

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 129)

z dnia 7 maja 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 129)

7 maja 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Tomasza Latosa (PiS)** przewodniczącego Komisji, i **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2293).

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Teter** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnuś** doradca w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Urszula Mierzejewska-Kosowska** specjalista w Zespole Prawnym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Dobrawa Bładun** ekspert Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Bożena Janicka** wiceprezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Barbara Jurkiewicz** wiceprezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Anna Lipnicka** sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych wraz ze współpracownikami, **Marek Malinowski** ekspert do spraw farmaceutycznych Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNET, **Beata Wójtowicz** ekspert Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięła lobbyistka **Emilia Piotrowska** – Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Aleksandra Wolna-Bek** – legislator z Biura Legislacyjnego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam bardzo serdecznie członków Komisji – panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami i wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad obejmuje jeden punkt: pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Czy są uwagi do porządku obrad? Nie słyszę uwag. W takim razie rozpoczynamy procedowanie.

Oddaję głos panu ministrowi. Dodam od razu, że na posiedzeniu prezydium Komisji ustaliliśmy, że ten projekt skierujemy do podkomisji nadzwyczajnej utworzonej do rozpatrzenia tego projektu. Tyle informacji na początek. Proszę bardzo, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam zaszczyt przedstawić projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który zawarty jest w druku nr 2293. Projekt ma na celu wdrożenie do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, zwanej potocznie dyrektywą transgraniczną. Zgodnie z art. 21 tej dyrektywy, państwa członkowskie były zobowiązane do wprowadzenia w życie wszelkich aktów prawnych niezbędnych do jej wdrożenia najpóźniej do dnia 25 października ubiegłego roku. Ponieważ jednak, z uwagi na skomplikowaną materię

projektowanej ustawy, wymagała ona odpowiednio długich uzgodnień, Rada Ministrów skierowała projekt ustawy do Sejmu dopiero w dniu 1 kwietnia tego roku.

Głównym założeniem dyrektywy transgranicznej jest zapewnienie realizacji zasady swobody przepływu usług na terytorium Unii Europejskiej w sferze opieki zdrowotnej. Zgodnie z dorobkiem orzecznictwa ETS-u, jest to stworzenie przejrzystych ram prawnych w zakresie korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich UE, z możliwością uzyskania przez każdego pacjenta zwrotu kosztów takich świadczeń z publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, któremu dana osoba podlega. Przepisy wdrażające dyrektywę do polskiego porządku prawnego znajdują się przede wszystkim w znowelizowanej ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto niezbędne jest wprowadzenie odpowiednich przepisów wdrażających w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w związku z tym, iż dyrektywa transgraniczna zawiera również postanowienia dotyczące uprawnień pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej w relacjach ze świadczeniodawcami.

Po wejściu w życie proponowanej ustawy świadczeniobiorcy, którzy korzystają z odpłatnych usług zdrowotnych w innym państwie Unii Europejskiej, uzyskają prawo do otrzymywania zwrotu kosztów takich świadczeń od Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie przedstawionego rachunku, wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Zwrot kosztów następować będzie według stawek krajowych obowiązujących przy rozliczeniach ze świadczeniodawcami w ramach umów zawartych przez Fundusz. Prawo do uzyskania zwrotu kosztów obejmować będzie także koszty leków, wyrobów medycznych zakupionych w innym państwie Unii Europejskiej na podstawie polskiej recepty wystawionej przez osobę uprawnioną albo recepty wystawionej przez lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim, a także leków czy wyrobów medycznych zakupionych w polskich aptekach na podstawie recept wystawionych przez lekarzy z innych państw Unii. Wnioski o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej kierowane będą do właściwych miejscowo oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie zwrotu kosztów przysługiwać będzie odwołanie do prezesa Funduszu.

W odniesieniu do świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, wymagających zastosowania wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub stwarzających szczególne ryzyko dla pacjenta, zwrot kosztów będzie uzależniony od uzyskania przedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na skorzystanie z danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie Unii Europejskiej, o ile będzie ono figurować w wykazie świadczeń wymagających takiej zgody. Zgody tej będzie można odmówić w szczególności w przypadku, gdy dane świadczenie nie będzie znajdować się w koszyku świadczeń gwarantowanych lub będzie mogło być udzielone w Polsce, w terminie nieprzekraczającym dopuszczalnego czasu oczekiwania. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie przedniej zgody także przysługiwać będzie odwołanie do prezesa Funduszu.

W centrali Narodowego Funduszu Zdrowia utworzony zostanie krajowy punkt kontaktowy do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, którego rolą będzie udzielanie pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej informacji na temat polskich podmiotów leczniczych i obowiązujących w Polsce regulacji w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz praw pacjenta. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wprowadzone zostaną przepisy zobowiązujące podmioty wykonujące tę działalność do właściwego udostępniania pacjentom informacji dotyczących takich kwestii, jak zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych czy wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, do informowania pacjentów na indywidualną prośbę o stosowanych metodach diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwie tych metod, o zawartych umowach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a także do wystawiania czytelnych rachunków wyszczególniających zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

Koszty wdrożenia dyrektywy transgranicznej zostały oszacowane na poziomie 367 mln zł za pierwszy pełny rok obowiązywania ustawy. W projekcie ustawy, zgodnie

z wymaganiami określonymi w przepisach mówiących o finansach publicznych, określono również maksymalne, nieprzekraczalne limity na realizację wniosków o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na kolejne lata, czyli do 2023 r., które – co do zasady – odpowiadać będą łącznej wysokości rezerwy utworzonej na pokrycie wydatków związanych ze zwrotem kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej oraz rezerwy ogólnej Funduszu. Po osiągnięciu limitu wydatków na dany rok, wypłata kwot należnych, w związku z pozytywnym rozpatrzeniem wniosków o zwrot kosztów, zostanie zawieszona do końca danego roku.

Wysoka Komisjo, szanowni państwo posłowie, do projektu ustawy Biuro Analiz Sejmowych przedstawiło dwie opinie autorstwa pana dr. hab. Leszka Boska i pana Grzegorza Ciury. Pragnę zwrócić uwagę na to, że dyrektywa transgraniczna w art. 1 ust. 2 i w art. 4 ust. 3 dozwala na chronienie przez państwo członkowskie Unii Europejskiej swojego systemu opieki zdrowotnej poprzez respektowanie organizacji i sposobu finansowania przyjętego w danym państwie członkowskim oraz wprowadzenie różnego rodzaju instrumentów pozwalających na kontrolowanie kosztów opieki transgranicznej, w związku z czym nie można zgodzić się z uwagami zawartymi w opiniach BAS, jakoby projekt ustawy nie dokonywał ścisłej transpozycji dyrektywy oraz wprowadzał ograniczenia, które tylko w większości są zgodne z przepisami dyrektywy transgranicznej. Państwa członkowskie Unii Europejskiej swobodnie korzystają z tych uprawnień, a następujące państwa wymagają, albo będą wymagać, po wdrożeniu dyrektywy transgranicznej w swoim prawodawstwie krajowym, uprzedniej zgody. Te państwa to między innymi Belgia, Czechy, Hiszpania, Łotwa, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Węgry czy Wielka Brytania. W jednej z opinii postawiono również zarzut braku ścisłej transpozycji dyrektywy transgranicznej, natomiast gdy art. 42e projektu ustawy posługuje się określeniami wprost z dyrektywy (ust. 12, 40, 43 preambuły i art. 44 ust. 3 dyrektywy) lub określeniami, których już obecnie używa zmieniona ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które służą jej wykonaniu, to w tej opinii podnosi się zarzut posługiwania się w projekcie ustawy zwrotami niedookreślonymi. Nie można się zgodzić także z tym, że art. 42c ust. 1 pkt 1 i 2 i art. 42 ust. 2 – to jest teza nr 5 na pierwszej stronie opinii autorstwa pana dr. hab. Leszka Boska – nie określa czytelnego dla pacjenta mechanizmu ustalania kwot refundacji. Mechanizm ten jest oparty na systemie rozliczeń, jaki Narodowy Fundusz Zdrowia stosuje w stosunku do świadczeniodawców, w związku z czym zagwarantowana jest również jawność stosowanych stawek refundacji publikowanych przez Fundusz na jego stronach internetowych w informatorze o zawartych umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto zawarty w projekcie przepis w art. 97 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantuje świadczeniobiorcom możliwość uzyskania od Funduszu indywidualnej informacji na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów w przypadku skorzystania z określonego rodzaju transgranicznej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do kwestii relacji art. 5 ustawy do dodawanego do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 42h, należy wskazać, iż art. 42h zawiera docelowy mechanizm ostrożnościowy polegający na zawieszeniu zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej do końca danego roku kalendarzowego w przypadku osiągnięcia limitu określonego ogólnie w tym przepisie. Natomiast w art. 5 zawarto przepisy przejściowe, w których wskazano konkretne kwoty limitów na kolejne lata do roku 2023, po osiągnięciu których następować będzie zawieszenie wypłat.

Warto również zwrócić uwagę na to, że mechanizm ostrożnościowy, przyjęty w projektowanej ustawie, jest w istocie bardziej łagodny dla świadczeniobiorców niż środki dopuszczalne na gruncie art. 7 ust. 9 dyrektywy transgranicznej. Przewiduje bowiem tylko czasowe zawieszenie uprawnień z niej wynikających do końca danego roku kalendarzowego, a nie zaś permanentne ograniczanie tych uprawnień. Nie można także zgodzić się z tym, iż przepisy dotyczące sztywnego limitu wydatków są kontrowersyjne, gdyż czynią one zadość art. 50 ust. 1a ustawy o finansach publicznych. Wymóg ich zamieszczenia w każdym projekcie ustawy przyjmowanym przez Radę Ministrów wynika z obowiązku ustawowego. Ustawa ta została przyjęta przez Radę Ministrów i skierowana

do Wysokiego Sejmu z opinią Ministra Spraw Zagranicznych z dnia 14 marca 2014 r., w której minister uznaje, że projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Szanowni państwo, panie posłanki i panowie posłowie, przekazuję ten projekt, prosząc o szybką pracę nad nim, ponieważ jesteśmy już opóźnieni, zdając sobie także sprawę z tego, że jest to projekt, który budzi emocje i kontrowersje, i że mimo tego opóźnienia warto nad nim pracować w sposób merytoryczny i spokojnie, wiedząc oczywiście, że Polska ma już opóźnienie, więc im szybciej go uchwalimy, tym lepiej. Jednak – tak jak już powiedziałem – ważna jest praca merytoryczna, bo ona jest tu kluczowa. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie panu ministrowi. Otwieram dyskusję. Kto z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Wysoka Komisjo, państwo przewodniczący, panie ministrze, ja dosłownie kilka zdań, które – jak myślę – będą musiały zamienić się w bardzo długą i poważną dyskusję. Wyjde od dwóch kwestii ogólnych, dlatego że analiza przepisów, jak i Biura Analiz Sejmowych, pokazuje podstawową kwestię – zabrakło polskiego rządu w czasie pracy nad dyrektywą. Wtedy trzeba było dyskutować. Wtedy trzeba było to analizować, a nie bezkrytycznie, z pozytywną opinią, przechodzić nad tym do porządku dziennego, że w kolejnym miejscu polskich przepisów dąży się do bezwzględnego ujednoczenia. To, po pierwsze.

Po drugie, zabrakło w wystąpieniu pana ministra informacji na temat analizy finansowej. Można ją z grubsza zrobić, dlatego że mówią państwo o przepisie, o limicie środków, w związku z czym mają już państwo z tyłu głowy pewną wiedzę o tym, jakimi środkami ewentualnie będą dysponować. Ten zapis jest też podstawowym zarzutem do implementacji, bo oto możemy sobie wyobrazić, że mamy bardzo małe limit i spowodujemy, że 10 osób skorzysta na tej implementacji dyrektywy.

Teraz to, na co wskazuje BAS, i co też wynika z naszej ogólnej dyskusji dotyczącej systemu. To fakt, że transpozycja dyrektywy powinna być też pretekstem do uregulowań prawnych w naszym systemie opieki zdrowotnej. Jeżeli nie posprzątamy u siebie, to wprowadzimy chaos i ograniczenia, a także będą zastrzeżenia Komisji Europejskiej odnośnie do tej implementacji, bo takowe się znajdują. Widać to, między innymi, w wyrokach Trybunału, który już wskazuje, że pewnych ograniczeń, które wprowadza ta ustawa, być nie powinno. Chciałabym więc, żeby to było pretekstem do naszej dyskusji. Proszę zauważyć, że przewidywana implementacja wprowadza również nowy rodzaj świadczeń gwarantowanych, wynikających właśnie z transpozycji, a jednocześnie wyklucza inne. Na przykład, dziwne jest – i raczej pozatraktatowe – że wyraźnie wyklucza się prawo do refundacji kosztów świadczeń w dziedzinie opieki długoterminowej, kiedy w Polsce, jeśli chodzi o opiekę długoterminową, kompletnie „leżymy”.

To jest kilka pierwszych uwag w pierwszym czytaniu. Jednak ta ustawa będzie budzić bardzo dużo kontrowersji, jeżeli nie zostanie oprzyrządowana uporządkowaniem systemu, konkretnymi wyliczeniami i zdecydowaniem się na to, jak dyrektywę implementujemy – czy szczegółowo, bo wtedy ta ustawa nie ma nic wspólnego, czy z grubsza. Polski rząd, w zależności od tego, czy mu pasuje, czy nie, mówi, że wystarczy implementować wyłącznie założenia, nie można za bardzo ingerować w prawo krajowe, a wtedy, kiedy jest to wygodne, stwierdza, że tak mówi Unia, tak mówi dyrektywa i nie można od tego odstąpić – vide wszystkie przepisy środowiskowe, związane z pakietem klimatyczno-energetycznym. Jak powiedziałam, to jest pierwsza uwaga. Myślę, że powinniśmy spędzić wiele czasu nad bardzo szczegółowymi rozwiązaniami, wieloma analizami finansowymi, ale także analizami konstytucyjnymi i równościowymi, czy nie wykluczymy rzeszy obywateli z tego, co wydawałoby się oczywiste w tej dyrektywie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, panie ministrze, zdaję sobie sprawę z tego, że jest wiele kontrowersji i spraw, ponieważ jednak będzie powołana podkomisja, to myślę, że tam będziemy rozstrzygać kontrowersyjne sprawy. Chciałbym natomiast zadać dwa krótkie pytania wstępne, aczkolwiek zacznę od tego, panie ministrze, że jest prawie pół roku spóźnienia. To jest bardzo duże spóźnienie, więc pana apel o to, abyśmy sprawnie i szybko procedowali jest zasadny, ale dość dziwny z uwagi na to, że wina leży po stronie rządu. To chciałbym podkreślić. Teraz dwa szybkie pytania.

Panie ministrze, jakie są wzajemne relacje pomiędzy tymi dwoma systemami – bo jest unijny system koordynacji, jest dyrektywa transgraniczna, bowiem polski pacjent albo pacjent Unii Europejskiej może skorzystać z tego systemu, i z tego. Czy one wzajemnie będą się uzupełniać, czy wykluczać? Aczkolwiek są stosowne przepisy, to nadal są one niezrozumiałe. To pierwszy problem.

Drugi problem jest natury zasadniczej, panie ministrze. Mam poważne wątpliwości, bo zdaję sobie sprawę z tego, że jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. To jakby rozumiem, ale teraz wchodzimy w materię bardzo istotną dla pacjenta. Kto ma decydować o tym, czy pacjent będzie mógł poddać się skomplikowanej terapii w jednym z państw Unii Europejskiej? Czy ma decydować dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ, czy lekarz, wysokiej klasy specjalista? Jeśli tak jest – a będzie tak – to oddajemy czasami zdrowie i życie pacjenta w ręce urzędnika, a więc tworzymy superdyscyplinę, medycynę urzędniczą, a nie medycynę specjalistyczną, która jest ukierunkowana na najlepszą, nowoczesną wiedzę medyczną. Na przykład, radioterapia stereotaktyczna. Podejrzewam, że chociaż „cybernóż” czy nóż gamma w Polsce praktycznie nie raczkują, to ponieważ NFZ nie chce tych procedur zagwarantować, niektórzy pacjenci będą mogli albo powinni skorzystać z takiej nowoczesnej terapii w jednym z krajów Unii Europejskiej. I o tym będzie decydować dyrektor oddziału wojewódzkiego. To – tak uważam – jest pogwałcenie wolności i praw obywatelskich. A po drugie, jest to nieetyczne, bo jeśli lekarz, wysokiej klasy specjalista, profesor czy docent, zakwalifikuje pacjenta do takiego leczenia, a dyrektor nie wyda na to zgody, to kto jest ważniejszy? Co jest ważniejsze? Tym bardziej że w odpowiednim przepisie jest mowa o tym, że jeśli dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wyda taką zgodę, to nie trzeba nawet pewnych rzeczy dokumentować. Tak jest napisane. A dokładnie jest napisane, że jeśli dyrektor wyda zgodę, to wiele dokumentów nie będzie w ogóle wymaganych, a więc daje się olbrzymią władzę urzędnikowi. Mam poważne wątpliwości natury merytorycznej i natury etycznej. Mamy Kodeks Etyki Lekarskiej, mamy też pewne priorytety i pryncypia, nie możemy więc pozwolić, żeby doszło do powstania takiej medycyny urzędniczej.

I jeszcze jedno pytanie. Oczywiście mam dużo pytań, ale zdaję sobie sprawę z tego, że będziemy jeszcze dyskutować na posiedzeniach podkomisji. Lecznictwo uzdrowiskowe – świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Art. 42b ust. 5. Jak mamy to rozumieć? Czy będzie można kierować na leczenie uzdrowiskowe do innych krajów? Będziecie to refundować?

I już ostatnie pytanie. Chodzi o program lekowy. Jeśli pacjent zostaje zakwalifikowany do bardzo drogiego programu lekowego przez wysokiej klasy specjalistę, to czy urzędnik ma prawo odmówić czegoś takiego?

Jak powiedziałem, zadałem kilka pytań, ale były to pytania bardzo istotne.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Panie ministrze, proszę bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Odniosę się do tych dwóch głosów. Odnosnie do głosu pani poseł Zalewskiej, nie mogę zgodzić się z argumentem, że zabrakło polskiego rządu przy negocjacji dyrektywy, bo polski rząd w tych negocjacjach brał udział. Nigdy nie był entuzjastą tej dyrektywy i do końca starał się nie tyle blokować, ile tak prowadzić negocjacje, żeby dyrektywa

weszła jak najpóźniej. Myślę, że ona jest objawem „chciejstwa”, które w Unii Europejskiej zadziało, żeby bardzo różne systemy ochrony zdrowia, które w większości krajów UE są nieporównywalne, połączyć na wspólnej platformie i pokazać, że można mieć wspólną politykę zdrowotną, tak jak ma się, na przykład, wspólną politykę rolną. Tylko że w przypadku wspólnej polityki rolnej mamy dopłaty z budżetu unijnego, a tu każdy płaci z własnego budżetu w absolutnie nieporównywalnych systemach – ani ubezpieczeniowych, ani zdrowotnych.

Odnosnie do analizy finansowej i zarzutu jej braku, to na 28 stronie uzasadnienia, w „Ocenie skutków regulacji”, są wszystkie dane finansowe, o jakie można pytać, łącznie z wynagrodzeniami, kosztami wynagrodzeń i kosztami administracyjnymi oraz skutkami finansowymi dla budżetu. Ta analiza finansowa zaczyna się od strony 28. Jest przygotowana w „Ocenie skutków regulacji”. Wystarczy się z nią zapoznać i wiele uwag czy wątpliwości będzie rozwiązanych.

Nie zgodzę się, że dyrektywa transgraniczna ma być asumptem do zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce, bo dla tych rozwiązań jest zupełnie inne zadanie. One mają dać możliwość korzystania z systemów ochrony zdrowia z innych krajów. Nie ma to nic wspólnego ze zmianami w krajowych systemach. To jest jakby niezależne jedno od drugiego, więc trudno mówić o tym, żeby na podstawie czy przy okazji pracy nad dyrektywą transgraniczną, reformować systemy zdrowotne w poszczególnych krajach. Nikt tego nie robi.

Jak implementujemy tę dyrektywę? To było pytanie pani poseł Zalewskiej. Odpowiem, że staramy się wykorzystać wszystkie możliwości zawarte w tej dyrektywie, które dadzą maksymalną ochronę finansów Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ w naszej ocenie brak takich zabezpieczeń spowodowałby duże zagrożenie dla finansów NFZ i wielki wypływ środków za granicę. Zamiast finansować polskie szpitale i polskie przychodnie finansowalibyśmy pewnie w dużej mierze szpitale i przychodnie czeskie, słowackie, niemieckie czy litewskie. Staramy się więc wykorzystać wszystkie możliwości zawarte w dyrektywie, żeby chronić naszego płatnika, ponieważ Polska jest krajem, który środki na ochronę zdrowia ma dość mocno ograniczone. Jeden z elementów tych problemów, jakie mamy w ochronie zdrowia, czyli kolejki, który to problem staramy się rozwiązać czy go ograniczyć także w innych aktach prawnych, wynika z niedoboru środków. W Polsce to nie jest problem niedoboru sprzętu czy świadczeniodawców, że mogliby wykonać więcej zabiegów, operacji czy hospitalizacji. To jest problem środków. Wypływ tych środków za granicę nie zmieni tej sytuacji, po prostu ograniczy te środki w Polsce, i – mówiąc językiem socjologiczno-politycznym – nie będzie też do końca sprawiedliwe, bo ci, którzy skorzystają z dyrektywy transgranicznej, to pacjenci, którzy są w lepszej sytuacji finansowej, bo muszą wyjechać, zapłacić za pobyt, zapłacić za dany zabieg i czekać około 180 dni na zwrot. Osoby, które takich środków nie mają, zostaną tego pozbawione i gdyby większość środków została wydatkowana poza krajem, to mielibyśmy jeszcze większy problem w kraju. Staramy się więc konstruować te przepisy zgodnie z dyrektywą, ale wykorzystując wszystkie jej możliwości do tego, żeby ochronić finanse NFZ.

Odnosnie do słów pana przewodniczącego Hoca w sprawie spóźnienia, to długo pracowaliśmy nad tą ustawą właśnie po to, aby znaleźć takie rozwiązania, które będą zgodne z przepisami europejskimi, ale także dadzą tę gwarancję, że nie zachwieje się polski system ochrony zdrowia. Nie jesteśmy jedynym krajem w Europie, który nie wdrożył jeszcze dyrektywy, i nie jesteśmy jedynym krajem, który do tej dyrektywy podchodzi w sposób mało entuzjastyczny, ponieważ te wszystkie kraje, które mają trochę mniej środków w ochronie zdrowia, ich systemy nie są bogate, upatrują w tej dyrektywie raczej zagrożenie, a nie korzyści. Przy tych debatach o dyrektywie, o tym, jakie korzyści mogą być związane z transpozycją dyrektywy, wielokrotnie padały głosy, że dzięki dyrektywie transgranicznej, na przykład, polskie szpitale czy przychodnie zyskają pacjentów z zagranicy. I w tych pierwszych miesiącach działania – bo przecież dyrektywa transgraniczna działa, na przykład w Niemczech – nie zaobserwowaliśmy na ścianie zachodniej w Polsce czy w innych szpitalach napływu pacjentów z tamtych terenów i zwiększonych środków, które wpłynęłyby do tych placówek. Dyrektywa transgraniczna dzisiaj jest przepisem, w przypadku którego wprowadzenie tych mechanizmów i regulacji będzie

można ocenić, tak naprawdę, dopiero za kilka lat, kiedy będziemy mieć sprawozdania z większości krajów i z migracji grup pacjentów między poszczególnymi krajami.

Jednak już dzisiaj możemy powiedzieć, że huraoptymistyczne głosy, które mówiły o tym, że nasze placówki mogą na tym skorzystać, były chyba mocno przesadzone. A jeśli chodzi o te huraoptymistyczne głosy mówiące o tym, że pacjenci mają prawo jechać do Niemiec i się leczyć, bo tam NFZ zapłaci a w Polsce nie zapłaci, bo w Polsce tych pieniędzy nie ma, to w Niemczech te pieniądze też się nie znajdują, bo cały czas obracamy się w ramach jednego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Dlatego z dużym spokojem pracowaliśmy nad tym projektem i prosimy o taką spokojną i merytoryczną pracę w Komisji, wiedząc o tym, że czas, jaki mieliśmy na transpozycję tych przepisów, już minął. Warto jednak z dużym namysłem podchodzić do tych przepisów, bo one naprawdę nie muszą dawać wielkich korzyści naszym obywatelom.

Odnosnie do systemu koordynacji – z jednej strony, a z drugiej strony – systemu wprowadzanego przez dyrektywę transgraniczną, one są rozbieżne. One się uzupełniają, a nie łączą. Koordynacja polega na tym, że w stanach nagłych płacimy za zabiegi czy inne świadczenia, na przykład hospitalizacje, w związku z tym, że nasi obywatele gdzieś chorują czy mają wypadki. To są stany nagłe. W przypadku transgranicznej opieki zdrowotnej mamy raczej zabiegi planowane. Tu się nic nie nakłada. One są rozdzielne i takie pozostaną. Dyrektywa transgraniczna nie wypiera koordynacji. Ona pozostaje.

Pan przewodniczący odnosił się także do rozporządzenia, do uprzednich zgód. Te uprzednie zgody to jest jeden z elementów ochrony budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia i nie zgodziłbym się z tezą, że zostawienie ostatecznej decyzji w rękach dyrektora NFZ jest czymś nieetycznym, niemoralnym czy niedobrym z punktu widzenia kompetencji czy pacjenta. Pacjent, składając taki wniosek, będzie mieć również opinię konsultantów w danej dziedzinie medycyny, będzie mieć opinie specjalistów. Służby oddziału NFZ będą taki wniosek analizować, a na koniec decyzję podejmuje dyrektor. Przypomnę, że także dzisiaj decyzję w przypadku polskich szpitali czy polskich przychodni podejmuje dyrektor, bo to są decyzje finansowe mówiące o kontrakcie. Także dzisiaj dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ podejmuje decyzję o skierowaniu kogoś na leczenie za granicą, kiedy nie może być realizowane w Polsce. Takie decyzje podejmuje dzisiaj dyrektor. Nie ma żadnych praw, które zabieramy pacjentom, ponieważ od tej decyzji, po pierwsze, mogą odwołać się do prezesa, a potem normalną ścieżką do sądu, jeżeli nie zgadzają się z tymi decyzjami. Zatem, to nie tak. Ktoś tę decyzję musi podjąć i musi być też kontrola wydatków, bo to jest istota działania finansów publicznych. Na koniec to i tak NFZ będzie płacić, czyli dyrektor oddziału.

Jeśli chodzi o lecnictwo uzdrowiskowe, to wpisujemy tę część szpitalną. Oczywiście będziemy refundować. Problem jest taki, że dyrektywa transgraniczna wprowadza obowiązek refundowania wszystkiego, co jest w koszyku świadczeń gwarantowanych w danym kraju. Czyli, jeżeli mamy w koszyku sanatoria w Polsce, to jeśli ktoś będzie chciał skorzystać z sanatorium na Litwie, będzie mógł z tego skorzystać – jeżeli będzie to szpital, to za uprzednią zgodą, a jeżeli ambulatorium, to nie – i przyjedzie po środki. Równie dobrze może jechać do Hiszpanii, jeżeli uzna, że to jest dla niego dobre miejsce, bo dyrektywa transgraniczna nie pozwala na wyrzucanie z koszyka jakichś świadczeń tylko na potrzeby dyrektywy. One muszą być tożsame z tymi z koszyka świadczeń, jakie gwarantujemy tutaj. Nie mamy w planach wyrzucania z koszyka sanatorium. To, pani przewodnicząca, część odpowiedzi na pytania czy uwagi, które padły.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, w takim razie jeszcze spytam, odnosząc się do tej krytyki opóźnienia. Pan minister mówi, że podchodzicie do dyrektywy transgranicznej bez entuzjazmu, jak i inne kraje. Mówiąc o opóźnieniu, mam na myśli to, że mam do was pretensje o to, że mieliście czas. Pan powiedział, że myśleliśmy, że polskie szpitale przygraniczne mogą skorzystać z tej dyrektywy transgranicznej, ale nie skorzystały. One nie mogły skorzystać, bo nie było aktów wykonawczych. Nie mogły, bo nikt się nie odważył, żeby potem iść

do sądu i sądzić się. To, po pierwsze. A po drugie, co zrobiliście? Jaki ruch wykonaliście, poza tym, że czekaliście i spokojnie pracowaliście – żeby zmotywować szpitale albo żeby zareklamować w Niemczech, na Słowacji czy gdzieś indziej, żeby korzystali z polskich szpitali, z polskiej służby zdrowia, która pod względem wyposażenia i umiejętności jest na bardzo wysokim poziomie? Nie zrobiliście żadnego ruchu, nie podjęliście żadnych działań nie tylko promujących, ale zachęcających do tego. Na przykład, tworząc krajowy punkt kontaktowy do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej przewidujecie szkolenia, opinie, informacje, przewidujecie zaangażowanie 70 osób, przeznaczacie na to wielki fundusz, zamiast do tych szpitali przydzielić dobrego marketingowca, dobrego tłumacza, który by tłumaczył procedury itd. To byłaby ewidentna korzyść i racjonalne postępowanie, a nie tworzenie jakiegoś punktu krajowego, informacji... Jakie to informacje? Informacje będą wtedy wykorzystywane, kiedy będą racjonalne, kiedy będą przynosić zysk, korzyść. A to, że będziemy powtarzać te informacje i przepisy ustawy, nikogo nie będzie satysfakcjonować.

Czyli, powiem krótko, jeśli mówiłem o opóźnieniu, to miałem na myśli to, że zaprzepaściliście ten czas. Trzeba było spokojnie stworzyć takie mechanizmy i podjąć takie działania, które by z jednej strony były zachętą, a z drugiej strony wzmocniły szpitale przygraniczne. To pierwsza sprawa.

I druga sprawa. Panie ministrze, nieprawda, że Polacy nie będą korzystać ze świadczeń na Słowacji itd., bo tam zabieg usunięcia zaćmy jest o wiele tańszy, a kolejki są 3–4-tygodniowe. Będą więc wykorzystywać. Ludzie nie chcieli jeździć, bo bali się, ponieważ nie było aktów wykonawczych. Trzeba antycypować i wiedzieć, że zaraz rozwinie się ta turystyka medyczna, mówiąc w sensie pozytywnym.

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z zaproszonych gości chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń, a więc uznaję, że na tym...

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Czy mogę się odnieść?

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Proszę bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Do tego warto się odnieść, ponieważ – jak rozumiem – głos pana przewodniczącego wynika chyba z niezrozumienia dyrektywy transgranicznej. Mówię to bez złośliwości. Tak, jak mówiłem o szpitalach – wprowadzenie do polskiego porządku prawnego dyrektywy transgranicznej nie ma żadnego wpływu na przyjmowanie pacjentów z innych krajów. Liczy się to, czy w danym kraju, z którego jest pacjent, dyrektywa została przyjęta. Wtedy będzie refundacja. Czyli, jeżeli w Niemczech dyrektywa jest przyjęta w porządku prawnym, to pacjent z Niemiec może jechać do Polski i będzie mieć zwrot kosztów. Nasza transpozycja nie ma nic do rzeczy. Nasza transpozycja dotyczy tylko Polaków, którzy wyjeżdżają za granicę. Przyjmowanie pacjentów z zagranicy w naszych szpitalach czy przychodniach nie ma nic wspólnego z naszą transpozycją. To dotyczy transpozycji w kraju...

Posel Czesław Hoc (PiS):

Absolutnie nie, dlatego że w Szczecinie powstają prywatne kliniki, które biorą to ryzyko, natomiast szpital państwowy nie weźmie tego ryzyka właśnie z uwagi na...

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, w takim razie to jest błąd dyrektorów szpitali, bo nie rozumieją zasady. Zwraca się pieniądze. Przecież oni biorą gotówkę. Nikt nie ma przelewów. W Polsce płaci się na bieżąco za zabieg – czy to będzie w euro czy w złotych – i pacjent wracając do swego kraju dostaje zwrot. Polska dyrektywa nie ma nic do rzeczy. To, że prywatni właściciele klinik to zrozumieli i być może otworzyli w Szczecinie swoje punkty, a publiczne szpitale się boją, wynika albo z niedoinformowania, albo z niewiedzy dyrektorów tych szpitali, bo nasza dyrektywa nie ma tu nic do rzeczy.

Odnosnie do punktu kontaktowego, jest to wymóg dyrektywy. Musimy mieć punkt kontaktowy. W każdym z regionów będą pracować 2 osoby. Mają one udzielać informacji pacjentom pytającym o informacje dotyczące naszych jednostek, ich lokalizacji i nie tyle cenników, ile zakresów świadczeń, które będą oferować. To jest wymóg dyrektywy. Staraliśmy się to robić po minimalnych kosztach, ale 2 osoby w regionie muszą być.

W nawiązaniu do trzeciej tezy, o promocji naszych szpitali za granicą, powiem, że minister zdrowia nie jest kompetentny do prowadzenia promocji szpitali, w większości nie swoich, a marszałkowskich, powiatowych czy prywatnych. Oczywiście jest taka potrzeba – moim zdaniem – i sporo dobrych placówek, szczególnie na ścianie zachodniej, mogłoby skorzystać z tego, że w Niemczech już jest dyrektywa i pacjenci mogą przyjechać. Część próbowała i próbuje taką akcję prowadzić – także w Internecie, bo widzimy po stronach internetowych, że mają strony w kilku językach. I to jest pierwszy krok do tego, żeby dać dobrą informację pacjentom z zagranicy. Pamiętajmy jednak, że oprócz tego, że mamy dobry sprzęt i dobrych lekarzy, to musimy też mieć dobry kontakt z tym pacjentem, czyli personel, który zna język kraju, z którego ten pacjent pochodzi, i łatwość w komunikowaniu się. Jest więc kilka ograniczeń, które te szpitale mają, ale – powtarzam – dzisiaj one mogą przyjmować pacjentów z innych krajów, mogą te usługi świadczyć niezależnie od tego, czy u nas jest dyrektywa, czy nie. Dyrektywa dotyczy naszych pacjentów, Polaków, którzy wyjeżdżają za granicę.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo za to wyjaśnienie. Rozumiem, że w ten sposób dojraliśmy do końca pierwszego czytania, a tym samym zakończyliśmy pierwsze czytanie nowelizacji ustawy. W związku z tym, że mamy wyznaczony termin na przedstawienie sprawozdania do dnia 30 maja, zgodnie z ustaleniami prezydium, zostaje powołana podkomisja, która rozpocznie prace. W takim razie, bardzo proszę o zgłaszanie osób do pracy w podkomisji. To nie jest nasz termin, tylko pani marszałek.

W związku z tym, bardzo proszę kluby o przedstawianie nazwisk. Ze strony Platformy Obywatelskiej osoby chętne do pracy w podkomisji, które się zgłosiły, to pan poseł Marek Hok, pani poseł Elżbieta Radziszewska, pani poseł Elżbieta Gelert i pani poseł Krystyna Kłosin.

Z PSL-u, panie pośle... Pan poseł Marek Gos. Z Sojuszu Lewicy Demokratycznej – pan poseł Chmielowski. I z PIS-u, panie pośle...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Z PIS-u pani poseł Zalewska i pani poseł Hrynkiewicz.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, aby po zakończonym posiedzeniu Komisji państwo ukonstytuowali podkomisję.

I kolejna informacja, która również wpłynęła do Komisji. Bardzo prosimy państwa posłów o przekazywanie tematów, które będą przedmiotem badań kontrolnych NIK. Termin, jaki jest podany, to 29 maja. Bardzo proszę o składanie do sekretariatu Komisji Zdrowia, na ręce pań, różne propozycje tematów, jakie chcieliby państwo, żeby NIK podjęła w swoich pracach.

To wszystko. Panie przewodniczący, oddaję panu głos.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Szanowni państwo, muszę jeszcze dopowiedzieć, dla wiedzy całej Komisji, ale jest to ważna informacja szczególnie dla członków podkomisji, że pani marszałek zakreśliła termin pracy nad tym dokumentem... Aha, przepraszam, pani przewodnicząca już o tym wspomniała. Tak więc, niestety, musimy się pospieszyć, choć oczywiście słuszne były te uwagi w rundzie pytań, że to nie nasza wina, panie ministrze, że dopiero teraz zajmujemy się tą ustawą. Wiadomo było od 25 października, że jest ona potrzebna.

Bardzo proszę, oddaję jeszcze głos pani przewodniczącej Beacie Małeckiej-Liberze.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam, zapomniałam o panu pośle Ryfińskim, który również będzie pracować w podkomisji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeżeli nie ma więcej spraw i pytań, to bardzo państwu dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.