienie...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam, panie pośle. To jest moja pomyłka, ale jeszcze nie przyjęliśmy całej zmiany. Bardzo przepraszam. Musimy jeszcze przegłosować całą zmianę.

Kto z państwa posłów jest za przyjęciem zmiany pierwszej? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję.

10 głosów za, 2 przeciw, 4 wstrzymujące się. Zmiana pierwsza została przyjęta.

Proszę bardzo, panie pośle. Przepraszam, że przerwałam.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani przewodnicząca, chciałbym zgłosić poprawkę. Po zmianie pierwszej chciałbym dodać zmianę drugą. Jak powiedziałem, Biuro Legislacyjne to uporządkuje. Do art. 50 ustawy-matki – jeśli pani poseł Hrynkiewicz sobie życzy, mogę przeczytać również całość

tego art. 50, aczkolwiek wiem, że pewnie większość przygotowanych posłów ma ustawę-matkę przed sobą.

W ust. 1, pkt 1 otrzymuje brzmienie: „kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego oraz osób, do których stosuje się w art. 67 ust. 4-7”. Po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu: „W sytuacji udzielania świadczeniobiorcy stacjonarnych albo całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, obejmuje okres od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia do dnia zakończenia udzielania świadczenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. W przypadku, gdy świadczenie opieki zdrowotnej trwa dłużej – świadczeniobiorca składa kolejne oświadczenie, które obejmuje okres nie dłuższy niż jeden miesiąc.”. I wreszcie, w ust. 16, po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu: „potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób określony w ust. 3 osób, o których mowa w art. 52 ust. 1, albo”.

I już pokrótce wyjaśniam, na czym polega sens tego brzmienia. Z uwagi na brak precyzyjnego uregulowania w ustawie okresu obowiązywania oświadczenia złożonego przez świadczeniobiorcę o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej a w szczególności – w sytuacji udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na fakt, iż system rozliczeń udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wymaga codziennego potwierdzania przysługujących świadczeniobiorcy uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, w celu precyzyjnego ustalenia podmiotów odpowiedzialnych za ich finansowanie, konieczne jest doprecyzowanie regulacji dotyczącej okresu ważności składanego przez świadczeniobiorcę oświadczenia.

Mówiąc prostym językiem: dzisiaj osoba ubiegająca się o takie świadczenie składa codziennie takie oświadczenie, nie ma tutaj precyzyjnego określenia okresu obowiązywania takiego oświadczenia. Zatem, żebyśmy tutaj wyjaśnili, będzie to okres do jednego miesiąca, tak jak zapisujemy to w ustawie.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś z posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Przystępujemy, w takim razie... Biuro Legislacyjne, proszę bardzo.

Legislator Bogdan Cichy:

Jeżeli można, chcielibyśmy zwrócić państwu uwagę na to, iż – w naszym przekonaniu – poprawka ta w sposób zdecydowany wykracza poza zakres projektu. W związku z art. 19 ust. 2 konstytucji, który stanowi, że prawo do wnoszenia poprawek do projektu ustawy... Ten passus z konstytucji projektu ustawy już wielokrotnie był wykładany przez Trybunał Konstytucyjny. Jest absolutnie utrwalone orzecznictwo, z którego wynika, że projekt, to jest ten projekt, który leży przed państwem a nie projekt tak zwanej ustawy-matki. Oczywiście orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego w tym zakresie jest dalece utrwalone.

Mamy również sytuacje takie (są już dwa, trzy wyroki Trybunału), że Trybunał nie rozpatrywał treści merytorycznej poprawki czyli Trybunał nie zastanawiał się nad tym, czy rozstrzygnięcie materialne jest rozstrzygnięciem zgodnym z konstytucją, czy nie. Trybunał Konstytucyjny uznał za niekonstytucyjny przepis zgłoszony jako poprawka z naruszeniem procedury art. 19 konstytucji, który mówi o trzech czytaniach a poprawki są do projektu.

My w brzmieniu tej poprawki nie znajdujemy żadnego związku z projektem. W związku z tym, zwracamy państwu uwagę na to, że w przypadku zaskarżenia tego przepisu, który w formie poprawki państwo chcą zgłaszać, jest wielce prawdopodobne, że Trybunał uzna takie rozwiązanie za niekonstytucyjne nie z uwagi na treść tego przepisu, tylko z uwagi na procedurę, bo jesteśmy w kategorii procedury.

Pozwolę sobie jeszcze powiedzieć dwa zdania więcej. Następnym razem będziemy tylko państwu zwracać uwagę, że poprawka wykracza poza zakres, jeżeli takie poprawki będą zgłaszane.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo panu mecenasowi. Proszę bardzo, panie ministrze, jaka opinia?

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Samą poprawkę jesteśmy w stanie zaakceptować, bo to – rzeczywiście – działa raczej na korzyść pacjenta i w duchu ustawy. Jeśli poprawiamy i dbamy o poprawę jakości także dla pacjenta, to można się tu spierać. Nie dyskutuję o wyroku Trybunału Konstytucyjnego, bo go nie znam. Każdy jest indywidualny, więc to Trybunał rozstrzyga konstytucyjność na koniec.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Bardzo proszę.

Legislator Bogdan Cichy:

Jeszcze raz chcemy podkreślić, że nie chodzi o treść merytoryczną poprawki, tylko o kwestię proceduralną. Jeszcze raz usilnie podkreślamy, że jest ukształtowana linia orzecznictwa Trybunału, który – oczywiście – wypowiadał się odnośnie do procedury. I na tę procedurę zwracamy uwagę.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z posłów chce jeszcze zabrać głos w tej kwestii? Przystępujemy w takim razie do głosowania nad zgłoszoną poprawką.

Kto z państwa posłów jest za przyjęciem tej poprawki? Proszę o podniesienie ręki.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Głosujemy pomimo, że jest taka opinia?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Za głosowało 6 posłów, przeciw był 1 i 8 wstrzymało się od głosu.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pani przewodnicząca, czy... Pani przewodnicząca, czy ja mogę...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Poprawka nie uzyskała poparcia... Przepraszam, uzyskała. 6 posłów było za.

Kto chciałby jeszcze zabrać głos w tym momencie?

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pani przewodnicząca, mam zasadnicze pytanie. Czy my rzeczywiście mamy już jawnie działać na rzecz złej praktyki legislacyjnej? Co prawda, ja do tej poprawki też nie wnoszę większych zastrzeżeń, bo – tak, jak pan minister powiedział – jest ona raczej korzystna dla pacjenta, ale musimy trzymać się pewnych reguł, to jest posiedzenie komisji sejmowej. Pani przewodnicząca, apeluję o utrzymanie pewnych standardów...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, zgadzam się z panem. Merytorycznie nie było żadnych zastrzeżeń. Odnośnie do głosowania – głosujący przegłosowali, więc proszę nie mieć pretensji o to, że akurat w ten sposób ta poprawka została przyjęta.

Proszę bardzo, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Po raz czwarty. W art. 1, po pkt 1, chcę wprowadzić zmianę dotyczącą art. 54 ust. 6, który otrzymałby brzmienie: „W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, wójt, burmistrz, prezydent gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świad-

zeniobiorcy jest obowiązany dostarczyć w terminie 7 dni od dnia jej wydania, kopię tej decyzji właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu”.

Uzasadnienie skrótkowo przedstawiłam wcześniej, ale teraz przedstawię pełne uzasadnienie. Stosownie do postanowień art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej ustawą o świadczeniach, dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 tej ustawy, jest decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo. Zgodnie z tym artykułem, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia otrzymuje kopię przedmiotowej decyzji wójta, burmistrza danej gminy bezpośrednio od organu, czyli wójta i burmistrza, wyłącznie w przypadku wydania wyżej wymienionej decyzji z urzędu lub na wniosek właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Stosując tę zmianę uzyskujemy jakby obligatoryjny obowiązek organu, czyli wójta i burmistrza, do przekazywania tego zaświadczenia w terminie siedmiu dni bez dodatkowego wystąpienia o to świadczeniobiorcy.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę. Jest pytanie odnośnie do tej poprawki. Czy tak, pani poseł? Pani poseł Okragły.

Poseł Janina Okragły (PO):

Ja mam pytanie do Biura Legislacyjnego w sprawie tej poprawki, bo dotychczas jest zapis „z urzędu lub na wniosek, niezwłocznie”. Czy ten zapis, który jest do tej pory nie upoważnia do tego, że z urzędu niezwłocznie trzeba zawiadomić wojewódzki oddział Funduszu?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Może najpierw poproszę Ministerstwo Zdrowia o opinię w sprawie tej poprawki a później Biuro Legislacyjne.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Stanowisko jest pozytywne. Natomiast, odnośnie do pytania pani poseł, to może pani prezes wyjaśni, jak to funkcjonuje, żebyśmy mieli jasność.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo, pani prezes.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Wysoka Komisjo, obecnie jest tak, że w przypadku osób, które spełniają kryteria socjalne czyli najbiedniejszych, ta decyzja może być wydawana w czterech przypadkach – z urzędu, przez wójta, na wniosek świadczeniodawcy, na przykład szpitala, na wniosek świadczeniobiorcy oraz dyrektora oddziału. W przypadku dyrektora oddziału i wtedy, kiedy wydaje wójt lub burmistrz albo prezydent, jest ona dostarczana. W przypadkach najczęstszych, czyli świadczeniodawca lub świadczeniobiorca, nie otrzymujemy jej i ten obowiązek obarcza sam szpital. Chcemy, żeby wójt, burmistrz lub... Rozumiem, że wnioskodawca chciałby, aby z urzędu, z automatu każda ta decyzja była przekazywana. To ułatwi życie samemu pacjentowi a w szczególności szpitalom czy innym podmiotom. I to jest niezbędne do rozliczeń, żeby zapłacić podmiotowi za te świadczenia.

W związku z tym, w całości popieram stanowisko pana ministra, jeśli mogę.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę, panie mecenasie.

Legislator Bogdan Cichy:

Już tradycyjnie zwracamy uwagę na to, że ta poprawka wykracza poza zakres. A do tej propozycji nie zgłaszamy zastrzeżeń.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Przystępujemy do głosowania nad poprawką.

Kto z państwa jest za przyjęciem zgłoszonej poprawki? Kto z państwa jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Za 11 posłów, przeciw 1 i 2 wstrzymało się od głosu. Poprawka została przyjęta.

Zmiana druga. Panie mecenasie, mam jeszcze techniczne pytanie ponieważ tutaj zostały jeszcze dołożone dwie dodatkowe poprawki, w tej chwili procedujemy już zmianę drugą. Czy tak? Tak?

Legislator Bogdan Cichy:

Tak.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Zmiana druga. Czy ktoś z państwa chciałby wyrazić swoje zdanie?

Panie ministrze, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Wydaje mi się, że zmiana druga...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Jest konsekwencją...

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

...została rozstrzygnięta...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Jest ciągłością. Tak jest. Panie mecenasie, odnośnie do zmiany drugiej?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy uwag.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś ma zastrzeżenia do zmiany drugiej? Jeżeli nie, uznam, że zmiana zostanie przyjęta. Dziękuję bardzo. Zmiana druga została przyjęta.

Zmiana trzecia. Czy ktoś z państwa ma uwagi do zmiany trzeciej? Panie ministrze, jakieś uwagi? Zmiana trzecia. Panie ministrze, czy ma pan jakieś uwagi?

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Nie. Przepraszam.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję...

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Byliśmy jedną zmianę dalej, przepraszam.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy Biuro Legislacyjne wnosi uwagi?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy uwag.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jeśli nie usłyszę głosów przeciwnych, uznam, że zmiana trzecia zostanie przyjęta. Głosów przeciwnych nie ma.

Zmiana czwarta. Czy ktoś z państwa ma uwagi do zmiany czwartej? Panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Rozpatrujemy przedłożenie rządowe. Jesteśmy za.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie ma żadnych uwag. Pan mecenas?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy uwag.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jeżeli nie będzie żadnych zgłoszeń, uznam, że zmiana czwarta zostanie przyjęta. Sprzeciwu nie słyszę.

Zmiana piąta. Czy ktoś wnosi uwagi do zmiany piątej? Proszę bardzo, pani poseł Gądek.

Posel Lidia Gądek (PO):

Chciałabym zgłosić poprawkę do zmiany piątej. Ppkt c) – ust. 7 otrzymuje brzmienie: „W przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złoży wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcie umowy”.

Jednym z celów projektu – uzasadniam – jest określenie konsekwencji uwzględnienia odwołania od rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Obecny zapis art. 154 ust. 7 określa jednak jedynie konsekwencje uwzględnienia odwołania od rozstrzygnięcia komisji konkursowej, wskutek uchylecia wydania w pierwszej instancji decyzji oddalającej odwołanie od rozstrzygnięcia komisji konkursowej. Wskazany przepis nie określa natomiast konsekwencji uwzględnienia odwołania od rozstrzygnięcia komisji konkursowej już w pierwszej instancji, czy też wskutek utrzymania w mocy wydanej w pierwszej instancji decyzji uwzględniającej odwołanie od rozstrzygnięcia komisji konkursowej. Ponadto, dotychczasowe brzmienie tego artykułu nakazuje, by w przypadku, gdy z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze, wypowiedzieć umowę i ponownie przeprowadzić postępowanie w tej sprawie. Jednak, zgodnie z brzmieniem art. 154 ust. 2, wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia a tym samym obowiązek wypowiedzenia umowy nie może zostać zrealizowany, gdyż umowa nie została jeszcze zawarta. Ta poprawka ma usuwać wskazane wcześniej nieścisłości.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, bardzo proszę o ocenę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Tak jest. Ona rzeczywiście uszczelnia, daje większą możliwość odwołania i daje Funduszowi możliwość przeprowadzenia tego kontraktowania szybciej. Jesteśmy za.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie mecenasie?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy zastrzeżeń.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Jeśli nie, przystępujemy do głosowania nad zgłoszoną poprawką.

Kto z państwa jest za przyjęciem zgłoszonej poprawki? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

14 głosów za, przeciw 1. Dziękuję bardzo. Poprawka została przyjęta.

Zmiana szósta... Przepraszam, przyjmujemy w całości zmianę piątą. Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że zmiana piąta została przyjęta z wniesioną poprawką. Jest sprzeciw. W takim razie, będziemy głosować całą zmianę.

Kto z państwa posłów jest za przyjęciem całej zmiany piątej? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

14 głosów za, przeciw 1, wstrzymała się od głosu 1 osoba. Zmiana piąta została przyjęta.

Zmiana szósta. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi do zmiany szóstej? Jeżeli nie, uważam, że zmiana szósta została przyjęta. Sprzeciwu nie słyszę. Jest sprzeciw? Proszę bardzo. Dobrze, w takim razie będziemy głosować. Głosujemy zmianę szósta.

Kto z państwa jest za przyjęciem zmiany szóstej? Kto jest za? Ręka w górze. Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał od głosu?

13 posłów za, 1 przeciw, 1 wstrzymał się od głosu.

Szanowni państwo, teraz będziemy głosować cały art. 1 ze wszystkimi zmianami, nad którymi procedowaliśmy i które zostały przyjęte.

Kto z państwa jest za przyjęciem w całości art. 1? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

10 posłów za, nikt nie był przeciw i 2 osoby wstrzymały się od głosu.

Art. 2. Czy ktoś z państwa... Proszę bardzo, pan poseł Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, chciałbym zgłosić poprawkę, której nie dostarczyłem państwu w przeciwieństwie do innych moich poprawek, ale wydaje mi się to niepotrzebne, ponieważ moja poprawka polega na wykreśleniu w całości art. 2.

Krótkie uzasadnienie. Nie przekonały mnie wyjaśnienia pana ministra i pani prezes a przede wszystkim uzasadnienie dla wprowadzenia tego artykułu, gdzie – jak mówiłem na wstępie – Najwyższa Izba Kontroli zwraca na to uwagę, że jest zbyt niska ilość kontroli a nie odnosi się w ogóle do ich jakości, a państwo przywołują to jako podstawowy argument. Tak więc, zgłaszam poprawkę podpisaną przeze mnie, a polegającą na wykreśleniu art. 2 w całości.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Panie ministrze?

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Nawzajem się nie przekonaliśmy. Jesteśmy przeciwni tej poprawce.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy Biuro ma jakieś uwagi?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy zastrzeżeń.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Kto z państwa posłów jest za przyjęciem zgłoszonej poprawki, czyli wykreśleniem art. 2? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję.

Za 10 posłów, przeciw nie było nikogo, 5 osób wstrzymało się od głosu. Tak więc art. 2 został wykreślony.

Art. 3. Czy ktoś ma uwagi do art. 3? Jeżeli nie będzie uwag, zrozumieć, że artykuł zostaje przyjęty. Proszę bardzo.

Legislator Bogdan Cichy:

Z tego, na ile jesteśmy zorientowani (ale może źle, bo może są jakieś inne zmiany) mamy poprawki, które by polegały na tym, że... Państwo wykreślili art. 2, co oznacza, że są dwie poprawki zmieniające inne ustawy. Czyli, jeżeli te poprawki rzeczywiście chcą państwo zgłosić, to prosimy je zgłosić a dopiero wtedy proponujemy przejść do art. 3, bo w to miejsce muszą wejść ewentualnie te poprawki, które zmieniają dwie różne ustawy. Bardzo proszę zdecydować, czy aktualne są te informacje, które my mamy.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo za tę uwagę. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo za wyjaśnienie. Myślałem, że dopiero po art. 4 miałbym je zgłaszać. Jednak, w tym momencie nie ma żadnego problemu. Zresztą, zgłaszając te poprawki – wszyscy państwo otrzymali je ode mnie skserowane, Biuro Legislacyjne również – specjalnie nie zamieściłem numeru poprawki spodziewając się, że Biuro Legislacyjne dokona uporządkowania.

Może na początek zgłoszę poprawkę, która odnosi się do ustawy o działalności leczniczej. Chodzi o obowiązkowe ubezpieczenia szpitali, o których już mówiłem na wstępie. Obowiązek ubezpieczenia się szpitali od odpowiedzialności cywilnej rozpoczyna się 1 stycznia roku 2014. W mojej poprawce zakładałam wydłużenie okresu nieobowiązkowego okresu ubezpieczenia do 31 grudnia roku 2015... Nie, od 1 stycznia 2016 r. powstanie

obowiązek, czyli nie będzie obowiązku do 31 grudnia 2015 r. Dokładnie to chciałem powiedzieć.

Treść poprawki mają państwo przed sobą. Jeśli chodzi o uzasadnienie, to wydaje mi się ono zupełnie oczywiste. Ono jest takie samo jak rok temu a wynika wyłącznie z kosztów finansowych i tego, że jest jeden ubezpieczyciel – Powszechny Zakład Ubezpieczeń, który decyduje się tego typu ubezpieczenia zawierać... Ale tworzą się nowe podmioty. Prawdopodobnie będą to podmioty – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Być może dwa lata wystarczą na to, żeby one rozpoczęły działalność i powstanie wtedy rynek ubezpieczeń, co spowoduje znakomite obniżenie ceny takich ubezpieczeń. Stąd taka moja poprawka.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, proszę ustosunkować się do tej poprawki.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Odnosnie do merytorycznej treści poprawki, rząd nie zgłasza uwag. Mamy podobne rozwiązania w naszych projektach ustaw, które procedujemy. Jeżeli będzie to szybciej, nic złego się nie stanie. Jesteśmy za.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Biuro Legislacyjne, proszę.

Legislator Bogdan Cichy:

Oczywiście, do samych rozwiązań od strony legislacji uwag nie zgłaszamy. Natomiast, jeszcze raz mówimy o tym, że ta poprawka w sposób zdecydowany wykracza poza zakres projektu.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos w tej sprawie? Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Oczywiście, konsekwencją przyjęcia tej poprawki, na co liczę, będzie też zmiana tytułu, o czym na początku rozmawialiśmy, ale Biuro Legislacyjne otrzyma na to delegację.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. W takim razie, przystępujemy do głosowania nad tą poprawką.

Kto z państwa posłów jest za przyjęciem poprawki? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

12 posłów głosowało za, 1 osoba wstrzymała się od głosu. Poprawka została przyjęta.

Proszę bardzo, panie pośle, następna poprawka.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

W związku z powyższym, zgłaszam następną poprawkę.

Ta poprawka będzie dotyczyć nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. To jest dalszy ciąg mojej wypowiedzi z początku posiedzenia Komisji, kiedy zwróciłem uwagę na to, że od 1 stycznia następnego roku może być olbrzymi problem z dostępem do niektórych leków stosowanych w chemioterapii niestandardowej. Jeśli nie przedłużymy możliwości funkcjonowania tego w obecnym kształcie przynajmniej o rok, to może się okazać, że niektóre leki dla niektórych chorych, w przypadku bardzo poważnych schorzeń onkologicznych, będą niedostępne. Dlatego zgłaszam poprawkę, którą państwo też mają przed sobą.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Panie ministrze, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Ta poprawka na pewno w sposób znaczący poprawi poczucie bezpieczeństwa pacjentów onkologicznych. Jesteśmy za.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Biuro Legislacyjne?

Legislator Bogdan Cichy:

Poprawka od strony legislacyjnej jest prawidłowa, natomiast, z punktu widzenia procedury, wykracza dalece poza zakres projektu.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Kto z państwa, w takim razie, jest za przyjęciem zgłoszonej poprawki? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

Za głosowało 13 posłów, nie było żadnej osoby przeciw i 2 osoby wstrzymały się od głosu. Poprawka została przyjęta.

Art. 3. Kto z państwa ma uwagi do art. 3? Panie mecenasie, jakieś uwagi?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy uwag.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Jeżeli nie będzie sprzeciwu, zrozumieć, że art. 3 zostanie przyjęty. Sprzeciwu nie słyszę. Art. 3 został przyjęty.

Art. 4. Czy ktoś ma uwagi do art. 4? Biuro?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy uwag.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Jeżeli nie będzie sprzeciwu, art. 4 uznaję za przyjęty. Sprzeciwu nie słyszę.

Art. 5. Czy są uwagi do art. 5? Biuro?

Legislator Bogdan Cichy:

Nie zgłaszamy uwag.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Jeżeli nie będzie sprzeciwu, art. 5 zostanie przyjęty. Sprzeciwu nie słyszę.

Głosujemy w takim razie nad całością ustawy. Panie mecenasie, zanim przegłosujemy całość, chcę jeszcze raz podkreślić, że tytuł zostanie przez państwa odpowiednio dopasowany do tych zgłoszonych poprawek. Bardzo proszę, panie mecenasie.

Legislator Bogdan Cichy:

Jeżeli wolno, jakby państwo tradycyjnie mogli upoważnić Biuro, w porozumieniu z rządem, do ustalenia ostatecznego kształtu projektu z punktu widzenia legislacji... I tytuł będzie brzmieć „zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw”.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Przystępujemy w takim razie do głosowania nad całością tego projektu.

Kto z państwa posłów jest za przyjęciem projektu? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

13 osób głosowało za, 1 osoba wstrzymała się od głosu, a przeciw... To 2 osoby się wstrzymały. Głosów przeciwnych nie było.

Pozostaje nam wybór sprawozdawcy. Proponuję, aby sprawozdawcą tego projektu był pan poseł Jarosław Katulski. Czy pan poseł się zgadza?

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Zgadzam się.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy są głosy przeciw? Dziękuję.

Termin dla MSZ-u na przedstawienie opinii o zgodności z prawem Unii Europejskiej – dzisiaj, do godziny 18.00.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.