

IX kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 28)**

z dnia 15 września 2020 r.



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 28)

15 września 2020 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

**– pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 563).**

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Dariusz Dziełak** dyrektor Departamentu Analiz i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia oraz **Alina Niewiadomska** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Maria Iwaszkiewicz** i **Urszula Sęk** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami, a także zaproszonych gości. Szanowni państwo, dzisiejszy porządek dzienny obejmuje pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 563). Zanim przejdziemy do procedowania najpierw sprawdzimy kworum, więc bardzo proszę o uruchomienie procedury. Proszę o wciśnięcie dowolnego przycisku. Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 35 posłów. Stwierdzam zatem kworum.

Szanowni państwo, a więc przechodzimy do realizacji porządku dziennego. Marszałek Sejmu w dniu 14 sierpnia br. skierowała rządowy projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 563) do Komisji do pierwszego czytania. Informuję, że wpłynęły opinie prawne i merytoryczne do tego projektu ustawy. Dostępne są na poselskich iPadach i w systemie SDI.

Przystępujemy do pierwszego czytania. Bardzo proszę, panie ministrze. Oddaję panu głos.

### **Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:**

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, po pierwsze w związku ze szczególnym znaczeniem inwestycji w sektorze zdrowia, a po drugie – niestety rosnącymi kosztami ich realizacji, po trzecie i może przede wszystkim – potrzebą zapewnienia pewnej harmonizacji między środkami publicznymi wydatkowanymi na inwestycje a rzeczywistym odniesieniem i do potrzeb społeczeństwa, i do map potrzeb zdrowotnych, ale również do systemu kontraktowania świadczeń... W ramach odpowiedzi na te trzy istotne przesłanki proponujemy zmianę ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie oceny celowości inwestycji, czyli w zakresie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ).

Celem projektowanych zmian jest przede wszystkim eliminacja zjawiska nadpodaży usług medycznych, a także dostosowanie inwestycji w sektorze zdrowia do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa i umożliwienie zapewnienia świadczeniodawcom perspektywicznego rozwoju. To o tyle ważne, że nasze kilkuletnie doświadczenia z funkcjonowaniem systemu IOWISZ pokazały, że nie uchronił nas w każdym zakresie i w każdym stopniu od pewnych inwestycji nadmiarowych. Do systemu IOWISZ nie wchodziły np. inwestycje

finansowane ze środków prywatnych. Spotykamy się z takim zjawiskiem przygotowania inwestycji, realizacji, a potem docisku na Narodowy Fundusz Zdrowia, na płatnika, że skoro już budynek stoi, to koniecznie trzeba dany zakres świadczeń zakontraktować i realizować – niezależnie od tego, czy na danym terenie, czy lokalnie, czy regionalnie jest problem z niedostępnością i rzeczywiście trzeba tę inwestycję w takim celu wykorzystywać.

Stąd procedowana zmiana ma na celu przede wszystkim objęcie oceną celowości inwestycji w systemie IOWISZ szerszego spektrum podmiotów poprzez uzależnienie kontraktowania z NFZ nowych świadczeń opieki zdrowotnej. Odwrotnie mówiąc, w przypadku braku pozytywnej oceny celowości inwestycji nie będzie możliwe zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w tym zakresie w trybie konkursu czy w trybie rokowań przez okres 5 lat od zakończenia inwestycji. To jasny sygnał dla wszystkich inwestorów, dla wszystkich świadczeniodawców, że jeżeli tej oceny nie będą mieli, to uznajemy, że nie przeprowadzili procesu oceny celowości i weryfikacji zgodności z mapami potrzeb zdrowotnych oraz zgodności z potrzebami na danym terenie. Stąd NFZ ma blokadę na zawieranie i kontraktowanie takich usług. To najistotniejsza zmiana w tej ustawie.

Pozostałe zmiany dotyczą kilku kwestii. Nie chciałabym powiedzieć, że formalnych, bo raczej merytorycznych, ale związanych również z naszymi obserwacjami. Po pierwsze określamy dolny limit wartości inwestycji, dla których wydawana będzie opinia o celowości inwestycji (OCI) na poziomie 2 mln zł. Po drugie chcemy istotnie wzmocnić ocenę wniosków inwestycyjnych dla inwestycji strategicznych, czyli takich, które definiujemy jako przekraczające 50 mln zł. Chcemy też wprowadzić pewne uproszczenia wymagań formalnych do procesu czy ujednoczenie opłaty za wniosek. Myślę, że istotne dla świadczeniodawców będzie uproszczenie formy składania wniosku i przejście na formę wyłącznie elektroniczną.

Tak jak mówię, najistotniejsze jest powiązanie systemu IOWISZ z systemem kontraktowania, ale inne zmiany, w szczególności ta dotycząca ograniczenia czy wprowadzenia dolnego limitu 2 mln zł, to w pewnym sensie ukłon wobec tych świadczeniodawców, którzy realizując inwestycje odtworzeniowe, wymianę zużytego sprzętu, często drobnego, musieli przejść przez system IOWISZ. Wydaje nam się to dzisiaj, po kilku latach funkcjonowania, rozwiązaniem nadmiarowym, z którego możemy zrezygnować. Możemy oszczędzić procedury dla inwestycji większych, tych o charakterze strategicznym, a przede wszystkim odtworzeniowe czy na drobne zakupy sprzętu możemy odpuścić. Szczególnie że często są to inwestycje, które i tak faktycznie nie wpływają na zakres kontraktowania, nie zmieniają dostępności do świadczeń, a po trzecie, tak jak mówię, często nawet nie dotyczą ściśle sektora medycznego czy klinicznego, a przede wszystkim pewnych inwestycji odtworzeniowych w pozostałych obszarach funkcjonowania szpitali.

Trzeci istotny aspekt to wnioski powyżej 50 mln zł i wprowadzenie rozwiązań związanych z powołaniem komisji oceny wniosków inwestycyjnych jako organu pomocniczego. Ta komisja, tak jak mówiłem, będzie opiniować wnioski powyżej 50 mln zł. W skład komisji będą wchodzić przedstawiciele Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ministra finansów, ministra do spraw rozwoju regionalnego, ministra zdrowia, prezesa NFZ. Po pierwsze i może najważniejsze: w latach 2018–2019 mieliśmy 25 wniosków o inwestycje przekraczające 50 mln zł, czyli to kilkanaście wniosków rocznie. To nie jest duża skala. Wydaje nam się, że wprowadzenie komisji dla tych wniosków rzeczywiście pozwoli odnieść się nie tylko do potrzeb zdrowotnych, do potrzeb związanych z mapami potrzeb zdrowotnych, do potrzeb związanych budowaniem pewnej dostępności albo jej zwiększeniem, co dzisiaj oczywiście minister zdrowia we współpracy z NFZ jest w stanie ocenić, ale traktujemy te inwestycje również jako pewne bodźce rozwojowe, bodźce mające pobudzić rozwój gospodarczy, bodźce związane z rozwojem regionalnym. Stąd rozszerzenie ciała decydentów czy weryfikatorów poza Ministerstwo Zdrowia. Co warto zauważyć, ta komisja nie będzie generowała żadnych dodatkowych kosztów. Członkom komisji nie przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniach. Mają to realizować w ramach funkcji, które pełnią w urzędach.

Tym, na co chciałem jeszcze zwrócić uwagę, jest rzeczywiście pewne usprawnienie dla podmiotów składających wnioski, że w szczególności przejście wyłącznie na system

elektroniczny... Dzisiaj niestety, mimo że mamy system elektroniczny, pewne wymogi ustawowe obligowały do przedstawienia dokumentu w formie papierowej. Teraz to eliminujemy. Przechodzimy wyłącznie na postępowania w formie elektronicznej.

W naszej ocenie ta ustawa, która po 4 czy prawie 5 latach funkcjonowania systemu IOWISZ, który jest systemem dobrym i który rzeczywiście dość dużo dobrego już zrobił w sensie zgodności inwestycji czy to z politykami rozwoju, czy to właśnie z mapami potrzeb zdrowotnych... Widzimy jednak dalej, że pewne kwestie nie są uregulowane. Widzimy takie przypadki, gdzie np. środki jednostek samorządu terytorialnego nie są, jak się wydaje, wydawane zgodnie z zapotrzebowaniem w danym regionie. To dotyczy np. takich zakupów jak sprzęt do diagnostyki obrazowej, kolejne tomografy komputerowe, podczas gdy rzeczywiście wydaje się, jak analizowaliśmy kilka czy kilkanaście takich przykładów, że tych potrzeb już nie było i wykorzystanie tych dzisiaj istniejących przed nową inwestycją, przed zakupem już wskazywało na dosyć duże pole do zwiększenia efektywności wykorzystania tego sprzętu, który stoi, a nie do kupowania nowego. Każdy kolejny sprzęt generuje potrzeby związane z potencjałem kadrowym, powoduje tak naprawdę kolejną falę pewnej walki o kadry. Jak myślę, dobre przykłady, które widzimy, są w zakresie radiologii. Rzeczywiście rozwój aparaturowy w radiologii jest bardzo duży, nie do nadgonienia tak naprawdę rozwojem kadry w tym zakresie.

Mam nadzieję, że Komisja przychyli się do zaproponowanych w ustawie rozwiązań, które absolutnie stanowią wyraz racjonalności i gospodarowania tymi zasobami, które mamy dzisiaj w systemie ochrony zdrowia. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Widzę już las rąk. Bardzo proszę, panie pośle. Udzielam głosu.

**Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):**

Projekt zmiany ustawy oczywiście, że jest racjonalny, tylko chciałem dopytać troszeczkę o szczegóły. Od razu powiem, że nie jest na szczęście wymagany jakiś pełen kosztorys, szczególnie jeżeli by chodziło o roboty budowlane, bo to byłyby niewielkie koszty i nie wiem... Najpierw projekt robić, wyceniać? Byłby to absurd. Natomiast spytam, jak mniej więcej będzie oceniana wartość kosztorysowa? Podmiot, który się zwróci o opinię, poda wartość kosztorysową. Powiedzmy, że 1,9 mln zł albo np. 50,5 mln zł. Jeszcze raz mówię, że nie namawiam do jakichś biurokracji, bo to byłby absurd, tylko proszę, żeby nam przybliżyć, jak to będzie oceniane.

Drugie pytanie. System IOWISZ faktycznie działał dobrze. Termin wejścia w życie ustawy jest dość szybki, bo i sytuacja tego wymaga, ale jak to będzie? Tak nie do końca się mogę zorientować. Czy to będzie zupełnie nowy program przy okazji oceny? Czy program IOWISZ będzie mocno zmieniany? To będzie zadanie ministra zdrowia. Jeżeli tak, to kiedy ten docelowy program trafi do zainteresowanych jednostek? Chodzi o to, żeby ludzie mieli czas już w nowym programie składać wnioski inwestycyjne. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pan poseł

**Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):**

Jestem troszeczkę zaniepokojony niektórymi zapisami, a przede wszystkim tym, co jest w uzasadnieniu. Pan minister, uzasadniając celowość stworzenia takiego narzędzia do oceny celowości inwestycji, powiedział m.in. o inwestycjach prywatnych. Że prywatni właściciele inwestują duże pieniądze, a potem starają się wymóc na NFZ uzyskanie kontraktu. Na pewno są takie przykłady, ale w uzasadnieniu państwo nic o żadnych prywatnych inwestorach nie piszą.

Natomiast sporo czasu poświęćcie samorządom. Piszecie, że istnieje luka, którą właśnie chcecie w tej chwili zapełnić. Dokładnie przeczytam: „Brak jest uregulowań dotyczących spełnienia warunków posiadania OCI w przypadku podmiotów leczniczych utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie przyznawania środków publicznych na realizację zadań w ramach ochrony zdrowia. Skutkuje to realizacją inwestycji, dla których występuje duże ryzyko nieuzyskania umowy z NFZ”. Wydaje

mi się, że jeżeli chodzi o celowość inwestycji finansowanych przez samorządy terytorialne, to jak mało kto samorządy terytorialne wiedzą o tym, jaka inwestycja na danym terenie jest celowa, a jaka nie. Jeżeli dofinansowują albo finansują w całości takie inwestycje, to myślę, że mają to dobrze przemyślane. Tymczasem państwo w swojej...

Trudno się oprzeć takiemu wrażeniu, ponieważ wszyscy wiemy, bo to jest pewien truizm, że obecna władza generalnie walczy z samorządami. Państwo stwarzają komisję, w której skład wchodzi wyłącznie przedstawiciele administracji rządowej. W ogóle nie ma mowy o tym, żeby wszedł tam np. przedstawiciel samorządu województwa. Wydaje mi się, że to jest pewne pole do nadużyć i kolejny, że tak powiem, kaganiec założony na samorządy.

Drugie pytanie. Nie bardzo rozumiem, szczerze mówiąc, co się dzieje z wnioskami, które są między 2 mln zł a 50 mln zł. Prosiłbym, żeby to jasno powiedzieć. Rozumiem, że to, co jest do 2 mln zł, nie wymaga oceny celowości inwestycji. Natomiast pan minister podkreślał, że komisja będzie się zajmowała strategicznymi inwestycjami, których kosztorys jest powyżej 50 mln zł. To co się dzieje z tymi, które są między 2 a 50 mln zł? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dobrze. Oczywiście, bardzo proszę, pani poseł Gelert.

**Posel Elżbieta Gelert (KO):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, zwracam się z tym samym pytaniem co poprzednik. Przede wszystkim, co się dzieje z wnioskami między 2 a 50 mln zł, jeżeli komisja będzie oceniała tylko i wyłącznie, bo tak to zrozumiałam, wnioski powyżej 50 mln zł? Co się dzieje z tymi wnioskami?

Teraz tak, czy ta ustawa zupełnie zastąpi system IOWISZ? Może nie do końca doczytałam, ale może pan minister mi wytłumaczy, czy ta ustawa zupełnie zastąpi system IOWISZ. Dlaczego w tej chwili uważają państwo, że IOWISZ nie spełnił swojego zadania? Tak jak mówił kolega, w wyjaśnieniach w uzasadnieniu nie piszą państwo nic o tym, że to środki niepubliczne, jeżeli są przekazywane, powinny tym bardziej być poddane państwa ocenie. To takie pytania.

Poza tym, jeżeli chodzi o środki do 2 mln zł, piszą państwo, że przede wszystkim poprzednio IOWISZ zajmował się środkami do 2 mln zł i na okrągło oceniał sprzęt itd. A przecież według państwa nie chodzi o to, żeby się zarzucić takimi drobiazgami, aczkolwiek to już w tej chwili 2 mln zł się robią drobiazgiem w naszym kraju. Natomiast, wie pan, zrobienie pracowni gastroenterologicznej albo pracowni urologicznej kruszenia kamieni na pewno zmieści się w 2 mln zł. Jeżeli w tej chwili się od tego odstępuje, jest to też jakieś wejście na rynek pewnych usług. Jak to się ma? Jak państwo wycenili, że 2 mln zł to jest już zbyt mało, żeby stworzyć jakąś usługę medyczną? Przecież to nie dotyczy tylko szpitali, ale wszystkich podmiotów, a więc również i podmiotów, które są specjalistyczną opieką ambulatoryjną.

Właściwie to byłyby wszystkie moje pytania. Czy IOWISZ nie będzie funkcjonował? Co z tymi wnioskami między 2 a 50 mln zł i co ewentualnie z tymi do 2 mln zł? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Skowrońska.

**Posel Krystyna Skowrońska (KO):**

Po pierwsze to chciałabym zapytać o konsultacje mapy potrzeb zdrowotnych z samorządami w tym zakresie, bo jeżeli pan minister powiedział, że będzie ta mapa brana pod uwagę przy opiniowaniu i ocenie projektów, to ona jest dla mnie ważna, żeby nie tylko... Tak jak jeden z moich przedmówców o tym mówił.

Po drugie, czy w związku z tym będziemy mieć całkowicie wyeliminowane podmioty z rynku? Jeżeli na tym rynku funkcjonują podmioty publiczne, które mają kontrakty, to rozumiem, że państwo wtedy, gdy posiadają one umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na dzisiaj, będą prowadzili oszczędną politykę, aby one mogły na tym rynku

się utrzymać. Rozumiem, żeby nowe podmioty niepubliczne, które startują, nie inwestowały, nie ponosiły strat i nie było tego, o czym pan minister powiedział.

Jeszcze jedna rzecz mnie bardzo interesuje. Nie podnosiliśmy tego przy Funduszu Medycznym. Mam jedno pytanie szczegółowe dotyczące m.in. budowy szpitala klinicznego w Rzeszowie dla wydziału lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Decyzja o uruchomieniu wydziału lekarskiego jest z 2015 r. Cały czas rozmawia się o projekcie i jest to duży projekt, który skupia w sobie zarówno dydaktykę, jak i to, do czego będzie stworzony, czyli utworzenie szpitala klinicznego. Koszty tego przedsięwzięcia wstępnie są szacowane na około 800 mln zł. Myślę, że bardzo wielu parlamentarzystom są znane. Interesuje mnie to. Jeżeli pan minister na to pytanie mi nie odpowie, bo to jest w kontekście takiej dobrej współpracy między Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego a Ministerstwem Zdrowia... Tak jak się urodził wydział, tak i dzisiaj z jakiego programu miałby szansę? Można to zakwalifikować zarówno jako przedsięwzięcie ważne strategicznie w zakresie FM i tego wieloletniego programu, jak i przedsięwzięcie, które jest oceniane programem IOWISZ. Mówimy o pewnej szansie.

Ostatnia rzecz. Mapa potrzeb zdrowotnych wpisywała się kiedyś w sposób finansowania, czyli równy algorytm albo świadczenie wysokospecjalistyczne. Oddzielna pula. Zatem jeżeli o tym mówimy, to proszę powiedzieć, jak państwo zamierzają zrównoważyć duże ośrodki, które dzisiaj realizują przedsięwzięcia i zwiększenie dostępności przez zabezpieczenie na danym terenie. Rozumiemy, że historycznie są niektóre placówki, jest kadra – i o tym nie mówimy. Ale żeby nie był to taki moment, że gdzieś będziemy rozbudowywać duże ośrodki, bo takie są potrzeby i one zabezpieczą na odległość, tzn. z dojazdem dla pacjenta... Czy będą państwo realizowali taką koncepcję, żeby nie było białych plam, żeby ta dostępność była jak najbliżej pacjenta? Jest to jednym z elementów komfortu pacjenta i dobrego kontaktu z rodziną.

To są moje pytania. Jeżeli na któreś pan minister odpowie mi na piśmie, będę bardzo wdzięczna. Nie chciałabym tym tematem szczegółowym zabierać może zbyt dużo czasu przy podnoszonym temacie, którego dotyczy ta regulacja.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze z państwa posłów? Bardzo proszę, pan poseł Szopiński.

**Poseł Jan Szopiński (Lewica):**

Mam trzy pytania do pana ministra. Pytanie pierwsze. Rozumiem, że podmioty realizujące inwestycje, zanim przystąpią w ogóle do montażu finansowego, muszą wystąpić do podmiotu wydającego opinię o tę opinię. Czy dobrze to rozumiem?

Druga kwestia. Oczywiście zgadzam się i też uprzejmie proszę o odpowiedź na pytanie, co z inwestycjami między 2 a 50 mln zł?

Po trzecie, czy w wypadku niektórych inwestycji to nie jest przypadkiem tak, że w tej sprawie procedujemy ustawę, aby ściągnąć od tych wniosków po 4 tys. zł? Te 4 tys. zł od tych podmiotów. Gdzie one będą przeznaczone?

Ostatnia kwestia. Ci, którzy pełnili służbę w organach bezpieczeństwa państwa, przeszli w stosownym czasie weryfikację, a tutaj zamykamy im drogę do tego, aby mogli być oni członkami komisji. Mam pytanie. Dlaczego?

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze są inne pytania? Nie słyszę. W takim razie pozwolę sobie też zabrać głos.

Szanowni państwo, u jednego z przedmówców pojawiło się stwierdzenie o rzekomej niechęci w stosunku do samorządów. Muszę zdecydowanie zaprotestować. Nie robiłem tego od razu. Proszę przypomnieć sobie Fundusz Dróg Samorządowych. Nie mówię już o wsparciu dla samorządów i tarczy samorządowej, ale o FDS i wielu innych wsparciach, również w zakresie inwestycji medycznych. Podkreślam, że medycznych – czy to karetki, ale także i różne inne inwestycje, których beneficjentem były samorządy. Mogę tu podać liczne przykłady, choćby tylko ze swojego województwa. Wiem, że podobna sytuacja dotyczy różnych innych województw, więc to jest poza dyskusją.

Natomiast interesujące dla mnie jest co innego. Gdyby pan minister był uprzejmy powiedzieć, jak w kontekście systemu IOWISZ układa się współpraca z samorządami,

ponieważ odnoszę wrażenie, że jednak... Po pierwsze to dobrze, że IOWISZ został wprowadzony. Natomiast robi się różnego rodzaju zabiegi, żeby próbować ewentualnie ten system obchodzić – niezależnie od tego, jakiego podmiotu leczniczego to dotyczy. Nie wiem, czy to są... Być może to są moje niesłuszne wrażenia, więc proszę ewentualnie o ocenę pana ministra. Zmierzam do takiego stwierdzenia czy takiej tezy, czy nie warto wprowadzić mechanizmów, które będą bardziej może nawet w jakimś sensie radykalne, jeżeli chodzi o inwestycje medyczne. Wszyscy bowiem na pewno jesteśmy za inwestowaniem w ochronę zdrowia, za unowocześnianiem placówek medycznych, natomiast z pewnością przeciwni dublowaniu kompetencji, kiedy nie ma takiej potrzeby, kiedy po prostu coś się realizuje czy próbuje realizować bez właściwego uzasadnienia. Być może te moje obserwacje wynikają jeszcze z okresu, kiedy pewne decyzje inwestycyjne były podejmowane wcześniej, jeszcze przed funkcjonowaniem systemu IOWISZ i stąd taka moja konstatacja. Być może teraz już tego problemu nie ma.

To tyle z mojej strony. Jeżeli nie ma więcej pytań, to...

Jeszcze zanim oddam głos panu ministrowi, chciałem powiadomić, bo byłoby to nieeleganckie, że pan przewodniczący Miller o tym wie. W ramach prezydium ustaliliśmy, że jednak do tej ustawy, choć krótkiej, powołamy podkomisję. Wiem już, że są zebrane osoby z dwóch klubów, czyli Koalicji Obywatelskiej oraz Prawa i Sprawiedliwości. Jeszcze poprosiłbym przedstawicieli Lewicy i Polskiego Stronnictwa Ludowego, żeby państwo kogoś ustalili.

Teraz bardzo proszę, panie ministrze. Oddaję panu głos.

#### **Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Dziękuję za te pytania. Faktycznie chciałem syntetycznie wypowiedzieć się na początku, być może dlatego, że część z państwa już jest zmęczona wcześniejszym procedowaniem FM, a jeszcze wiele przed nami dzisiaj do wieczora, więc może za krótko. Spróbuję więc to rozbudować.

System IOWISZ to kilkadziesiąt pytań oceniających sensowność czy celowość inwestycji. Tej oceny dokonuje minister zdrowia dla inwestycji o charakterze ponadregionalnym albo wojewoda dla inwestycji o charakterze regionalnym. Wojewoda przede wszystkim dla tych inwestycji, które są realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, a minister zdrowia przede wszystkim dla szpitali klinicznych i instytutów podległych ministrowi zdrowia. Wszystkie inwestycje, które dzisiaj były oceniane w systemie IOWISZ, nadal będą w nim oceniane, poza tymi do 2 mln zł. Zatem te pomiędzy 2 a 50 mln zł będą szły ścieżką, która jest realizowana dzisiaj. Będzie ich dokonywał albo minister, albo właściwy terytorialnie wojewoda. Dopiero powyżej 50 mln zł będzie dodatkowy mechanizm związany z komisją.

Teraz może przejdę do pytań szczegółowych. Mam nadzieję, że w międzyczasie będę mógł wspomnieć jeszcze o tym systemie, żebyśmy mieli pełną jasność. Pan poseł Wolski pytał, kiedy będzie nowy system informatyczny, czyli narzędzie informatyczne – w dniu wejścia ustawy czy po wejściu ustawy. Ten system mamy już gotowy. Zakończyliśmy testy tego systemu. On nie jest wywrotowy w stosunku do tego, co jest dzisiaj. Jest on raczej pewną ewolucją pytań i propozycji, które były określone w 2016 r. przy ustawie czy w 2018 r. przy nowelizacji. Tak więc on nie będzie zaskoczeniem dla świadczeniodawców.

Co do wartości kosztorysowej, to jest dobre pytanie. Przyjmujemy pewien poziom zaufania. Ten poziom zaufania możemy weryfikować, bo w systemie IOWISZ są pytania o to, jak oceniający ocenia realność zaproponowanych kosztów inwestycji. Zatem inwestycja, która będzie wyceniona na 2–3 mln zł, a będziemy dobrze wiedzieć, że ona może przekroczyć 50 mln zł, wydaje się naturalnie do odrzucenia. Natomiast oczywiście nie będziemy weryfikować, jeżeli ktoś zaproponuje 49 mln zł, czy przypadkiem nie będzie to 51 mln zł. Wydaje się, że nadmiarowe byłoby też faktycznie przygotowanie na tym etapie projektu budowlanego pewnego kosztorysu. To też są istotne koszty inwestycji. Projekty budowlane dla inwestycji kilkusetmilionowych kosztują kilkanaście, kilkadziesiąt milionów. Nie chcielibyśmy tego wymagać na tym etapie.

Pan poseł Hardie-Douglas pytał o prywatnych inwestorów. Słusznie, bo to też skrót myślowy. Oczywiście myślałem o wszystkich inwestorach, również o publicznych, jak



i o rozszerzeniu tego systemu. Prywatni inwestorzy być może byli przykładem, ale oczywiście mamy podobne przykłady z sektora publicznego, z sektora jednostek samorządu, choć nie tylko. Mamy również pewne sygnały z podległych nam instytucji, że np. chciałoby jakąś realizację inwestycji przeprowadzić środkami własnymi, co dzisiaj teoretycznie jest z systemu IOWISZ wyłączone, a nie chcielibyśmy faktycznie tego wyłączać.

Zebyśmy też dobrze się zrozumieli, największy zakres możliwości wsparcia i największy zakres wyłączeń dotyczy jednostek samorządu terytorialnego i inwestorów prywatnych, bo tam możliwości finansowania są większe. Jednostki samorządu terytorialnego projekty realizowane ze środków unijnych muszą dzisiaj przepuszczać przez system IOWISZ, ale wszystkie inwestycje finansowane ze środków samorządu do tego systemu nie wchodzi. Rzeczywiście widzimy, że buduje to niestety taką sytuację nadpodaży, budowania naddostępności w niektórych regionach. Nie chcę mówić, że jest to związane z nieracjonalnym gospodarowaniem środkami przez samorządy czy województwa, czy powiatu, natomiast moim zdaniem może to być często związane z niedostatecznymi narzędziami do oceny tego. Nie wiem bowiem, czy dzisiaj przykładowo marszałek województwa, a raczej może nawet wiem, że marszałek województwa nie dysponuje wiedzą o tym, jaki potencjał, jakie plany rozwojowe mają np. funkcjonujące na terenie województwa instytucje podległe ministrowi zdrowia. Nie wie również o podobnych planach, np. szpitali klinicznych. W mojej ocenie nie jest więc w stanie dokonać rzetelnej oceny celowości swojej inwestycji nie dlatego, że nieracjonalnie do tego podchodzi, tylko nie ma tej wiedzy i mieć jej pewnie nie może.

Odpowiadając na pytanie pani poseł Gelert, czy to zastąpi system IOWISZ... Nie, to jest kontynuacja systemu IOWISZ. IOWISZ dla inwestycji między 2 a 50 mln zł będzie bardzo zbliżony. Raczej powiedziałbym, że to lifting tych pytań, które są i które świadczeniodawcy znają, niż jakaś istotna zmiana. Chcę się też odwołać do wstępu. Nie mówiłem, że IOWISZ nie spełnił swojej roli. On w bardzo wielu aspektach wypełnił tę rolę i rzeczywiście dużo uporządkował w porównaniu ze stanem sprzed 2016 r., kiedy takiego narzędzia nie było w ogóle. Natomiast jeśli chodzi o te przykłady, o których mówiłem, czyli przykłady inwestycji, które wejść do systemu IOWISZ nie musiały, wydaje się, że jesteśmy na tym etapie, że warto byłoby to jeszcze bardziej doregulować.

Pytanie o 2 mln zł jest słuszne w pewnym sensie. Długo zastanawialiśmy się nad tym, gdzie ten próg postawić, żeby pewne inwestycje, które naprawdę do systemu IOWISZ nie pasują, o których nawet my jako oceniający mieliśmy sygnały czy na poziomie wojewódzkim, czy na poziomie MZ... W pewnym sensie ciężko było, żeby te inwestycje wypełniły minimalny próg punktowy. Wiedzieliśmy, że absolutnie to zasadne, ale szukam przykładu. Ciężko np. w systemie IOWISZ uzasadnić, że centralna sterylizatornia wypełni pułap minimalny. Rzeczywiście dużo mieliśmy takich problemów ze znalezieniem uzasadnienia. Oczywiście wszyscy czujemy na tej sali, że centralna sterylizatornia jest absolutnie potrzebna w szpitalu, ale trudno było nazbierać punkty w tym systemie na takie inwestycje, a wiemy też, że sama budowa, renowacja czy modernizacja w żaden sposób nie wpływają na dostępność świadczeń w tym podmiocie. Jak robiliśmy analizę wniosków, to po pierwsze historycznie było prawie 30% wniosków do 2 mln zł, z czego – nie wiem, czy dobrze pamiętam – 90% to były tylko i wyłącznie inwestycje odtworzeniowe, więc stąd próg na 2 mln zł. Przyznam szczerze, że zastanawialiśmy się nad 1 mln zł, ale tamten próg był podobny. Tam było dziewięćdziesiąt kilka. To już nie były istotne zmiany.

Odpowiadając na pytania pani poseł Skowrońskiej, dotyczące map potrzeb zdrowotnych, bo pojawiły się te dwa wątki, to jesteśmy teraz na etapie konsultacji publicznych ustawy, która na nowo reguluje system tworzenia map potrzeb zdrowotnych, budowania programów polityki regionalnej w zdrowiu, nałożenia tych obowiązków na właściwe organy. Tak jak mówię, ustawa jest teraz na etapie konsultacji publicznych, więc może nie będę się nad nią rozwodził. Myślę i mam nadzieję, że w przeciągu nie dalej jak 1–2 miesięcy trafi do Sejmu i będziemy mieli przyjemność nad nią pracować.

Krótko co do szpitala klinicznego w Rzeszowie. Faktycznie dostawaliśmy sygnały o tym, że taka inwestycja jest niezbędna. Natomiast po pierwsze wydaje mi się, że jeszcze dzisiaj ta inwestycja nie jest na tyle przygotowana, żeby inwestor mógł złożyć u nas

program wieloletni. Odpowiadając na pytanie, Fundusz Medyczny wydaje się jednym z takich źródeł możliwego finansowania tego typu inwestycji. On wpisuje się w subfundusz infrastruktury strategicznej. W pewnym sensie o takich projektach kompleksowych, dużych, konsolidacyjnych czasem, bo rzeczywiście w wielu tych dużych programach mamy do czynienia z infrastrukturą rozproszoną w różnych częściach miasta, co nie służy ani dydaktyce, ani pewnym pracom badawczo-rozwojowym na poziomie szpitali klinicznych... Tu rzeczywiście wydaje się, że to dość dobrze wpisuje się w FM.

Pan poseł Szopiński pytał, więc potwierdzam, że oczywiście opinia o celowości inwestycji musi być wydana, zanim rozpocznie się inwestycja. Czy zanim inwestor przygotowuje kosztorys? Pewnie nie, bo wstępne kosztorysy są już na tym etapie.

Oczywiście prostuję kwestię 4 tys. zł pobieranych od podmiotów. Po pierwsze ta kwota była i funkcjonowała również dla małych inwestycji. Jak szacujemy dzisiaj skalę inwestycji w Polsce, to zwiększenie zakresu tych inwestycji, które nie wchodziły, czyli realizowanych albo ze środków własnych samorządów, albo przez inwestorów prywatnych, zostanie skompensowane przez wyłączenie konieczności poddawania ocenie wniosków do 2 mln zł. Szacujemy, że liczba wniosków będzie zbliżona. Nawet wskazuje to ocena skutków regulacji (OSR). Nie zakładamy żadnych zmian w strukturze organizacyjnej. Czy to po stronie ministerstwa, czy wojewodów – nie będzie żadnych zmian organizacyjnych i kadrowych związanych ze zwiększeniem ewentualnej pracochłonności.

Na koniec przewodniczący Latos pytał o współpracę z samorządami. Zrozumiałem, że chodzi w pewnym sensie o obchodzenie systemu IOWISZ. Takie sygnały, które możemy wsadzić do kategorii plotki, pewnie do nas docierają, ale na poziomie systemowym nie widzimy takich sytuacji, że ktoś obchodzi program IOWISZ, czyli łamie prawo w tym zakresie. Nie powiedziałbym więc o obchodzeniu systemu IOWISZ. To obchodzenie albo może przynajmniej niepoddawanie ocenie było możliwe w inwestycjach finansowanych ze środków własnych samorządów. Faktycznie wydaje mi się, że część inwestycji systemu IOWISZ by nie przeszła, ale trudno mi odpowiedzieć, czy wiedzieli o tym decydenci albo finansujący te inwestycje na poziomie rozpoczęcia ich realizacji. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, tak jak wspomniałem, powołamy 11-osobową podkomisję. Nie ma w tej chwili na sali nikogo z PSL, ale pan poseł Klimczak zgłosił się do podkomisji w imieniu PSL i Kukiz'15. Natomiast jeżeli chodzi... Przepraszam. Najpierw oczywiście formuła. Na tym zakończyliśmy pierwsze czytanie ustawy.

Przechodzimy do powołania 11-osobowej podkomisji. Powiedziałem o panu pośle Klimczaku. Ze strony PiS będą to panie poseł Kwiecień, Dąbrowska-Banaszek i Sójka oraz posłowie Hoc, Chrzan i Rychlik. Państwo się zgodzili. Wcześniej uzyskałem taką zgodę. Teraz KO. Bardzo proszę, pan przewodniczący Miller.

**Poseł Rajmund Miller (KO):**

Z KO zgłaszam panią Monikę Rosę, panią Paulinę Kloskę i będę ja.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję. Jeszcze Lewica. Bardzo proszę.

**Poseł Marek Rutka (Lewica):**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ze strony klubu Lewicy zgłaszam posła Jana Szopińskiego.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, według mojej wiedzy i informacji, których państwu udzielię, nie ma tego w obecnym posiedzeniu Sejmu. Fundusz Medyczny jest, a tego nie ma. Jeżeli coś się zmieni, to być może zareagujemy. Jutro najprawdopodobniej pani marszałek zwołuje posiedzenie i podkomisja by się ukonstytuowała. Będzie wniosek, aby wydarzyło się to jutro po posiedzeniu Komisji, które będzie zwołane na podstawie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu, bo nie możemy rozszerzać porządku obrad. Jeżeli coś się zmieni i np. byłoby to jednak na tym posiedzeniu Sejmu, to nic nie stoi na przeszkodzie, żeby podkomisja jutro ten dokument rozpatrzyła. Ale zobaczymy, jak to się dalej ułoży.

Szanowni państwo, bardzo dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.

Przypominam, że jeszcze widzimy się dzisiaj o godzinie 19:30.

Podkomisja właśnie... Czy są jakieś zastrzeżenia i inne zgłoszenia, jeżeli chodzi o kandydatów do podkomisji? Nie słyszę. Stwierdzam, że podkomisja została zaproponowana pani marszałek w tym kształcie.

Zamykam posiedzenie Komisji.