

VIII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 142)**

**z dnia 13 września 2018 r.**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 142)

13 września 2018 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- zaopiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r.;
- rozpatrzenie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016 r. (druk nr 1825);
- rozpatrzenie łącznego sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017 (druk nr 2833);
- rozpatrzenie sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017 (druk nr 2832);
- rozpatrzenie sprawozdania podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk nr 2793).

W posiedzeniu udział wzięli: **Józefa Szczurek-Żelazko** sekretarz stanu oraz **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikami, **Andrzej Jacyna** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Mirosław Stasiak** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów, **Krzysztof Baka** radca prawny w Naczelnej Izbie Aptekarskiej, **Michał Kozik** oraz **Wioletta Witkowska** prawnicy w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Wiktor Masłowski** ekspert Business Centre Club, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Wojciech Wiśniewski** dyrektor ds. Relacji Zewnętrznych Fundacji Onkologicznej ALIVIA oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**, **Monika Żoźnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Robert Durlik** oraz **Aleksandra Wolna-Bek** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

### Przewodnicząca poseł **Beata Małecka-Libera (PO)**:

Rozpoczynamy posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń Komisji od czerwca 2018 r. do końca lipca 2018 r., wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje. Pkt 1 – zaopiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r. – przedstawiają prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, minister zdrowia i minister finansów; pkt 2 – rozpatrzenie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016 r., druk nr 1825 – przedstawiają minister zdrowia, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oraz minister finansów; pkt 3 – rozpatrzenie łącznego sprawozdania finansowego

wego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017, druk nr 2833, przedstawiają minister zdrowia, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oraz minister finansów i pkt 4 – rozpatrzenie sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017, druk nr 2832 – przedstawiają prezes Narodowego Funduszu Zdrowia i minister zdrowia.

Czy są uwagi do porządku obrad? Proszę bardzo, pan poseł.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Pani przewodnicząca, chciałbym wnieść o rozszerzenie porządku obrad o sprawozdanie podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, druk nr 2793. W dniu wczorajszym podkomisja pracowała i pracę zakończyła.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. W takim razie poddam pod głosowanie złożony wniosek.

Kto z państwa jest za przyjęciem...? Głosujemy przy użyciu kart... To proszę przygotować. Czy są państwo gotowi? W takim razie głosujemy ręcznie. Czy wszyscy gotowi? Głosujemy.

Kto z państwa jest za poszerzeniem porządku obrad i przyjęciem wniosku? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Zakończyłam głosowanie.

Za głosowało 15 posłów, przeciw 6, nikt się nie wstrzymał. W związku z tym wniosek został przyjęty.

Ponieważ pan poseł przed chwilą mi powiedział, że osoba, która sprawozdaje w imieniu podkomisji, jeszcze nie dojechała, moja propozycja jest taka, aby ten punkt rozpatrywać na koniec, po zakończeniu rozpatrywania wszystkich sprawozdań finansowych i z działalności. Czy ktoś jest przeciw? Dziękuję bardzo.

Przystępujemy zatem do pracy, na razie zgodnie z porządkiem obrad. W tym momencie chciałabym jeszcze serdecznie powitać wszystkie panie posłanki i panów posłów – powinnam to uczynić na początku. Witam państwa serdecznie, a także wszystkie osoby, które przybyły na dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam panią i pana ministra reprezentujących Ministerstwo Zdrowia. Witam prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Rozumiem, że jest też przedstawiciel Ministra Finansów. Czy tak? Kto reprezentuje? Do mikrofonu proszę.

**Zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów Mirosław Stasiak:**

Mirosław Stasiak, zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Jest pan upoważniony do reprezentowania.

**Zastępca dyrektora departamentu MF Mirosław Stasiak:**

Tak, jestem.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. W takim razie, przystępujemy do realizacji naszego porządku dziennego. Moja propozycja, proszę państwa, jest taka, aby wszystkie punkty, które dotyczą Narodowego Funduszu Zdrowia, zostały po kolei zreferowane, a następnie przeprowadzilibyśmy łączną dyskusję.

Czy ktoś jest przeciwko takiemu stanowisku i prowadzeniu posiedzenia Komisji? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym możemy zacząć naszą pracę. Chcę jeszcze powiedzieć, że odnośnie do pkt 2 Komisja musi wydać opinię, natomiast odnośnie do pkt 3, 4 i 5 musimy przyjąć sprawozdanie i wybrać sprawozdawcę.

Zgodnie z art. 133 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia podlegają zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu RP. To tyle tytułem wstępu.

W takim razie, mam propozycję taką, aby oddać głos przedstawicielowi ministra zdrowia, panu prezesowi. Wysłuchamy państwa sprawozdań i opinii, a potem otworzę dyskusję. Dziękuję.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:**

Dziękuję bardzo serdecznie. Ja bym proponował, jeśli chodzi o poszczególne trzy sprawozdania, żeby sprawozdanie z wykonania planu finansowego przedstawił najpierw NFZ, później sprawozdanie finansowe za lata 2016 i 2017, jako ciąg, pewnie główny księgowy, i sprawozdanie z działalności też NFZ, czyli ciągiem, poszczególne osoby z Narodowego Funduszu Zdrowia. Panie prezesie.

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Jacyna:**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r. zostało przygotowane zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. na podstawie zatwierdzonych przez rady oddziałów sprawozdań z wykonania planu finansowego oddziałów wojewódzkich NFZ, jak również planu centrali, sporządzanych po przeprowadzeniu badania sprawozdania finansowego przez biegłego rewidenta, zgodnie z wzorem zatwierdzonym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Niniejsze sprawozdanie obejmuje omówienie realizacji w roku 2017 poszczególnych elementów planowych przychodów oraz kosztów NFZ, a także część tabelaryczną obejmującą sprawozdanie z wykonania planu finansowego poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ, jak również planu centrali NFZ.

Plan finansowy został zatwierdzony przez ministra zdrowia, w porozumieniu z ministrem finansów, w dniu 28 lipca 2016 r. Jeżeli chodzi o szczegóły dotyczące przychodów, proszę bardzo, by przedstawił je dyrektor Jarnutowski z Departamentu Ekonomiczno-Finansowego.

**Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ Dariusz Jarnutowski:**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, jak już pan prezes wspomniał, plan finansowy został zatwierdzony przez ministra zdrowia, w porozumieniu z ministrem finansów, w dniu 28 lipca 2016 r. W planie finansowym NFZ na 2017 r. wartość planowanych przychodów ogółem ustalono w wysokości 77 528 000 tys. zł, tj. na poziomie o 7,1% wyższym niż w planie na rok 2016. Natomiast wartość planowanych kosztów ustalono w tej samej wysokości co przychody, czyli 77 528 000 tys. zł, tj. w wysokości o 6% wyższej niż w planie kosztów na rok 2016.

Podobnie jak w latach poprzednich, pierwotny plan finansowy NFZ na 2017 r. ulegał w trakcie roku zmianom, przeprowadzanym w trybie art. 124 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli zmianom zatwierdzanym przez ministra zdrowia, w porozumieniu z ministrem finansów, jak również w trybach określonych przepisami art. 124 i 129 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W wyniku dokonanych zmian w planie finansowym NFZ na 2017 r., łączne przychody NFZ zostały zwiększone o 2 255 000 tys. zł, tj. o 2,91%, zaś łączne koszty zostały zwiększone o 3 828 000 tys. zł, tj. o 4,94%.

Źródłem finansowania powyższych zmian planu finansowego były środki pochodzące ze zwiększenia planowanych przychodów ze składki na ubezpieczenia zdrowotne, środki przekazywane przez budżet państwa w ramach realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, jak i środki na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b, środki na finansowe świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych ponad kwotę zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, środki z uruchomienia rezerwy ogólnej w planie finansowym na 2017 r. oraz środki z funduszu zapasowego. Wartość przychodów zrealizowanych przez NFZ w 2017 r. ogółem wyniosła 79 599 000 2017 r., co stanowiło 99,77% wartości planowanej i była wyższa od przychodów uzyskanych w 2016 r. o 5 750 000 tys. zł.

Struktura przychodów ogółem NFZ zrealizowanych w 2017 r. ukształtowała się w następujący sposób. 93,56% stanowiły przychody ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, 2,41% – przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, 1,84% – pozostałe przychody, 1,64% – przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 0,32% – przychody wynikające z przepisów o koordynacji, 0,15% – przychody finansowe, 0,14% – przychody ze składek z lat ubiegłych...

**Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):**

Przepraszam bardzo, panie dyrektorze. Ja mam prośbę. Starym zwyczajem pana przewodniczącego proszę o kompendium wiedzy. Dobrze? Tym bardziej że mamy kilka tych sprawozdań, a i tak debata będzie łączna.

**Dyrektor departamentu NFZ Dariusz Jarnutowski:**

Jasne. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, wartość zrealizowanych kosztów ogółem wyniosła 79 655 000 tys. zł, tj. o 5 685 000 tys. zł więcej niż w roku 2016. 95,85% wszystkich poniesionych kosztów stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej, 2,41% stanowiły koszty zadań zespołów ratownictwa medycznego. Natomiast odnotowany na koniec 2017 r. wynik finansowy, w łącznej wysokości minus 56 153 tys. zł, objął wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich w kwocie minus 10 780 tys. zł oraz wynik finansowy centrali w kwocie minus 45 375 tys. zł i był pochodną uwzględnienia w planie finansowym środków z funduszu zapasowego w trybie art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dziękuję ślicznie.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Pan minister.

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Dziękuję. Teraz przejdziemy do kolejnego sprawozdania finansowego, lata 2016 i 2017 łącznie.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):**

Kto będzie referował?

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Główny księgowy, Artur Szlaga.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):**

Proszę bardzo. Prosimy przedstawić się.

**Dyrektor Biura Księgowości NFZ Artur Szlaga:**

Artur Szlaga, dyrektor Biura Księgowości i główny księgowy NFZ. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, na podstawie art. 128 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prezes NFZ sporządził łączne sprawozdanie finansowe NFZ za 2016 r., które obejmuje: wprowadzenie do sprawozdania finansowego; bilans sporządzony na dzień 31 grudnia 2016 r., który po stronie aktywów i pasywów zamknął się sumą 12 339 300 tys. zł – wzrost, w porównaniu z 2015 r. o 191 000 tys. zł, tj. o 1,6%; rachunek zysków i strat za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 wykazujący stratę netto w wysokości 120 800 tys. zł; wzrost wyniku w porównaniu z 2015 r. o 73 000 tys. zł, tj. o 37,7%; zestawienie zmian w kapitale własnym za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. wykazujący spadek funduszu o kwotę 120 800 tys. zł; rachunek przepływów pieniężnych za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r., wykazujący zwiększenie stanu środków pieniężnych o kwotę 48 400 tys. zł; dodatkowe informacje i objaśnienia. Przedmiotowe sprawozdanie finansowe, na podstawie art. 128 ust. 4 ustawy podlegało badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

Badanie sprawozdania finansowego za 2016 r. przeprowadziła firma POLTAX Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie. Biegli rewidenci z przedmiotowego bada-



nia sporządzili opinię niezależnego biegłego rewidenta oraz raport z badania łącznego sprawozdania finansowego, jednocześnie opiniując pozytywnie rzetelność, prawidłowość i jasność sporządzonego sprawozdania finansowego oraz prawidłowość prowadzenia ksiąg rachunkowych.

Pismem z dnia 30 czerwca 2017 r., minister rozwoju i finansów, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, zatwierdził łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia sporządzone za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Przystępujemy zatem do pkt 3. Czy tak? Czy jeszcze ktoś chce zabrać głos odnośnie do pkt 2? Nie. Pan minister – nie. W takim razie chciałabym wysłuchać opinii dotyczącej pkt 3 – rozpatrzenie łącznego o sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017. Kto będzie referował?

**Dyrektor Biura Księgowości NFZ Artur Szlaga:**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, na podstawie na podstawie art. 128 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prezes NFZ sporządził łączne sprawozdanie finansowe funduszu za 2017 r., obejmujące: wprowadzenie do sprawozdania finansowego; bilans sporządzony na dzień 31 grudnia 2017 r., który po stronie aktywów i pasywów zamknął się sumą 12 025 000 tys. zł – spadek, w porównaniu z 2016 r. o 113 700 tys. zł, tj. o 2,5%; rachunek zysków i strat za rok obrotowy od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. wykazujący stratę netto w wysokości 56 200 tys. zł; wzrost w porównaniu z 2016 r. o 64 600 tys. zł, tj. o 53,5%; zestawienie zmian w kapitale własnym za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r., wykazujący spadek funduszu o kwotę 56 200 tys. zł; rachunek przepływów pieniężnych za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r., wykazujący zmniejszenie stanu środków pieniężnych o kwotę 668 500 tys. zł. Przedmiotowe sprawozdanie finansowe, na podstawie art. 128 ust. 4 ustawy, podlegało badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

Badanie sprawozdania finansowego za rok 2017 przeprowadziła firma POLTAX 2 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie. Biegli rewidenci sporządzili sprawozdanie niezależnego biegłego rewidenta oraz raport z badania łącznego sprawozdania finansowego, opiniując pozytywnie rzetelność i prawidłowość sporządzonego sprawozdania finansowego oraz prawidłowość prowadzenia ksiąg rachunkowych.

Pismem z dnia 29 czerwca 2018 r., minister finansów, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, zatwierdził łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia sporządzone za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Czyli kwestie finansowe mamy za sobą. Kasa się zgadza. Czy tak? Po audytach wszystko jest w porządku. Teraz będą ciekawsze wypowiedzi, bo przechodzimy do działalności. Czyli pkt 4 – rozpatrzenie sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Kto z państwa będzie referował? Pan prezes, czy pan minister?

**Prezes NFZ Andrzej Jacyna:**

Pan dyrektor Dziełak.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Proszę bardzo, panie dyrektorze.

**Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii NFZ Dariusz Dziełak:**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, może się przedstawić. Dariusz Dziełak, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szanowni państwo, postaram się mówić krótko, chociaż sprawozdanie jest dość obszerne. Skoncentruję się na rzeczach, które albo różniły się w stosunku do poprzedniego sprawozdania, albo pokazywały jakieś nowe zjawiska. Warto wspomnieć, że zakres danych w tym sprawozdaniu określa rozporządzenie ministra zdrowia z 2016 r.

Zacznę od tego, że rok 2017 w NFZ był bardzo aktywny, co wynikało nie tylko z bieżącej działalności i procesów tam prowadzonych o charakterze ciągłym czy bieżącym, ale także z aktywności państwa posłów i szesnastokrotnej zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z których każda w jakiś sposób wpływała na działalność Funduszu. Warto wspomnieć o kilku projektach czy procesach, które były prowadzone. Czego te zmiany dotyczyły? Modyfikacji pakietu onkologicznego. Tu oczywiście działalność funduszu polegała głównie na dostosowaniu regulacji wewnętrznych i obsługi oraz wyceny świadczeń onkologicznych. Bardzo duży projekt, to wprowadzenie nowej instytucji prawnej – systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieci szpitali. W tym zakresie działania funduszu były bardzo intensywne. Polegały przede wszystkim na ustaleniu procedury kwalifikacji i wprowadzeniu regulacji dotyczących umów, zasad rozliczeń, nowej taryfikacji, ustaleniu procedury i wyliczania ryczałtu wraz ze wsparciem informatycznym, ale przede wszystkim, dokonaniu samej tej kwalifikacji i zawarciu umów. Może warto tutaj wspomnieć, że było to 591 szpitali na sześciu poziomach, zgodnie z ustawą. Dodatkowo warto wspomnieć o nowej regulacji dotyczącej stworzenia ram prawnych umożliwiających przeprowadzenie programów pilotażowych. Pierwszy taki program, na podstawie tej ustawy, był to m.in. program POZ PLUS, czyli program opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej.

W informacji o świadczeniach finansowanych przez NFZ warto też zwrócić uwagę na kilkukrotne zmiany taryfikacji, co z jednej strony wynikało z publikowanych nowych taryf przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ale także z korygowania wycen w opiece ambulatoryjnej i leczeniu szpitalnym, psychiatrii i świadczeniach odrębnie kontraktowanych najpierw o 2%, a potem o 4%, ze względu na wzrost kosztów – doszło do tego w połowie ub. r. i 1 października – oraz wprowadzenie wielu współczynników korygujących do wybranych świadczeń, m. in. dla dzieci, a także włączenie do finansowania leczenia chorych ze śpiączką oraz hybrydowej rehabilitacji kardiologicznej. Z nowych zadań, okazjonalnych – ale warto o nich wspomnieć – była realizacja wykorzystania dotacji, o której mowa w art. 15 ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej, która również została zrealizowana.

Wracając jeszcze do kwestii sieci szpitali, 27 czerwca 2017 r. ukazały się wykazy szpitali zakwalifikowanych do sieci. Zgodnie z trybem określonym w ustawie, najpierw dyrektorzy oddziałów, a później prezes rozpatrujący odwołania od podmiotów, które nie były zadowolone ze sposobu kwalifikacji lub niezakwalifikowania, rozpatrzyli 107 protestów oraz 48 odwołań, 11 spraw trafiło do sądu. W tej chwili nie mamy ani jednej uwzględnionej skargi.

Odnosnie do świadczeń udzielanych w roku ubiegłym, warto zauważyć 2-procentowy wzrost liczby porad w podstawowej opiece zdrowotnej, co wynikało z jednej strony z wyników – tam są wahania wynikające np. z występowania epidemii grypy – ale także z większej liczby porad wynikającej z ustawy „leki 75 plus”, wymagającej dodatkowej wizyty w POZ. Liczby porad ambulatoryjnych oraz leczenia szpitalnego utrzymywały się na zbliżonym poziomie.

Istotny wzrost w roku 2017 dotyczył zwrotu kosztów leczenia za granicą. To był wzrost aż o 78%. Te koszty wyniosły ponad 50 000 tys. zł w roku 2017. 95% wniosków o refundację leczenia za granicą rozpatrzono pozytywnie, przy czym 80% tych wniosków dotyczyło w zasadzie jednego kraju i jednego typu świadczenia – to było usunięcie zaćmy w Czechach. Warto zauważyć, że tutaj dynamika jest bardzo duża, więc w zeszłym roku NFZ podejmował też działania, aby skupić się na realizacji tych świadczeń w kraju, zwiększając finansowanie. Ponadto prezes NFZ wydał 178 decyzji w sprawie badań lub leczenia za granicą. Większość, bo 114, była rozpatrzona pozytywnie.

Istotnej poprawie – może nie istotnej, ale jednak poprawie – uległ proces kontroli w NFZ. Nastąpił wzrost liczby skontrolowanych umów o 6%. Było to ponad 2 tys. w roku 2017. Skutek tej kontroli to ponad 53 000 tys. zł, z czego 40 000 tys. zł to był zwrot środków nienależnie przekazanych oraz kary umowne w wysokości prawie 14 000 tys. zł.



Ponadto świadczeniodawcy byli oczywiście kontrolowani w mniejszej skali przez Departament Kontroli samej centrali.

Z nowych zadań, które były realizowane, a zwykle nie było o nich mowy – w roku 2017 centrala i oddziały, czyli fundusz łącznie, wydały ponad 800 opinii w ramach systemu IOWISZ dotyczący inwestycji w ochronie zdrowia. Myślę, że o tym również warto wspomnieć. A może na koniec powiem tylko, że w 2017 r. NFZ był 43-krotnie kontrolowany przez instytucje zewnętrzne, w tym głównie przez Najwyższą Izbę Kontroli. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

To wszystko. Czy tak? Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan prezes i pan minister będą głównie odpowiadać na pytania. Dobrze.

Chciałabym jeszcze uzyskać opinię pana reprezentującego Ministerstwo Finansów, oczywiście w odniesieniu do sprawozdań finansowych.

**Zastępca dyrektora departamentu MF Mirosław Stasiak:**

Nie mam nic do dodania. Tak jak tu zostało wspomniane, sprawozdania finansowe, po opinii ministra zdrowia, zostały zaakceptowane przez ministra. Oczekujemy na opinie w zakresie wykonania planu finansowego.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Rozumiem, że pan nie ma nic do dodania, jednak opinię trzeba wydać. Wydaje mi się więc, że tego typu regulka nie jest tutaj konieczna. Pozytywnie pan ocenia, czy nie.

**Zastępca dyrektora departamentu MF Mirosław Stasiak:**

Tak jak już powiedziałem, sprawozdania finansowe zostały pozytywnie zaopiniowane przez ministra finansów.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów chce zabrać głos? Proszę bardzo, pani poseł.

**Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):**

Pani przewodnicząca, pani minister, panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo, bardzo dziękuję za to sprawozdanie. Ono w wielu punktach jest bardzo pozytywne, dlatego że widzimy istotny wzrost nakładów na ochronę zdrowia, na różne dziedziny. Na jedne mniej, na inne więcej – pewnie jest jakiś powód, dla którego te pieniądze zostały tak podzielone. To jest bardzo pocieszające, że tych pieniędzy jest więcej, ponieważ rzeczywiście te nakłady ciągle nie są zbyt wysokie.

Pojawia się tu jednak taki problem, że z badania opinii publicznej, a także z pewnych badań socjologicznych, które pokazują satysfakcję, nie wynika, że te pieniądze jakoś ułatwiły życie i istotnie przybliżyły system ochrony zdrowia do pacjenta. Być może jest tak, że jeśli ktoś jest zadowolony, to nic nie mówi, bo uważa za rzecz oczywistą, że jeżeli idzie do lekarza po poradę czy do szpitala na zabieg i jest to dobrze wykonane, to nie ma powodu, żeby cokolwiek w tej sprawie mówić. Uznaje się to za rzecz normalną. Wypływają tylko sprawy, które budzą poważne zastrzeżenia. W związku z tym moje pytanie zarówno do pana ministra, jak i do pana prezesa NFZ: Jak panowie oceniają ten podział środków, który nastąpił?

Jednak to pytanie zadane jest z pewną tezą, bo wydaje mi się, że znaczna część tych środków poszła na zaspokojenie żądań płacowych personelu zatrudnionego w ochronie zdrowia. Ja oczywiście nie mam nic przeciwko temu, a nawet jestem za tym, żeby osoby o wysokich kwalifikacjach i wysokim poziomie odpowiedzialności, bo dostają w ręce coś, co jest najcenniejsze dla każdego, a także dla jego najbliższych oraz nas wszystkich, czyli odpowiedzialność za zdrowie... Chciałabym więc tutaj zapytać: Czy nadszedł już taki czas, że to porządkowanie systemu wynagrodzeń, systemu zatrudnienia, zbliża się do końca? Czy ustalimy pewne zasady, które będą przyjęte i zaakceptowane z jednej strony przez tych, którzy świadczą usługi, a z drugiej strony przez tych, którzy są odbiorcami tych usług, a także przez tych, którzy to organizują, czy też proces ten znajduje się ciągle *in statu nascendi*? Czy my, pacjenci – bo ja tu mówię jako pacjentka różnych

instytucji ochrony zdrowia – będziemy mogli rzeczywiście powiedzieć, że odczuwamy ten wzrost nakładów i jakie działania, w związku z tym, będą podjęte?

I bardzo szczegółowe pytania. Ja bardzo cieszę się, że wzrastają wydatki na stomatologię, że jest dużo gabinetów stomatologicznych, że NFZ wydaje 1 792 843 tys. zł na stomatologię, ale powiem najprościej, jak potrafię, że ostatniego stomatologa, który był finansowany ze środków publicznych, widziałam podczas studiów. Było to bardzo dawno. Wobec tego, chciałabym wiedzieć: Jaka część tych pieniędzy, z których ja już nie będę korzystać, została przeznaczona na profilaktykę stomatologiczną u dzieci, bo to jest najważniejsze, żebyśmy mogli częściej widzieć stomatologa w normalnych warunkach, finansowanego ze środków publicznych? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Pan przewodniczący, proszę bardzo.

**Poseł Marek Ruciński (N):**

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Wysoka Komisjo, mam pytanie do przedstawicieli NFZ. W sprawozdaniu, które panowie przedstawili, pojawiły się również liczby dotyczące skarg i zgłoszeń do sądu. Moje pierwsze pytanie dotyczy tego, w jakim procencie wnioskodawcami był NFZ, a w jakim świadczeniodawcy.

Drugie pytanie. Czy liczba tych skarg wzrosła w stosunku do roku wcześniejszego? I trzecie pytanie. Jeżeli liczba skarg wzrosła, czy miało na to wpływ pojawienie się sieci szpitali i zmienionego finansowania, mam na myśli finansowanie ryczałtowe? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Pan z prawej strony. Nie wiem dokładnie, ale widzę rękę. Proszę bardzo... Jeszcze pan poseł, przepraszam bardzo. Pan poseł Hok. Panie pośle, proszę.

**Poseł Marek Hok (PO):**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, skoro jest tak dobrze, to dlaczego nasz system jest tak źle oceniany przez ekspertów Komisji Europejskiej. Jeżeli jest tak dobrze, to dlaczego, jeśli zwiększamy środki na świadczenia medyczne, kolejki oczekujących nie skracają się.

W ubiegłym roku ok. 2 mld zł przeznaczono na dodatkowe zabiegi leczenia zaćmy i endoprotezy. Widzimy w sprawozdaniu, że wielką liczbę operacji zaćmy wykonują lekarze w Czechach. Jeżeli środki zostały przekazane do naszych oddziałów okulistycznych, to dlaczego nasi pacjenci nadal jeżdżą do Czech. Dlaczego kolejki do wszczępienia endoprotezy wydłużają się, mimo że w zeszłym roku środki zostały zwiększone?

I kolejne pytanie. W sprawozdaniu jest napisane, że nakłady i liczba umów na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną jako jedyne są niższe niż w latach ubiegłych. Trudności z dostaniem się do lekarza specjalisty są olbrzymie, kolejki się wydłużają, a nakłady na rok 2017 były mniejsze.

Poza tym napisane jest w państwa sprawozdaniu, że w roku 2017 prezes wydał 114 zgód w odniesieniu do wniosków dotyczących przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju w przypadku, gdy leczenie lub badanie nie jest wykonywane na terenie Polski. Wydano na to z tego naszego olbrzymiego koszyka finansowego aż 7000 tys. zł, a stanowiło to tylko 38% kosztów poniesionych na ten cel w roku 2016. Wynika z tego, że mamy dostęp do najnowszych technologii i operacji specjalistycznych i dlatego nie musimy kierować tych pacjentów poza granice kraju.

Chciałbym zwrócić uwagę na medialne – to jest chyba oczywiste – symboliczne zbiórki na operacje, które nie są możliwe do wykonania w polskich szpitalach przez polskich specjalistów. To są milionowe zrzutki – mówiąc kolokwialnie – ludzi dobrej woli, aby dziecko z taką czy inną wadą mogło być zoperowane i miało szanse na życie. NFZ odrzuca te propozycje, ponieważ zgód było 114, a z tego, co pamiętam, wniosków było chyba ok. 180.

I wreszcie słynne „dentobusy”. Minał już prawie rok. Czekaliśmy z utęsknieniem na to, że „dentobusy” dojadą do każdej szkoły, do każdego powiatu i do każdej gminy. Bardzo hucznie były podpisywane umowy w grudniu 2017 r., i cisza. Chciałbym się

dowiedzieć, jaki jest efekt działalności „dentobusów”. Ilu lekarzy stomatologów podpisało te umowy, ile dzieci do tego czasu prowadzono czy leczono i czy ta sprawa z „dentobusami” została uregulowana? 16 „dentobusów” do każdego województwa, do każdej gminy, do każdej szkoły. Prosilibyśmy o podanie efektu tych działań. Przede wszystkim, jaka jest korzyść dla pacjenta, dla dzieci i ich rodziców z działalności „dentobusów”, które już wielokrotnie zostały krytycznie ocenione nie tylko przez nas, posłów, ale i przez ekspertów, głównie stomatologów, którzy nie są zainteresowani podpisaniem umów na leczenie stomatologiczne w „dentobusach”. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Widzę jeszcze zgłoszenia. Pani poseł.

**Poseł Alicja Chybicka (PO):**

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja chciałabym zapytać o świadczenia w zakresie onkologii, zarówno w roku 2016, jak i 2017. Czy wszystkie te świadczenia zostały zapłacone? Jest rzeczą trochę dziwną, że świadczenia, które powinny być w pełnym zakresie refundowane i nielimitowane, powodują, że szpitale, wielkie centra onkologii, kredytują przez długi okres w milionowych kwotach NFZ. Tak jest w roku 2018. W tej chwili wiele świadczeń jest nieopłaconych. Jednak moje pytanie jest takie: Czy lata 2016 i 2017 zostały wyprowadzone wobec centrów onkologii na czysto? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Pan poseł, proszę.

**Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):**

Pani przewodnicząca, panie ministrze, pani minister, szanowni państwo, chciałbym jeszcze nawiązać do pytania, które padło z ust pani prof. Hryniewicz, i ten problem może jeszcze troszkę wzmocnić i pogłębić. Rzeczywiście jest tak, że jeśli czyta się budżet, to widać, że pieniędzy jest więcej, nakładów jest więcej, ale generalnie jest to konsumowane przez podwyżki płac. To nawet jest zrozumiałe, bo oczekiwania płacowe w służbie zdrowia są rozdmuchane i nawet przeznaczone dodatkowe pieniądze tych oczekiwań nie zaspokoili. Natomiast moje pytanie idzie w takim kierunku. Można to zrozumieć np. w opiece szpitalnej, ale, jeśli czytałem o podstawowej opiece zdrowotnej, że jest wzrost nakładów, to nie idzie za tym liczba świadczeń. Powiedziałbym, że to jest trochę niepokojące, bo nie mam przekonania, że koledzy lekarze czy w POZ zarabiają słabo. Jeśli mógłbym na ten temat uzyskać odpowiedź, to byłbym wdzięczny. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. I strona społeczna. Proszę bardzo, pan.

**Ekspert Business Centre Club Wiktor Masłowski:**

Związek Pracodawców BCC, Wiktor Masłowski, przewodniczący Komisji ds. usług zdrowotnych. W nawiązaniu do wcześniejszych wypowiedzi odnośnie do specjalistyki ambulatoryjnej, chciałbym potwierdzić, że generalnie, jeśli chodzi o dostępność, jest ona bardzo słaba. 48 porad w Polsce udzielanych jest przez sektor prywatny. To też świadczy o tym, że dostępność specjalistyki jest słaba. Czy NFZ przewiduje zwiększenie tej dostępności przez zwiększenie środków i czy państwo też przewidują – ostatnio pojawiają się takie głosy, bardzo pozytywnie ocenione z naszej strony – skracanie pobytu przy zaćmach i zmniejszanie liczby łóżek? My już dawno uważaliśmy, że w przypadku zaćmy to tylko kilka godzin, a jednak łóżko jest potrzebne. Z tym będą też wiązać się perypetie ze wskaźnikami zatrudnienia pielęgniarek.

Czy państwo przewidują przesunięcie części diagnostyki prowadzonej w szpitalach, możliwości wykonywania przygotowania tych pacjentów czy szerszego diagnozowania, na bazie specjalistki ambulatoryjnej, tak, aby połączyć tę diagnostykę z poradą specjalistyczną, żeby to nie były oddzielne kolejki? Szkoda, że tym tropem nie idzie oddział mazowiecki, bo uważa, że niepotrzebna jest ortopedia planowa i te same świadczenia realizuje w szpitalach całodobowych o 8% drożej.

Odnośnie do sprawozdania finansowego, mam pytanie w zakresie punktu dotyczącego środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom na koszty świadczeń

opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne w 2017 r., w wysokości prawie 2 603 mln zł. Czy całość poszła na wynagrodzenia, czy część z tych pieniędzy poszła na wykonywanie świadczeń?

I ostatnie zapytanie związane z dodatkowym punktem posiedzenia Komisji. Pierwsze czytanie projektu nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych było we wtorek. Wtedy padła taka informacja, że NFZ przygotowuje aneksy dla świadczeniodawców, w których zwiększa finansowanie w celu pokrycia skutków finansowych tej ustawy. Czy państwo przygotowują aneksy związane tylko z rozporządzeniem tzw. zembalowym, czy jednak z tą ustawą, bo do tej pory pracodawcy pokrywają ze środków, które są w naszych budżetach, zarówno wzrost minimalnego wynagrodzenia, jak i wzrost wynagrodzenia wynikającego z tej ustawy? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Jeszcze pani poseł chciała zabrać głos. Proszę bardzo.

**Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):**

Pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, panie i panowie posłowie zaproszeni goście, tutaj padły informacje dotyczące „dentobusów”. Ja analizowałam to, co dzieje się w województwie podkarpackim i mogę podkreślić, że świadczenia są realizowane i „dentobusy” działają bardzo dobrze. Dziękuję... Tak, jeden „dentobus”. Mówię o wojewódzkie podkarpackim. To mogę powiedzieć. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Jeżeli nie, to udzielię głosu jeszcze sobie, bo mam kilka pytań. Pytania będą kierować przede wszystkim do ministra zdrowia i do pana prezesa.

Proszę państwa, wszystkich nas cieszy to, że wzrastają finanse w NFZ, ale to jest efekt składki zdrowotnej, o czym wszyscy wiemy. Oczywiście, w takim razie nie bez znaczenia jest to, w jaki sposób te pieniądze są zagospodarowywane, także te dodatkowe. Padło tu takie stwierdzenie, że jest jakiś sposób rozdziału tych środków. Ja uważam, że pan minister zdrowia i pan prezes mają konkretną strategię rozdziału i według tego planu te pieniądze są rozdzielane.

Zadając pytanie ministrowi zdrowia, jak będą rozdzielane dodatkowe pieniądze wynikające z nowej ustawy tzw. 6 PKB – tak w skrócie ją nazwę – i wzrostu finansowania z budżetu, dowiedziałam się z odpowiedzi, że nie ma żadnej strategii wydatkowania tych pieniędzy, tylko rokrocznie będzie to w planie rzeczowo-finansowym NFZ. W związku z tym chciałabym zapytać, czy być może NFZ ma jakąś wieloletnią strategię, jakieś swoje priorytety, bo ostatnio słyszymy o jednym priorytecie – onkologii. Będę też pytać, jak ten priorytet jest realizowany. To pierwsza kwestia.

Padło tutaj również stwierdzenie, że 16 razy była nowelizowana ustawa o świadczeniach. To rzeczywiście bardzo dużo, jak na jeden rok. Myślę, że skutki tego będziemy oceniać w sprawozdaniu za rok 2018, bo wtedy będzie znana efektywność podejmowanych decyzji i ustaw, głównie dotyczących sieci „dentobusów” i różnych innych podejmowanych przez państwa decyzji. Ze sprawozdań również jednoznacznie wynika, że rozdział środków pomiędzy POZ, szpitale itd. zachował swoją dotychczasową strukturę. Czyli, tak naprawdę, w dalszym ciągu największym beneficjentem są szpitale. My wielokrotnie podnosiliśmy, że to powinno zostać zmienione i że tendencje – nie odbierając oczywiście prawa leczenia szpitalom – powinny być jednak odwrotne. Zresztą państwo również wielokrotnie podkreślali, że wiodąca powinna być rola POZ i profilaktyki. Dlatego mam konkretne pytanie. Ponieważ ten rozdział jest stały, czy na rok przyszły być może planują państwo inny podział, z uwzględnieniem kwestii profilaktyki, i czy ta zmiana jest planowana w strategii.

Kolejna sprawa dotyczy już konkretnego. Mianowicie, chciałabym zapytać, dlaczego wykorzystanie pozycji na „leki 75 plus”, która była planowana na 564 000 tys. zł, nie zostało zrealizowane w 100-procentach. Wydano 506 000 tys. zł, a więc nie wykorzy-



stano środków finansowych. Chciałabym zapytać, czy państwo analizują efekt finansowy tych wydanych, publicznych środków. To są pytania dotyczące finansów.

Natomiast jeżeli chodzi o działalność, papierkiem lakmusowym są oczywiście kolejki i dostępność. Przeanalizowałam dokładnie sprawozdanie z dostępności do AOS na str. 98 i niestety, stwierdzam, że właściwie we wszystkich zakresach ta dostępność się pogorszyła. Zmniejszyły się także środki przeznaczone na specjalistykę o 2000 tys. zł. I tak, jak pan poseł powiedział, zwiększyły się też kolejki do wszczepiania endoprotez i zabiegów zaćmy, mimo że na to były dodatkowe pieniądze. Nie widzimy więc żadnej poprawy w dostępności.

Mam też pytanie, konkretnie do pana ministra zdrowia, o pomysł na AOS, ponieważ, przyjmując ustawę o sieci szpitali, jasno zostało powiedziane, że AOS skupia się jakby przy dwóch ośrodkach. Przy szpitalu i przy POZ. To nie zostało zrealizowane. Odpowiednie rozporządzenia nie weszły. Wiemy, że poradnie przyszpitalne jako takie nie zostały zakontraktowane. Przez ten rok było aneksowanie i wiele niepewności ze strony świadczeniodawców. W związku z tym chciałabym zapytać, jaki jest konkretny pomysł na dalszą działalność specjalistyki.

I na koniec, mam pytanie... Przepraszam, jeszcze jedno pytanie, bardzo ciekawe. Mianowicie, znalazłam tutaj program polityki zdrowotnej, który jest realizowany na zlecenie. 22 listopada 2017 r. została podpisana umowa na Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020, ale umowa podpisana była w listopadzie 2017 r. Tam zagwarantowano pieniądze w wysokości 2800 tys. zł – koniec listopada. Oczywiście, zrealizowano tylko 46 tys. zł. To był jakiś prognostycznie absurdalny pomysł. Prosiłabym więc bardzo o wyjaśnienie odnośnie do tego programu, a także o informację, bo ten program łączy się z programem prokreacyjnym z Narodowego Programu Zdrowia, jak one ze sobą się mają i jaki jest efekt tego programu.

I na koniec mam pytanie, które dotyczy mojego regionu i tego, co państwo mówią o szpitalach publicznych, o sieci onkologicznej i onkologii jako priorytecie. Cały czas słyszę, że to jest państwa priorytet. Na terenie Zagłębia kilka lat temu powstało Centrum Onkologii. Jest to ośrodek publiczny – publiczny, nie prywatny – kompleksowy i od trzech lat – przypominam, że to państwo rządzą – nie ma kontraktu. Pisałam w tej sprawie do pana ministra. Dostałam odpowiedź, że nie będzie kontraktowany. W związku z tym mam pytanie, jak państwo wytłumaczą ten fakt, ponieważ ten szpital był akceptowany zarówno przez stronę merytoryczną, jak i znalazł się na mapie potrzeb zdrowotnych ministra zdrowia. Mam pytanie nie tylko o kontraktowanie, ale i o przyszłość tzw. sieci szpitali onkologicznych, o których państwo mówią. Czy w takim razie ten kompleksowy ośrodek publiczny, w pełni wyposażony, znajdzie się w tej sieci? Dziękuję bardzo. Pani poseł, proszę.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Pani minister, Wysoka Komisjo, zaproszeni goście, ja chciałabym bardzo podziękować za decyzję z 31 stycznia 2017 r., w wyniku której zmieniono rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, na mocy którego wprowadzono nowe świadczenie gwarantowane w postaci perinatalnej opieki paliatywnej. To spowodowało, że koszty poniesione w 2017 r. na opiekę paliatywną i hospicyjną, w wysokości 667 616 tys. zł, były wyższe od tych, które zostały wykorzystane w roku 2016, niemniej jednak niższe od wartości planowanej o 1,6%. Chciałabym zapytać, czy w przyszłości będą prace nad zwiększeniem ceny porady w poradni medycyny paliatywnej, bo to spowodowałoby, że większość pacjentów trafiając do poradni medycyny paliatywnej nie trafiałoby, bo nie musiałoby, do stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicjów domowych, co znacznie by zmniejszyło kolejki w tych placówkach. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata MałECKA-Libera (PO):**

Dziękuję. Przepraszam, jeszcze pan przewodniczący prosił o głos.

**Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):**

Zawsze dużą wagę przykładam do analiz i śledzenia różnego rodzaju zjawisk. Być może nie uzyskam w tej chwili odpowiedzi, bo to może wymagać pogłębionej analizy, ale z tabeli przedstawionej na str. 35 wynika, że następuje stopniowy wzrost liczby



hospitalizowanych osób i realizowanych świadczeń. Ta proporcja między liczbą pacjentów a liczbą świadczeń jest mniej więcej taka, jak 1 do 2, czyli 1 pacjent, 2 hospitalizacje – tak średnio wynika. Natomiast zastanawia mnie zjawisko, które zostało pokazane. Mianowicie, w roku 2016 wzrosła liczba pacjentów o 126 tys., a liczba świadczeń o 553, co by świadczyło, że 1 pacjent, 5 hospitalizacji. Jeszcze większa dysproporcja jest w roku 2017, gdzie o 9 tys. zwiększyła się liczba pacjentów hospitalizowanych, natomiast liczba świadczeń o 96 tys., czyli, 1 pacjent, 10 hospitalizacji. Może w tej chwili trudno będzie państwu na to odpowiedzieć, prosiłbym więc ewentualnie o odpowiedź na piśmie, bo to jest zastanawiające zjawisko, dlaczego przyrost o jednego pacjenta ciągnie za sobą przyrost 10 świadczeń w szpitalnictwie. Czy to dotyczy nowych pacjentów, czy po prostu wszyscy dotychczasowi coraz częściej byli hospitalizowani? Zresztą to też wymaga analizy, bo być może chodzi o nadużywanie świadczeń, a wiadomo, że świadczenia szpitalne są najdroższe. Warto więc ten temat przeanalizować, chyba że państwo już w tej chwili mają odpowiedź, to dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Proszę bardzo, pani poseł.

**Poseł Gabriela Masłowska (PiS):**

Mnie interesuje sprawa hospicjów domowych. Jak fundusz ocenia, czy jest zainteresowanie tworzeniem tych hospicjów, bo z mojego oglądu sprawy wynika, że tak, bo powstają prywatne hospicja domowe. Jakie środki są przeznaczane na te cele? Czy zwiększane są nakłady na tworzenie hospicjów? W jakim zakresie? I jaka jest skala tego, bo wiadomo, że potrzeby w tym zakresie są ogromne.

I bardzo ważna kwestia. Czy działanie tych hospicjów i wykorzystanie środków jest poddawane należytej kontroli przez fundusz, bo w tym zakresie są różne sygnały? Czy mogłabym uzyskać jakąś informację, jak fundusz postrzega kwestię hospicjów domowych? Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję. Proszę bardzo, pan minister, pan prezes. Mają państwo głos.

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Dziękuję bardzo serdecznie z wszystkie pytania. Na część pytań zacznę odpowiadać, a później będą odpowiadać przedstawiciele NFZ, bo to są zadania funduszu.

Faktycznie, przy tych sprawozdaniach widzimy, że sytuacja NFZ w zakresie finansowym jest coraz lepsza. To znaczy, coraz więcej pieniędzy jest w systemie ochrony zdrowia, i to pieniądze istotnie dużo wyższe.

W roku 2017, z którego to sprawozdanie finansowe jest przedstawiane, przez budżet państwa zostały przekazane dodatkowe środki w wysokości 1 mld zł. Te środki zasiliły świadczeniodawców, którzy do tej pory mieli roszczenia względem NFZ za świadczenia nieopłacone i świadczenia ponadumowne. W związku z tym w ubiegłym roku znacząco wzrosły te środki, które świadczeniodawcy dostali dodatkowo ponad wartość umowy, i to nie tylko umowy za rok ubiegły, który skończyliśmy praktycznie bez żadnych nieopłaconych nadwykonań, ale także za lata poprzednie, w przypadku których ten problem w większości został rozwiązany. Oczywiście, ponieważ to były środki dodatkowe, te świadczenia zostały czasem opłacone częściowo, w wielu zakresach w 100-procentach, i dlatego świadczeniodawcy dostali więcej pieniędzy.

Jeśli chodzi o porządkowanie systemu w zakresie wynagrodzeń, to państwo wiedzą, że w tym roku i w latach ubiegłych cały czas działa porozumienie pana ministra Zembali. Pielęgniarki pracujące we wszystkich zakresach świadczeń korzystają z tego. Do przyszłego roku trwa coroczny wzrost o kolejne 400 zł na każdy etat. Dodatkowo w tym zakresie, ponieważ kończy się porozumienie, zostało zawarte kolejne, które kontynuuje ten system, tylko w zmienionej formie, uzgodnionej przez pielęgniarki, żeby nie było to finansowane w formie dodatków, tylko w formie normalnego wynagrodzenia zasadniczego i należnych pochodnych dla tej grupy.

Oczywiście najważniejszą rzeczą porządkowania systemu jest ustawa o minimalnym wynagrodzeniu w systemie ochrony zdrowia. Tutaj, po tym punkcie, będzie też dyskusja o nowelizacji tej ustawy. Jest to rozwiązanie systemowe, gwarantujące całemu systemowi, wszystkim pracownikom, odpowiednie minimalne wynagrodzenia, minimalne, tzn. takie, które świadczeniodawcy muszą zapłacić personelowi. Oczywiście jest okres dochodzenia do tych świadczeń, ponieważ nie jest to rozłożone wyłącznie na bieżący rok.

Jeśli chodzi o skargi, to pan prezes przedstawi, jak to wygląda, ponieważ takie raporty są w standardzie składane przez NFZ do Ministerstwa Zdrowia. Jest to sprawozdanie, które przyjmuje Rada Funduszu – sprawozdanie ze skarg i z terminowości rozpatrywania skarg. To jest jeden ze wskaźników terminowości działalności NFZ i tego, co się dzieje w systemie ochrony zdrowia. To jest bardzo istotny element działalności.

Jeśli chodzi o kolejki do wszczepiania endoprotez i operacji zaćmy, to one się skróciły w przypadku zaćmy i endoprotez stawu biodrowego. Minimalnie zwiększyła się kolejka w przypadku stawu kolanowego, mimo znacząco większych środków przekazanych świadczeniodawcom. Jest to związane z tym, że ten zakres był znacząco niedofinansowany i do kolejki zapisało się więcej świadczeniobiorców niż wyniósł wzrost dofinansowania tego zakresu świadczeń.

Jeśli chodzi o okulistykę i zaćmę, to tak jak pan dyrektor Jarnutowski powiedział, tam nastąpił znaczący wzrost liczby świadczeń w zakresie leczenia zagranicznego, ale jednocześnie NFZ temu przeciwdziałał i zwiększał środki. Często środki te były zwiększane kwotami pozaalgoritmicznymi, czyli te województwa, z których pacjenci najczęściej wyjeżdżali – to są świadczenia w szczególności w województwie opolskim, dolnośląskim, śląskim i małopolskim – dostały więcej środków na leczenie zaćmy i teraz widzimy tego efekty. Faktycznie ten okres istotnie się skraca. Jest to też związane z tym, że Polskie Towarzystwo Okulistyczne dało wytyczne do kwalifikacji do operacji zaćmy i świadczenia są wykonywane pacjentom, którzy potrzebują wykonania tej operacji. Celem jest dojście do takiego momentu, żeby nie było list oczekujących powyżej normalnego czasu, czyli 3–6 miesięcy.

Oczywiście, w przypadku endoprotez jest dłuższy czas skracania kolejek, ponieważ to są świadczenia, których nie jesteśmy w stanie zrobić ze względu na przepustowość, możliwości techniczne personelu medycznego. Nawet gdyby były środki, nie jesteśmy w stanie skrócić tych kolejek w ciągu roku, ale one też znacząco się zmniejszyły.

A jeśli chodzi o dobrowolne zrzutki na dzieci, my ten system czasem widzimy, tak jak państwo. Czasem widzimy nawet takie zapisy, że NFZ odmówił leczenia. NFZ odmawia czasem leczenia zagranicznego z tego powodu, że dane świadczenie jest świadczeniem gwarantowanym możliwym do wykonania w kraju i jest wykonywane z dobrą jakością. Jest proponowane leczenie, ale pacjenci chcą się leczyć u konkretnego lekarza. W Polsce nie ma takiej gwarancji, że każdy pacjent ma prawo wyboru lekarza z całego świata i gdzie chce się leczyć. Jeśli chce się leczyć za granicą, to właśnie zbiera środki finansowe po to, żeby się leczyć u konkretnego świadczeniodawcy, konkretnego lekarza. Takie przypadki mamy. W tym zakresie jest realizowany bardzo dobry marketing. Znacząco polepszyła się sytuacja w kraju. Właściwie większość świadczeń możemy wykonać. Jest to sformalizowana droga decyzji administracyjnej. Ta droga w pełnym zakresie jest przejrzysta i za każdym razem jest to traktowane indywidualnie. Konsultanci w tym zakresie się wypowiadają i jest wskazywana droga leczenia w Polsce, kto jest w stanie to wykonać.

Jeśli chodzi o świadczenia w onkologii, czy zostały opłacone za lata ubiegłe, kiedy otrzymaliśmy z budżetu państwa dodatkowe środki w wysokości 1 mld zł, to część świadczeń była świadczeniami priorytetowymi. Między innymi w zakresie onkologii wszystkie świadczenia, które były nieopłacone, niezwiązane z kartą DiLO – bo krata DiLO po wprowadzeniu była już opłacana odrębnie – zostały opłacone w wysokości 100%. Często były to świadczenia sprzed wprowadzenia karty DiLO oraz świadczenia, które nie załapały się na tę procedurę. Za 2016 i 2017 r. zapłaciliśmy. Jeśli chodzi o 2018 r., to trwa rozliczenie. W przypadku świadczeniodawców – żeby państwo wiedzieli – po zakończonym okresie, dyrektor podpisuje umowę do wartości wykonania kontraktu. To są sprawy

i techniczne, i finansowe, ale świadczenia zostaną zawsze opłacone, jeśli chodzi o świadczenia w zakresie DiLO, bo taki jest obowiązek ustawowy.

Jeśli chodzi o opiekę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, to – tak jak państwo widzieli – był opisany wzrost środków. Na podstawową opiekę zdrowotną wzrost jest cały czas i wynosi chyba 8%. Za tym nie idzie jednoczesowy wzrost o 8% liczby świadczeń, ponieważ to nie jest tak, że w podstawowej opiece zdrowotnej jednocześnie ze wzrostem o 8% mamy o 8% więcej ludności. Liczba ludności tak nie przyrasta jak wynagrodzenia w gospodarce.

Jeśli chodzi o pana ministra Masłowskiego, o specjalistykę ambulatoryjną, to faktycznie staramy się w tym zakresie to wzmacniać. Wielokrotnie było podkreślane, że w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udział i liczba świadczeń w stosunku do roku 2016 spadły, ale jest to spowodowane wejściem zmiany ustawy o podstawowym systemie zabezpieczenia szpitalnego, gdzie specjalistyka mieści się także w świadczeniach przyszpitalnych. Czyli, świadczenia ambulatoryjne w podstawowym systemie zabezpieczenia, które weszły od 1 października. W związku z tym ta grupa świadczeń została już rozliczona za IV kwartał 2017 r. w świadczeniach lecznictwa szpitalnego. Jednak na lecznictwo ambulatoryjne ogółem kwoty wzrosły. W tym zakresie znacząco je zwiększamy. To jest sprawozdanie za rok ubiegły, ale wzrastają wyceny świadczeń ambulatoryjnych. W tym roku, od II półrocza zwiększyliśmy świadczenia ambulatoryjne i coraz więcej świadczeń – te, które można było wykonać i w trybie ambulatoryjnym, i w trybie szpitalnym – przenosimy do trybu ambulatoryjnego po to, żeby uwolnić możliwości łóżkowe przyjmowania innych pacjentów, którzy tego wymagają.

A w ogóle, jeśli chodzi o lecznictwo szpitalne, dlaczego nie ma drastycznego spadku wydatków na leczenie szpitalne? Mamy sytuację trochę zastaną, że mamy listę oczekujących na świadczenia w zakresie lecznictwa szpitalnego – te listy oczekujących są dość istotne kosztowo i klinicznie – których nie można wykonać w trybie ambulatoryjnym. W znaczącej mierze są to świadczenia kardiochirurgiczne, neurochirurgiczne, a nawet okulistyczne. W związku z tym, to nie za bardzo da się wykonać w trybie ambulatoryjnym czy w podstawowej opiece zdrowotnej. To nie jest jedno i to samo, że możemy to przerzucić i zakres tych świadczeń do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Jeszcze pytanie o hospitalizacje planowe. My to analizowaliśmy. Faktycznie zostało przygotowane rozporządzenie w sprawie świadczeń w zakresie ortopedii, gdzie część świadczeniodawców, którzy nie wykonują minimalnych norm, od 1 stycznia nie ma możliwości wykonywania świadczeń, a część świadczeniodawców, którzy wykonują dużo świadczeń, ma dodatkowe wskaźniki, które promują wykonywanie dużej liczby świadczeń. W tym kierunku NFZ idzie, ponieważ, zgodnie z tym, co zostało opublikowane w ramach map potrzeb zdrowotnych, tam, gdzie jest wykonywana większa liczba świadczeń, jakość i efekt tych świadczeń są statystycznie istotnie lepsze. I dlatego zmienialiśmy wyceny w tych podmiotach od 1 lipca br. w zakresie okulistyki i chirurgii onkologicznej.

Jeśli chodzi o „dentobusy”, to w ministerstwie mamy coraz więcej pochwał, które do nas wpływają, i to naprawdę z małych miejscowości, w których pacjenci od dawna nie mieli możliwości wizyty u stomatologa. Jest to więc bardzo udany projekt. Jest to projekt, którego nie da się zrobić z dnia na dzień, ale teraz zaczął się rok szkolny. W wakacje też „dentobusy” jeździły. Te świadczenia są realizowane bardzo dobrze. Oczywiście, nie jest tak, że wszyscy stomatolodzy garnęli się do tego, bo oni w znaczącej mierze nie są zainteresowani tym, żeby porzucić swoje gabinety prywatne i jeździć w „dentobusie”. To nie jest tak wielki biznes jak prywatna stomatologia.

Jeśli chodzi o rozdział dodatkowych środków, to oczywiście strategia jest taka. Pani minister wie, że minister publikuje listę działań strategicznych, które promuje i na które przeznaczają pieniądze w pierwszej kolejności. Taką samą strategię ma NFZ – priorytety świadczeń zdrowotnych centralnych. NFZ taką realizację świadczeń zdrowotnych prowadzi. Dyrektorzy oddziałowi również takie świadczenia priorytetowe mają. W związku z tym te świadczenia są realizowane zgodnie z tą strategią.

Profilaktyka. Ostatnio była bardzo duża dyskusja w Krynicy nt. świadczeń – profilaktyka czy świadczenia bieżące, operatywa. Oczywiście, staramy się, i będziemy się

starać – Ministerstwo Zdrowia z NFZ – żeby świadczenia na profilaktykę szły większe, bo uważam, że nadal są za małe. Planujemy wdrożyć nowe projekty w zakresie profilaktyki, żeby więcej świadczeń było wykonywanych w tym zakresie. Myślę, że to na pewno w tym kierunku idzie.

Jeśli chodzi o „leki 75 plus” i ok. 50 000 tys. zł niewykonanych w roku ubiegłym świadczeń, które były dotacyjne, sytuacja jest taka, że świadczenia w zakresie „leków 75 plus” muszą być planowane ze szczególną ostrożnością, jak one są dodawane. Co roku jest znaczący wzrost. Teraz był ok. 20-procentowy. W tym zakresie na rok 2019 jest 90 mln zł więcej. Ten wzrost świadczeń (leków na listę „75 plus”) musi uwzględniać możliwości przyszłego roku. Z analizy roku bieżącego wynika, że najprawdopodobniej w roku bieżącym wykorzystanie tego budżetu wyniesie ok. 100%. W związku z tym nie można tego dookreślić, bo to jest plan roczny i musimy dokładnie zmieścić się w tym budżecie. Świadczeniodawcy, to są lekarze POZ i to oni realizują, oni ordynują leki. Trudno jest wycelować dokładnie na grudzień z tym budżetem, i tak się stało w roku ubiegłym.

Jeśli chodzi o program prokreacyjny, to pan prezes na pewno to przedstawi. Program został zrealizowany na koniec ubiegłego roku (2017). Ciężko było go zrealizować w pełnym zakresie. Został jednak już uruchomiony. Widać, że pierwsze świadczenia były już zrealizowane.

Jeśli chodzi o onkologię i Zagłębie, to faktycznie odpowiedziałem pani przewodniczącej na tę uwagę, że na dzień dzisiejszy dyrektor nie zaplanował ogłoszenia konkursu w zakresie oczekiwanym przez Dolnośląskie Centrum Onkologii. Jednak to dyrektor analizuje sytuację. Jeśli więc będzie możliwość i uzasadnienie merytoryczne, to oczywiście będzie ogłaszał konkurs. Sytuację w tym zakresie będziemy cały czas analizować.

Jeśli chodzi o opiekę paliatywną i opiekę perinatalną, to my też się cieszymy, że w tym zakresie mogliśmy przekazać dodatkowe środki, bo ta opieka wymagała mocnego wsparcia. Były dyskusje przed ogłoszeniem tego projektu w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w których uczestniczyliśmy, ale cieszymy się, że to zostało zrealizowane.

Hospicja domowe. Za świadczenia opieki hospicyjnej za rok 2017 i wcześniejsze – bo były nadwykonania w zakresie świadczeń szpitalnych – zapłaciliśmy w mniejszym zakresie niż za świadczenia ambulatoryjne i promujemy opiekę w hospicjach domowych. Jest to tańsze dla Ministerstwa Zdrowia, co jest bardzo istotne, ale i bardzo istotne dla tych pacjentów, że są w swoim środowisku domowym. Hospicjum domowe jest wsparciem dla domowników, wsparciem merytorycznym w zakresie opieki. To nie jest zabieranie pacjenta do obcego środowiska. Na pewno będziemy starali się to bardzo mocno wspierać.

Jeśli chodzi o pytanie pana przewodniczącego Sośnierza, to faktycznie odpowiemy na piśmie. Jednak z tego wynika, że jeżeli liczba pacjentów z 10 mln wzrosła do 10 000 010 pacjentów, a liczba hospitalizacji wzrosła o 100, to nie znaczy, że tych 10 pacjentów miało po 10 hospitalizacji w tym roku. To na pewno nie jest tożsame. Przeanalizujemy to dokładnie. Może ktoś jeszcze ze strony NFZ.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Rozumiem, że pan minister skończył. Czy tak?

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Tak.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Czy pan prezes zabierze głos?

**Prezes NFZ Andrzej Jacyna:**

Uzupełniając wystąpienie pana ministra, jeżeli chodzi o wypowiedź pani poseł Hrynkiewicz, to oczywiście 2017 r., a szczególnie końcówka tego roku, to jest przesunięcie ciężaru wydatków również w NFZ na część wynagrodzeniową, ponieważ jesienią nastąpiły protesty, które zaowocowały dużymi żądaniem placowymi. Pojawiły się one na poziomie zakładów, ale ogólnie, centralnie, trwały w tym czasie rozmowy z grupą rezydentów, jak również zaczęły narastać niepokoje w środowisku pielęgniarek. Efekt jest taki, jaki jest.



Ja nie powiem, żebym był szczęśliwy z takiego rozwoju sytuacji i cały czas oczekuję, że przystąpimy do normalizacji tej sytuacji tak, by przesuwać rozwiązanie z rozwiązań nacelowanych na poszczególne grupy zawodowe do rozwiązań ogólnych, które będą stabilizować system w części dotyczącej wynagrodzeń personelu medycznego i pomocniczego w formie jednego rozwiązania prawnego.

Myślę, że ustawa o minimalnych wynagrodzeniach, pod warunkiem odpowiednich nowelizacji, jest tym miejscem, gdzie to może być zawarte. Tak zresztą brzmi fragment porozumienia z pielęgniarkami, że w tej sprawie mamy podjąć rozmowy w kierunku zlikwidowania zapisów ogólnych warunków umów i przesunięcia tych zapisów do ustawy. Ja jestem jak najbardziej zainteresowany tym, żeby to stało się jak najszybciej, ponieważ dzisiejsze rozwiązania – moim zdaniem – są tymczasowe i powodują liczne dalsze problemy, również z rozliczeniem tych części wynagrodzeń. Nie jest dobrze, jeśli NFZ jest częściowym pracodawcą dla części zawodów medycznych. To nie jest dobre rozwiązanie. Trzeba dążyć do tego, żeby jak najszybciej to rozwiązanie zlikwidować.

Jeżeli chodzi o pytanie pana przewodniczącego Rucińskiego odnośnie do liczby skarg związanych z utworzeniem sieci szpitali, to myślę, że nie ma takiego zjawiska. Przynajmniej tego nie obserwujemy. Skargi, które spływają do NFZ, dotyczą raczej innych zakresów. Głównie dominują skargi związane z lecznictwem sanatoryjnym i np. stomatologicznym. Często są to problemy, które przesyłamy w kierunku samorządów zawodowych, ponieważ dotyczą konfliktów na linii świadczeniodawca-pacjent. Nie zauważyliśmy, aby sieć szpitali znacząco zmieniła skargi w 2017 r., ale myślę, że trzeba czekać na ocenę za dłuższy czasokres działalności sieci.

Jeśli chodzi o spadek w AOS – na co zwrócił uwagę pan poseł Hok – jest to iluzoryczne, ponieważ głównie chodzi o to, że w IV kwartale 1/3 świadczeń AOS „wylądowała” w ryczałtach w sieci szpitali. Być może to powoduje taką ocenę, że nastąpił spadek w AOS. To nie jest prawda, ponieważ jest to tylko przesunięcie. Wynika to z konstrukcji sprawozdania finansowego, z planu finansowego NFZ, który jeszcze tych niuansów nie rozdziela na części. Być może taką zmianę w planie finansowym czy w sprawozdaniu należałoby zrobić.

Jeżeli chodzi o wyjazdy za granicę i spadek liczby tych świadczeń, na które udzieliliśmy zgody i za które zapłaciliśmy poza granicami, to prowadzimy taką politykę, by coraz więcej świadczeń gwarantowanych było dostępnych na poziomie Polski. Typowym przykładem jest organizowanie świadczeń dla dzieci z wrodzonymi wadami układu ruchu. Dwa ośrodki w Polsce podjęły się tych operacji, które dotychczas były wykonywane w Stanach Zjednoczonych. To były duże kwoty. Dlatego, być może, jest ten spadek.

Odnośnie do znaczącego wzrostu wydatków związanych z zaćmami, jest oczywiste, że dopóki w Polsce stoi ok. 500 tys. osób w kolejce do operacji zaćmy, dopóty znajdzie się wiele osób, które skorzystają z propozycji prywatnych świadczeniodawców, którzy wywożą pacjentów w stronę Czech, Litwy, a za chwilę może i innych kierunków. Problemu nie da się załatwić w jeden rok. Świadczeniodawcy wykonują świadczenia zgodnie z naszymi oczekiwaniami, chociaż nie wszyscy. Część świadczeniodawców publicznych jakoś nie za bardzo się zainteresowała naszymi dodatkowymi propozycjami finansowania operacji zaćmy. Zareagował głównie rynek świadczeniodawców niepublicznych. Niemniej jednak, myślę, że jeżeli będziemy konsekwentnie, co roku, przeznaczali dodatkowe środki finansowe na ten cel, to w kilka lat opanujemy kolejkę do operacji zaćmy.

Chcę podkreślić, że do województw granicznych, gdzie jest tendencja do korzystania ze świadczeniodawców poza granicami, skierowaliśmy dodatkowe środki finansowe, oprócz tych zwiększających kontrakty w całej Polsce. Na terenie województw południowych oraz Podlasia dołożyliśmy środki, żeby kolejki do operacji zaćmy były tam likwidowane trochę szybkiej, aby łagodzić odpływ poza granicę.

Odnośnie do skracania kolejek w AOS, to w ostatnim czasie proponujemy dwa kierunki. Po pierwsze, jeżeli chodzi o świadczeniodawców niepublicznych, deklarujemy zapłatę za wszystkie świadczenia do końca roku. Proponujemy również premiowanie tych świadczeń w zależności od tego, jaki rezultat osiągnie świadczeniodawca. Może się spodziewać 10-procentowej lub 20-procentowej premii.



To samo proponujemy w sieci. Te rozwiązania będą zawarte w nowelizacji rozporządzenia dotyczącego rozliczania świadczeń w ryczałtach. I tu również przewidujemy podobną propozycję, jeśli chodzi o premiowanie zwiększenia. Do tej pory, to premiowanie było rzędu 1%. Ono wzrośnie – szczegóły są zawarte w nowelizowanym rozporządzeniu.

Jeżeli chodzi o priorytety, to one corocznie są ogłaszane, tak więc NFZ nie działa na zasadzie jakiejś okazji czy akcji tymczasowych. Polityka jest określona w formie list priorytetów centralnych, ogłaszanych przez prezesa NFZ. Do tego dochodzą listy priorytetów regionalnych. One są brane pod uwagę, uwzględniane zarówno przy kontraktowaniu świadczeń, jak i przy decyzjach dotyczących kwalifikacji nowych inwestycji poprzez program IOWISZ. Te sprawy są więc uregulowane.

Chciałbym jeszcze raz podkreślić, że wbrew powszechnej opinii, że panuje u nas system centralistyczny, że NFZ jest bardzo scentralizowaną organizacją, to nie jest prawda, ponieważ, po pierwsze, to dyrektor oddziału wojewódzkiego podpisuje umowy – prezes nie ma takiej kompetencji – i po drugie, to dyrektor oddziału wojewódzkiego w każdej chwili może zmienić plan, który ma. Jest to więc jego polityka i to on decyduje o ostatecznym kształcie planu finansowego oddziału, jak również o decyzjach dotyczących kontraktowania, podpisywania i realizacji umów. Prezes nie wywiera w tej sprawie żadnych nacisków na dyrektorów oddziałów, co chciałbym podkreślić. Dyrektorzy w strukturze NFZ mają dużą kompetencję i dość dużą swobodę odnośnie do podejmowania decyzji, co – jak myślę – nie jest powszechnie znaną opinią. Chciałbym ten mit rozwiać i pokazać, jak jest faktycznie. Oczywiście, ja zainteresuję się, dlaczego Zagłębie jest pomijane w kontraktach onkologicznych, ale ostateczna decyzja należy do dyrektora oddziału.

Odnośnie do wycen w opiece paliatywnej, to w tej chwili jest taka sytuacja, że organizacją, która decyduje o wycenach świadczeń jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a w związku z tym ten zakres świadczeń, w tym porada w medycynie paliatywnej, jest taryfikowany, więc prezes nie ma już ruchu. Natomiast w innych świadczeniach, gdzie jeszcze taryfikacja nie nastąpiła, mamy możliwość zmiany wycen. W zależności od tego, co pokazują nam świadczeniodawcy, takie działania są podejmowane. W tym roku największy ruch był w zakresie psychiatrii. Zaległości w tej sprawie były wieloletnie. Zrobiliśmy ruch finansowy – podnieśliśmy wycenę świadczeń 6-procentowym wskaźnikiem w świadczeniach dziecięcych i 4-procentowym w świadczeniach dla dorosłych.

Jeżeli chodzi o program polityki zdrowotnej w latach 2016–2020, to ja odpowiedź dla pani przewodniczącej przygotuję w formie pisemnej, bo nie mam w tej chwili materiałów na ten temat. I to samo, jeżeli chodzi o pytanie pana przewodniczącego Sośnierza – też postaramy się ten temat rozwinąć w formie pisemnej. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, ja mam taką prośbę, abym dostała odpowiedź pisemną nt. tego właśnie programu z polityki zdrowotnej, o który pytałam. On nazywa się kompleksowa diagnostyka niepłodności.

Prosiłabym również o pisemne stanowisko w sprawie zagłębiowskiego centrum, tym bardziej że – jak podkreślałam – jest to jednostka publiczna, która korzysta ze sprzętu, który był zakwalifikowany przez IOWISZ i został przekazany przez Ministerstwo Zdrowia, a nie ma kontraktu od trzech lat. Tak jak pan minister powiedział, dyrektor nie zaplanował tej usługi. Pytanie moje było bardzo precyzyjne: Jak to się ma do państwa priorytetów, bo cały słyszę, że priorytetem są właśnie onkologia i szpitale publiczne? Bardzo proszę o pisemną odpowiedź.

Jeszcze chciałabym do pana ministra skierować jedno zdanie, po jego wyjaśnieniach nt. profilaktyki. My na temat profilaktyki, panie ministrze, naprawdę dyskutujemy już wiele lat i Krynica nie była jedynym miejscem i nie było to takie miejsce, gdzie coś się wydarzyło. Myślę, że powinno to wydarzyć się w Ministerstwie Zdrowia i na to od wielu lat czekamy.

Są dwie osoby, które prosiły jeszcze o głos. Rozumiem, że jeden jest ad vocem, pani poseł, a pani poseł w drodze wyjątku, bo wiem, że pani nie było na sali. Więcej głosów już nie udzielę. Proszę bardzo.

**Posel Bernadeta Krynicka (PiS):**

Dziękuję bardzo. Przepraszam, musiałam być na sali plenarnej. Chciałabym zadać pytanie odnośnie do opieki ginekologiczno-położniczej na wsi. Jak wynika z kontroli NIK dotyczącej kobiet zamieszkałych na wsi i badania dostępu do ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych, nie wygląda to najlepiej. Chciałabym podać tutaj przykład województwa podlaskiego, gdzie na 118 gmin 77,8% nie ma zapewnionej opieki ginekologicznej. W zasadzie cały obszar Polski nie wygląda najlepiej. Najgorzej wyglądają ściana wschodnia i województwo mazowieckie. Chciałabym więc zapytać, panie ministrze, panie prezesie, czy podjęte zostały działania w tym kierunku, aby ta opieka została poprawiona. Czy zwiększono środki, nakłady, aby opieka nad kobietami mieszkającymi na wsi, które mają utrudniony dostęp do ginekologa, została w Polsce zmieniona? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Jeszcze pani poseł. Proszę, ad vocem.

**Posel Alicja Kaczorowska (PiS):**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, zaproszeni goście, koledzy, chciałabym wrócić do zakresu świadczeń poradni medycyny paliatywnej. Jeżeli rzeczywiście wycena jest świeża, to chciałabym zapytać o liczbę takich porad. Na przykład, na 30 chorych w hospicjum domowym, jeżeli ten ośrodek ma również poradnię medycyny paliatywnej, przypada 11 porad w poradni medycyny paliatywnej. Wydaje mi się, że gdyby ta liczba była większa, to więcej chorych trafiałoby do poradni medycyny paliatywnej i tam – przepraszam, że to mówię – tańszym sumptem można by było objąć opieką większą liczbę chorych, dlatego że część tych chorych, którzy byliby leczeni w poradni medycyny paliatywnej, nie musiałyby być włączane do hospicjum domowego, a są włączani dlatego, że liczba porad w tych poradniach jest za mała.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Czy pan minister będzie jeszcze odpowiadać na te pytania?

**Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:**

Może odpowiedzielibyśmy na piśmie. Jeśli chodzi o opiekę ginekologiczno-położniczą, to analizujemy jeszcze to wystąpienie Najwyższej Izby Kontroli i w tym zakresie mamy jednocześnie duże wsparcie Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Na pewno będziemy ten temat analizować pod kątem, w jaki sposób tę opiekę można poprawić.

A jeśli chodzi o opiekę ambulatoryjną w zakresie opieki paliatywnej, to oczywiście zgadzamy się, że w tym kierunku powinno iść finansowanie. Im więcej w trybie ambulatoryjnym, tym lepiej. Ponieważ nie wiemy, jakiego ośrodka to dotyczy, to odpowiemy na to na piśmie, ale kierunek jest taki, że jeśli jest zapotrzebowanie, to lepiej to sfinansować w trybie ambulatoryjnym niż w trybie hospicjum stacjonarnego czy hospicjum domowego.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję. W tej chwili musimy przystąpić do podjęcia decyzji. Po pierwsze, musimy podjąć decyzję odnośnie do 1 pkt, czyli wydania opinii.

„Komisja Zdrowia do Ministra Finansów w sprawie sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017, uchwalona na posiedzeniu w dniu 13 września 2018 r.

Komisja Zdrowia, na posiedzeniu w dniu 13 września 2018 r., zapoznała się ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017. Komisja Zdrowia, na podstawie art. 130 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie...” – jeżeli nie będzie sprzeciwu – „...opiniuje przedstawione sprawozdanie”. Ja tylko chcę tu dodać, że przyjmujemy sprawozdanie finansowe i ze względu na to, że wzrastały środki finansowe, będziemy opiniować ten wzrost środków finansowych pozytywnie.

Czy w takim razie jest sprzeciw odnośnie do przyjęcia tej opinii? Nie widzę zgłoszeń. Opinia została przyjęta.

Przechodzimy do przyjmowania poszczególnych sprawozdań. Proponuję może taki sposób. Będę stawiać pytanie do poszczególnego sprawozdania, a jeśli nie będzie sprzeciwu, to będziemy je przyjmować.

Jest tego bardzo dużo. Pierwsze jest rozpatrzenie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016 r., druk nr 1825. Czy ktoś jest przeciwko przyjęciu tego sprawozdania? Nie widzę zgłoszeń. Sprawozdanie zostało przyjęte.

Pkt 3 – rozpatrzenie łącznego sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017. Czy jest sprzeciw? Nie słyszę sprzeciwu.

I rozpatrzenie sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017. Tutaj zgłaszam sprzeciw. Poddaję to sprawozdanie pod głosowanie. Głosujemy.

Kto z państwa jest za przyjęciem? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

12 osób było za, 3 przeciw, wstrzymała się 1 osoba. Sprawozdanie zostało przyjęte.

Proszę o wyznaczenie posłów sprawozdawców, czy też jednego. Proszę bardzo, pan poseł.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Myślę, że jest to już naszą tradycją, że korzystamy z pani poseł Gabrieli Masłowskiej, która jest w Komisji Finansów Publicznych. Wydaje mi się, że ona jest właściwą osobą do przedstawienia sprawozdania.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Czy pani poseł wyraża zgodę?

**Poseł Gabriela Masłowska (PiS):**

Wyrażam.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Tak, wyraża. Tak więc, tę część porządku obrad mamy... Proszę? Tak, do wszystkich sprawozdań. Widzę, że każde słowo jest ogromnie ważne, więc nie chcę się pomylić. Dziękuję bardzo za tę część.

A teraz ten punkt, który został wniesiony dodatkowo, czyli wniosek o rozpatrzenie sprawozdania podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, druk nr 2793. Proszę państwa, dwie minuty przerwy technicznej.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Mam tylko prośbę do państwa posłów, żebyśmy się nie rozchodzili. Po prostu nasi goście do pierwszych punktów muszą wyjść. Chodzi o to, żeby później nie było problemu z kworum. Proszę więc nie wychodzić.

*[Po przerwie]*

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Przystępujemy do rozpatrzenia kolejnego punktu porządku dziennego. Komisja Zdrowia w dniu 11 września 2018 r. skierowała rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, druk nr 2793, do podkomisji nadzwyczajnej. Informuję, że podkomisja zakończyła pracę w dniu 12 września br. Podkomisja przyjęła sprawozdanie o projekcie. Sprawozdanie jest dostępne na poselskich iPadach w systemie SDI oraz zamieszczone w Systemie Informacyjnym Sejmu.

Przystępujemy do rozpatrzenia sprawozdania podkomisji. Udzielam głosu pani poseł Annie Kwiecień, która była sprawozdawcą podkomisji. Proszę bardzo, pani poseł... Przewodniczącą podkomisji...

**Poseł Anna Kwiecień (PiS):**

Sprawozdawcą najprawdopodobniej też będę, tak więc pomyłki nie ma. Pani przewodnicząca, pani minister, państwo posłowie, szanowni goście, pozwólcie, że przedstawię sprawozdanie z prac podkomisji.

Podkomisja w dniu wczorajszym zebrała się o godz. 14.00, rozpatrzyła proponowaną ustawę, która jest w druku nr 2793. Ustawa jest bardzo krótka. Rozpatrzone zostały 3 artykuły. Pojawiły się poprawki. Trzy poprawki zgłaszane przez pana posła Rucińskiego nie znalazły poparcia podkomisji, natomiast dwie poprawki, które zgłosiłam ja, podkomisja zaakceptowała. Podkomisja rekomenduje Komisji tę ustawę do przyjęcia. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo, pani poseł. Pani minister, czy pani chciałaby coś dodać odnośnie do tego sprawozdania.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Wyjaśnienia zostały złożone na posiedzeniu podkomisji. Jeżeli będą pytania, to jesteśmy gotowi do odpowiedzi.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Czy mamy kworum? Mamy. W takim razie przystępujemy do procedowania złożonego sprawozdania.

Po pierwsze, tytuł. Czy ktoś z państwa wnosi sprzeciw odnośnie do tytułu? Ja proponuję, żebyśmy jednak głosowali przy użyciu kart. Czy jesteśmy gotowi? Dobrze. W takim razie, tytuł ustawy.

Kto z państwa jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję bardzo.

16 osób za, nikt nie był przeciw, wstrzymała się 1 osoba.

Art. 1, zmiana pierwsza. Czy ktoś z państwa chce zabrać głos? Strona legislacyjna, ministerstwo. W takim razie, głosujemy.

Kto jest za przyjęciem zmiany pierwszej? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

17 osób za, nikt nie był przeciw, wstrzymała się 1 osoba.

Zmiana druga. Czy ktoś chce zabrać głos? Przepraszam, nie widziałam. Pan przewodniczący, proszę bardzo.

**Poseł Marek Ruciński (N):**

Pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, zgłaszam poprawkę do pkt 2. Poprawka ma polegać na tym, żeby po wyrazach „wykonywanej pracy” dodać wyraz „kwalifikacje”.

Chciałbym zwrócić uwagę na to, że w dokładnie opisanych w tabeli specjalizacjach i specjalnościach nie ma to niestety odzwierciedlenia w kwalifikacjach. Kwalifikacje są różne, w zależności od miejsca wykonywania pracy czy zatrudnienia pielęgniarki. W związku z tym uprzejmie proszę, żeby poza rodzajem wykonywanej pracy i sposobem osiągnięcia najniższego wynagrodzenia dodać również wyraz „kwalifikacje”.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Proszę panią minister.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Proponujemy nie uwzględniać tej poprawki, ponieważ przydział pracowników do poszczególnych grup określonych w załączniku do ustawy odbywa się już obecnie na podstawie kwalifikacji wymaganych na stanowisku pracy, czyli posiadania wyższego lub średniego wykształcenia lub też specjalizacji. Wyczerpuje więc to...

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Czyli po prostu neguje pani. Biuro.

**Legislator Robert Durlik:**

Nie mamy uwag. To jest kwestia merytoryczna.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. W takim razie przystępujemy do głosowania nad poprawką.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Za głosowało 6 osób, przeciw 12, nikt się nie wstrzymał. Poprawka nie została uwzględniona. Proszę bardzo, pan przewodniczący.



**Poseł Marek Ruciński (N):**

W związku z odrzuceniem poprawki zgłaszam wniosek mniejszości.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Zostało to zgłoszone. W takim razie głosujemy teraz nad zmianą drugą.

Kto jest za przyjęciem zmiany drugiej? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję bardzo. 16 za, nikt nie był przeciw, wstrzymały się 2 osoby.

Zmiana trzecia. Kto z państwa chce zabrać głos? Pani minister.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Nie mamy uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Biuro.

**Legislator Robert Durlik:**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, my podtrzymujemy nasze uwagi zgłoszone na posiedzeniu podkomisji, dotyczące niedostatecznej, naszym zdaniem, precyzyjności definicji pojęcia „pracownika działalności podstawowej”. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. W takim razie poddaję pod głosowanie zmianę trzecią.

Kto z państwa jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

16 za, przeciw nikt, wstrzymały się 2 osoby. Zmiana została przyjęta.

Zmiana czwarta. Czy ktoś chciałby zabrać głos? Pani minister.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Bez uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Biuro.

**Legislator Robert Durlik:**

Nie mamy uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Głosujemy. Kto jest za przyjęciem zmiany czwartej? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

17 za, nikt nie był przeciw, wstrzymała się 1 osoba. Zmiana została przyjęta.

Zmiana piąta. Czy ktoś chciałby zabrać głos? Proszę bardzo, pan przewodniczący.

**Poseł Marek Ruciński (N):**

Pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, chciałbym zgłosić poprawkę drugą do pkt 5 i nadać następujące brzmienie w pkt 7 i 8. W pkt 7: „pielęgniarka albo położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo lub kierunkach pokrewnych mających zastosowanie w ochronie zdrowia, ze specjalizacją – współczynnik 1,05”. Pkt 8 otrzymuje brzmienie: pielęgniarka albo położna z tytułem licencjata na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją – współczynnik 0,95”. Poprawka ta ma na celu – jak państwo zauważyli – zmniejszenie różnicowania pielęgniarek i odniesienie się do tytułu magistra i tytułu licencjata. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Pani minister, proszę o opinię.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Zgłaszam sprzeciw. Po pierwsze, jest nie do końca precyzyjna, bo jest luka, ponieważ pielęgniarki z tytułem magistra wracają do kategorii niższej. A poza tym wymaga to szczegółowych analiz, więc dzisiaj negatywnie...

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Jeżeli wymaga szczegółowych analiz, to możemy przerwać posiedzenie Komisji i analizować.



**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Nie ma zgody Ministerstwa Zdrowia na przyjęcie tej poprawki.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Strona legislacyjna.

**Legislator Robert Durlik:**

Nie mamy uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Głos z sali, proszę bardzo.

**Radca prawny Naczelnej Rady Aptekarskiej Krzysztof Baka:**

Krzysztof Baka, radca prawny. Naczelna Rada Aptekarska. My konsekwentnie prosimy o rozważenie zmiany w załączniku, polegającej na tym, aby farmaceutę, który ma wykształcenie wyższe i specjalizację, umieścić nie tak, jak obecnie w grupie piątej, tylko w pierwszej, i odpowiednio, farmaceutę, który ma wykształcenie wyższe, ale nie ma specjalizacji – czyli, obecnie w pkt 6 – umieścić w pkt 2. Argumentacja była wielokrotnie szeroko przedstawiana, więc nie będę dzisiaj państwu tego ponownie wyjaśniał. Naczelna Rada Aptekarska prosi o takie zmiany. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Konkretnej poprawki pan tutaj nie przedkłada, tylko proponuje ewentualne uwzględnienie.

**Radca prawny NRA Krzysztof Baka:**

Prosimy o taką zmianę.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dobrze. Dziękuję bardzo. Poddaję pod głosowanie poprawkę zgłoszoną przez pana przewodniczącego Rucińskiego.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję bardzo.

Za głosowało 5 osób, przeciw 12, wstrzymała się 1 osoba. Poprawka nie została uwzględniona. Panie pośle, proszę bardzo, bo rozumiem, że chodzi o wniosek. Czy tak?

**Poseł Marek Ruciński (N):**

Ta. Zgłaszam wniosek mniejszości.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. W takim razie głosujemy nad zmianą piątą.

Kto z państwa jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

14 osób było za, 1 przeciw i 2 się wstrzymały. Zmiana została przyjęta.

Głosujemy nad całością art. 1. Kto z państwa jest za przyjęciem artykułu? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Za 16 osób, nikt nie był przeciw, wstrzymały się 2 osoby.

Art. 1a. Czy ktoś chciałby zabrać głos? Pan poseł przewodniczący. Proszę bardzo, panie pośle.

**Poseł Marek Ruciński (N):**

Pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, zgłaszam poprawkę trzecią w następującym brzmieniu: „po art. 1 dodać art. 1a w brzmieniu:”. Podam zasadnicze zdanie z tego... Art. 1a. Zmiana w art. 1a... Nie, to jest nowy artykuł. Po art. 1 dodać 1a.

„w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w art. 26 ust. 1 dodaje się zdanie w brzmieniu: »W okresie przeszkolenia, pielęgniarka lub położna otrzymuje od podmiotu szkolącego wynagrodzenie w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego w ustawie z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, pochodzące z Funduszu Pracy«”. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Mam pytanie do Biura Legislacyjnego, ponieważ pan poseł tutaj proponuje, aby dodać art. 1a, a tu mamy już art. 1a.

**Legislator Robert Durlik:**

Pani przewodnicząca, to jest tylko kwestia techniczna, ponieważ to są ustawy nowelizujące. Pan poseł proponuje znowelizowanie ustawy z 2011 r. Gdyby więc państwo przyjęli taką poprawkę, to technicznie rzecz biorąc, na roboczo, miałyby oznaczenie 1a. Potem, po przenie numerowaniu do sprawozdania, byłby to numer drugi. Obecny art. 1a to jest ustawa o znowelizowaniu ustawy z 2018 r., więc jest on jakby kolejny. Czyli, 1b byłoby na roboczo, automatycznie, a po ujednoczeniu numeracji byłby to art. 3...

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Czyli technicznie, jeżeli dojdzie do przegłosowania, wszystko to państwo ustalają...

**Legislator Robert Durlik:**

Przenumerujemy. Natomiast technicznie ten przepis powinien być w tym miejscu – między art. 1 a art. 1a.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dobrze. Dziękuję. Pani minister.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Negatywne stanowisko ministra zdrowia.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

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

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Za głosowało 5 osób, przeciw 13, nikt się nie wstrzymał. Poprawka nie została przyjęta. Proszę bardzo, panie pośle.

**Poseł Marek Ruciński (N):**

Pani przewodnicząca, zgłaszam wniosek mniejszości.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Wniosek został zgłoszony.

Art. 1a poddaję pod dyskusję. Czy ktoś chciałby zabrać głos? Pani minister, art. 1a.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Bez uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Biuro.

**Legislator Robert Durlik:**

My nie mamy uwag. Oczywiście ponawiamy uwagę, którą zgłosiliśmy na posiedzeniu podkomisji, że treści zawarte w tym artykule wykraczają poza zakres przedłożenia. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Nie pierwszy raz. W takim razie poddaję pod głosowanie artykuł art. 1a.

Kto z państwa jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Za 15, nikt nie był przeciw, 3 osoby się wstrzymały. Artykuł został przyjęty.

Art. 2. Czy ktoś chce zabrać głos? Pani minister.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Bez uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Biuro.

**Legislator Robert Durlik:**

Bez uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Biuro bez uwag. Głos z sali, proszę.

**Prawnik w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej Michał Kozik:**

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, pani minister, Michał Kozik – Naczelna Izba Lekarska. Art. 2 ustawy w tym projekcie, który mamy, to jest kolejny przepis w ostatnim czasie, który przyznaje prawo do podwyżek określonej grupie albo może przyznawać prawo do podwyżek działające z mocą wsteczną. To znaczy, te podwyżki będą funkcjonować od lipca 2018 r.

Uwaga z mojej strony jest taka – i zarazem prośba do Ministerstwa Zdrowia – abyśmy mogli na tej sali usłyszeć informację, jak to się ma do roszczenia o ewentualne odsetki z tytułu opóźnienia w zapłacie. Jeżeli pracownik w październiku dostanie wynagrodzenie albo wyrównanie wynagrodzenia za lipiec i za sierpień, czyli za miesiące, które już upłynęły, czy ministerstwo jest zdania, że nie należą się odsetki i wypłacamy tylko kwotę należności głównej, czy ewentualnie jakieś roszczenia odsetkowe tym grupom będą przysługiwać? Mówimy o tej ustawie, ale w wielu innych aktach dotyczących pielęgniarek i ratowników medycznych mamy podobną sytuację. Legislacyjnie w projekcie państwo nie rozstrzygnęło problemu. Chciałbym, żeby chociaż w protokole posiedzenia komisji sejmowej była jakaś informacja w tym zakresie. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję. Proszę odpowiedź.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Pracownik nabywa prawa do tego świadczenia z chwilą wejścia w życie tej ustawy. W związku z powyższym nie powstanie roszczenie. Ustawa szczegółowo określa terminy, kiedy mają być wypłacane te należności. Natomiast prawa nabywa się z chwilą wejścia tej ustawy.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Pani minister, ale prosimy tutaj o konkretną odpowiedź, bo to, że nabywa prawa, to my wiemy. To, że w ustawie jest zapisane, też wiemy. Tu padło konkretne pytanie o odsetki.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Jeśli chodzi o pracodawcę, nie będzie zwłoki i w związku z powyższym, nie będzie zagrożenia odsetkami.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Jak to nie będzie zwłoki, jeśli to działa od lipca, a mamy wrzesień?

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Na mocy ustawy. Powtórzę jeszcze raz. Pracownik ma...

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Czy pani gwarantuje za wszystkich pracodawców, pani minister?

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Jeszcze raz podkreślę. Jeżeli pracodawca będzie się trzymać terminów określonych w ustawie, pracownik nie będzie miał prawa do odsetek.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Szanowni państwo, powiem szczerze, że jak długo tu pracuję, takie sytuacje niejednokrotnie miały miejsce, ale jestem zdumiony. Sytuacja jest jasna. Jeżeli pracodawca po wejściu ustawy – ustawa wchodzi w życie 14 dni po – będzie zwlekał z tą wypłatą, to wtedy może to rzeczywiście wywołać roszczenie odsetkowe. Rozumiem, że chciałby pan karać za to, że rząd chce dać nie od 1 października, tylko od 1 lipca. Ustawy jeszcze nie ma, w związku z tym trudno, żeby powstało roszczenie. Sytuacja dla mnie zupełnie oczywista. Dziwię się.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Ja się nie dziwię, bo różne rzeczy się zdarzają. Proszę bardzo.

**Prawnik w Zespole Radców Prawnych NIL Michał Kozik:**

Ja bardzo krótko, szanowni państwo. Oczywiście, nie chcę wchodzić w polemikę. Ja jestem takiego samego zdania jak ministerstwo, jeśli chodzi o ten przepis, tylko to jest wynik wykładni. Natomiast chodziło mi o to, że w tego rodzaju aktach prawnych, w których sięgamy wstecz i dajemy jakieś wyrównanie za okres wsteczny, można byłoby – moim zdaniem – troszeczkę doprecyzować przepisy, abyśmy tych wątpliwości nie mieli.

Jak państwo wiedzą, ustawa, która niedawno też budziła pewne wątpliwości – ta dotycząca podwyżek dla rezydentów i specjalistów... My w Naczelnej Izbie Lekarskiej nic innego nie robimy od dwóch tygodni, tylko próbujemy wyjaśniać wątpliwości dzwoniących lekarzy. Z tego wynika moja prośba, aby w tego rodzaju przepisach, które sięgają wstecz, znalazło się troszeczkę więcej precyzji, i tyle. Natomiast pogląd wyrażony ze strony ministerstwa ja podzielam, bo prawdopodobnie tak bym zinterpretował te przepisy. Jednak lepiej by było, gdyby to było napisane wprost, że pracodawca, który realizuje wypłaty wsteczne zgodnie z przepisami ustawy, nie jest narażony na konieczność zapłaty odsetek.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję i poddaję art. 2 pod głosowanie.

Kto z państwa jest za przyjęciem tego artykułu? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję. 16 osób za, nikt nie był przeciw, 1 osoba się wstrzymała.

Art. 3. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Pani minister, czy są jakieś uwagi do art. 3.

**Sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko:**

Bez uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Biuro.

**Legislator Robert Durlik:**

Nie mamy uwag.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Poddaję go pod głosowanie. Kto z państwa jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję bardzo. 16 za, nikt nie był przeciw, 1 osoba się wstrzymała.

Poddaję pod głosowanie całość sprawozdania. Kto z państwa jest za przyjęciem sprawozdania? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję bardzo. Sprawozdawca...

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Chciałbym zaproponować...

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Przepraszam, jeszcze wyniki głosowania. Za 16, nikt nie był przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Sprawozdanie zostało przyjęte.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Proponuję na sprawozdawcę panią poseł Kwiecień.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Pani poseł.

**Poseł Anna Kwiecień (PiS):**

Tak, jak najbardziej.

**Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.