



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(918)**

63. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 19 maja 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (druk senacki nr 608, druki sejmowe nr 1590, 1920, 1920-A, errata do druku 1920).

*(Początek posiedzenia o godzinie 17 minut 06)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam wszystkich przybyłych na posiedzenie. Witam panią senator, panów senatorów. Witam wiceprzewodniczącą sejmowej Komisji Zdrowia, panią poseł Beatę Małecką-Liberę. Witam pana ministra Jakuba Szulca. Witam panią Katarzynę Blicharczyk-Ożgę z Departamentu Prawnego. Witam pana Krzysztofa Filipa z „Solidarności”. Witam pana prezesa Grabowskiego z Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Jerzego Serafina z Fundacji „Prophilaktikos”. Witam panią Alinę Budziszewską-Malec. Witam pana Grzegorza Kucharewicz z Naczelnej Izby Aptekarskiej, witam pana Wojciecha Giewkowskiego z Naczelnej Izby Aptekarskiej. Witam panią Elżbietę Buczkowską, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Witam pana Grzegorza Kome. Witam panią Annę Gręziak, doradcę prezydenta do spraw zdrowia. Witam pana doktora Andrzeja Włodarczyka, prezesa okręgowej izby lekarskiej, pana Tomasza... Wydawało mi się, że opanowawszy czytanie recept, poradzę sobie, ale widzę, że sobie nie poradzę... Witam panią Annę Motylewicz z Ministerstwa Zdrowia, pana Andrzeja Musiałowicza, panią Bogusławę Osińską, panią Igę Lipską z Agencji Oceny Technologii Medycznych, pana Wojciecha Nowaka z Konfederacji Pracodawców Polskich, pana Marka Świerczyńskiego, także z KPP. Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie.

W porządku obrad dzisiejszej komisji mamy zaopiniowanie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach. Ustawa została uchwalona przez Sejm w dniu 7 maja i przesłana do Senatu 11 maja przez pana marszałka Komorowskiego. To jest jedyny punkt dzisiejszego posiedzenia komisji.

Proponuję, aby porządek pracy nad tą ustawą był następujący: oddamy głos panu ministrowi, następnie głos zabierze pani poseł, następnie pytania do pana ministra i ewentualnie do pani poseł, dyskusja i konkluzje. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że senatorowie zaaprobowali taki porządek pracy nad ustawą. Nie słyszę sprzeciwu. Przystępujemy zatem do pracy.

Bardzo proszę pana ministra o zreferowanie ustawy, bardzo ważnej z punktu widzenia funkcjonowania systemu świadczeń.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący.

---

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Mam niewątpliwą przyjemność przedstawić ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach. Projekt został przyjęty przez Sejm 7 maja. Tak jak powiedział przed momentem pan przewodniczący, projekt jest szalenie istotny z punktu widzenia realizacji zobowiązań, na które tak naprawdę czekaliśmy wszyscy. Wiemy, że obecnie w ustawie o świadczeniach mamy do czynienia z tak zwanym koszykiem negatywnym – art. 17 ustawy o świadczeniach plus załącznik do ustawy. Prace nad koszykiem świadczeń gwarantowanych w Ministerstwie Zdrowia trwały nie od dzisiaj. To na pewno można powiedzieć. Efektem tego jest ustawa z 7 maja, którą macie państwo dzisiaj przed sobą. Ustawa ta spełnia jeden zasadniczy cel, mianowicie porządkuje i systematyzuje wszystkie kwestie związane z dostępnością do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jak wiemy, w chwili obecnej obywatel nie ma tak naprawdę wiedzy i nie może mieć wiedzy na temat tego, jakie świadczenia mu przysługują, a jakie nie. Ustawa zapewnia realizację wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r. i odnosi się do skonstruowania właśnie pozytywnego koszyka świadczeń gwarantowanych, który w myśl przepisów ustawy z 7 maja ma być ujęty w trzynastu rozporządzeniach, tak zwanych rozporządzeniach koszykowych. To jest jeden z celów, który jest realizowany poprzez tę ustawę.

Drugi cel to dodanie w zasadzie całego nowego rozdziału w ustawie o świadczeniach odnoszącego się do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Podnosimy umocowanie prawne agencji z poziomu zarządzenia ministra zdrowia do poziomu ustawowego. Nadajemy Agencji Oceny Technologii Medycznych status państwowej osoby prawnej, no i dajemy Agencji Oceny Technologii Medycznych wszelkie uprawnienia do tego, żeby dokonywać oceny procedur, które potencjalnie mogą wejść w skład koszyka świadczeń gwarantowanych.

Może tyle tytułem krótkiego wstępu, bo przed nami pewnie dość długa dyskusja. Dlatego też ograniczę się w tej chwili tylko i wyłącznie do takich krótkich – suchych, można powiedzieć – stwierdzeń. Rozumiem, że będzie czas, na to, aby odpowiadać na zadawane pytania oraz dyskuszę na temat projektowanych zapisów ustawy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Poproszę panią poseł o zreferowanie prac w komisji.

**Posel Beata Małecka-Libera:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Mam przyjemność przedstawić sprawozdanie z prac podkomisji i komisji, które pracowały nad rządowym projektem. Wersję ostateczną, przyjętą przez Sejm, macie państwo przed sobą. Przygotowałam sprawozdanie, które dość szczegółowo opisuje wszystko to, co działo się w czasie prac komisji i czego dotyczy ustawa. Myślę, że w materiałach, jakie państwo dostaliście, było również dostępne moje sprawozdanie, które wygłaszałam na posiedzeniu komisji. Nie będę więc tutaj państwu przytaczała go

w całości. Chcę jednak jako poseł sprawozdawca zwrócić uwagę na kilka elementów, które pewnie w czasie dyskusji również tutaj się pojawią i niejako chcę pewne rzeczy uprzedzić.

Otóż pierwsza istotna sprawa, która się pojawia, to potrzeba pracy nad tą ustawą. Już po pierwszym czytaniu wszyscy jednoznacznie określali stanowiska pozytywne. Wszyscy widzieli potrzebę pracy nad tego typu ustawą, dlatego że w nowelizacji ustawy precyzyjnie się określa, co to jest świadczenie gwarantowane. Dyskusja szerokim kręgiem toczyła się wokół słynnego i znanego wszystkim zapisu w art. 68 konstytucji, czyli równego dostępu do świadczeń. Nie ukrywam, że ta dyskusja była tutaj najbardziej żywa z tego względu, że – tak jak państwo mają w projekcie ustawy – jest zapis, że świadczeniem gwarantowanym jest świadczenie, zarówno finansowane, jak i współfinansowane. Z różnego rodzaju interpelacji i z różnego rodzaju ocen i wywodów, jakie dotyczyły art. 68 konstytucji, wiadomo jedno: że mamy zapewnić równy dostęp do świadczeń. Jednak określenie zakresu tych świadczeń jest przełożone na ustawodawcę. To ustawodawca ma określić zakres i sposób finansowania, a nie konstytucja. Dlatego też ta ustawa przejmuje na siebie obowiązek ustanowienia tegoż zakresu. To jest bardzo ważny istotny punkt, który na pewno będzie również u państwa rodził różnego rodzaju problemy interpretacyjne.

Na bazie tej interpretacji mamy art. 15, w którym właśnie ten zakres świadczeń jest dokładnie zapisany. Tutaj również od razu powiem, że wiele emocji budziło między innymi wyłączenie z tego zakresu profilaktyki i szczepień ochronnych. To był temat najbardziej gorący. Chcę jednak podkreślić, że posłowie również zwracali na ten temat uwagę. Wielokrotnie wracaliśmy do tego tematu i jest jednoznaczne zapewnienie, że zarówno profilaktyka, jak i szczepienia ochronne znajdują się w obowiązkach POZ. Dlatego też nie wyodrębniamy rodzaju świadczeń, tylko mówimy o zakresach, a więc o części szerszej, o szerszym polu niż poszczególne procedury czy świadczenia medyczne.

I jeszcze jeden element, który również budził wiele emocji i gorącą dyskusję wśród posłów, mianowicie – państwo na pewno poznaliście zakres tej ustawy – pojawia się tutaj znacząca rola Agencji Oceny Technologii Medycznych, która między innymi opiniuje również programy zdrowotne realizowane przez samorządy. Były różnorakie pytania, czy za te opinie będą pobierane pieniądze, czy te opinie są wydawane odpłatnie, jak również, jak decydująca i wiążąca jest rola takiej opinii. Chcę więc jednoznacznie odpowiedzieć, że agencja wykonuje te opinie bezpłatnie. Te opinie będą po to wydawane, aby służyły samorządowi przede wszystkim jako opinia doradcza, z tego względu, że samorządy same decydują, jakie programy realizują, jakie badania profilaktyczne na swoim terenie chcą wykonywać i wydają na to własne samorządowe środki. Uważamy jednak, że powinno się prowadzić taką politykę zdrowotną, aby wydawane pieniądze były jednak ukierunkowane, a czasami jest brak wiedzy w samorządzie, w jakim kierunku i na jakie badania te pieniądze powinny pójść. W związku z tym jest to tylko rola doradcza dla samorządu, a równocześnie wiedza dla agencji, w jakich kierunkach są prowadzone badania i jakie są ewentualnie później wyniki.

To tyle ogólnie na temat prac, które prowadziłam. Jestem do państwa dyspozycji. Sprawozdanie jest dostępne, tak że nie będę go czytała. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pytania.

(*Senator Stanisław Karczewski: Biuro Legislacyjne.*)

Jest wniosek pana senatora, by teraz wypowiedziało się Biuro Legislacyjne.

Bardzo proszę.

### **Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu**

**Bożena Langner:**

Opinia jest przedstawiona na piśmie i nie chciałabym zabierać czasu, powtarzając to, co jest napisane. Odnosząc się bardziej szczegółowo do ustawy zawartej w druku nr 608, chciałabym wskazać na kilka kwestii. Mianowicie w dwóch miejscach ustawy – będę może powoływać się na artykuły ustawy zmienianej – w art. 31a ust. 1 w pktcie 2 i w art. 31g ust. 2 w pktcie 2a jest sformułowanie: skutki następstw choroby lub stanu zdrowia. Nie proponuję tutaj żadnej zmiany, bo rozumiem, że medycznie jest to dość istotne, jednak z legislacyjnego i językowego punktu widzenia to jest tak, że są dwa wyrazy, które znaczą to samo. Jest pytanie, jak należy rozumieć na przykład skutki następstw stanu zdrowia. Jest to więc pewna nielogiczność, która – chciałabym tu zwrócić uwagę – wkradła się do ustawy i jest pewnym mankamentem.

Druga sprawa to jest kwestia rekomendacji, które są niezwykle istotne dla wydania rozporządzenia przez ministra zawierającego wykazy zdrowia. Rozumiem, że ta rekomendacja jest istotna, ale poruszając się w legislacji, trzeba by zapytać jaki charakter ma ta rekomendacja, jak ona wiąże ministra... Ona nie wiąże, co jest podkreślane chociażby w uzasadnieniu. To jest więc dość istotne dla rozumienia przepisów, że ona jest po prostu elementem opinii. Zawiera ją opinia lub też odmawia się rekomendacji. Językowo patrząc na znaczenie tego słowa, to jest też kwestia pewnej logiki i stosowania pojęć, rekomendacja to jest coś, co ma charakter pozytywny. Jeśli zaś nie można jej udzielić, to jest brak rekomendacji. Wydaje mi się, że z tego punktu widzenia należałoby może uściślić te pojęcia, żeby nie było żadnych zarzutów w tej kwestii.

Następną sprawą, o której chcę powiedzieć, to jest kwestia terminologiczna w art. 31d ust. 2: zobowiązanego – obowiązane. Wydaje mi się, że to tymi pojęciami jednak operują ustawy i to jest obowiązek. Kwestia terminologiczna.

Następnie art. 31s ust. 3, gdzie jest mowa o radzie konsultacyjnej. Rozumiem, że wiele osób z państwa ma w świadomości obecne uregulowania, ale kiedy czytamy art. 31s ust. 3, to należałoby zapytać: rektorzy uczelni medycznych mają wspólnego przedstawiciela, czy też każdy rektor uczelni medycznej... Z brzmienia tego ustępu raczej nie wynika, że to jest wspólnie wskazanie przedstawiciela. W tym momencie można by zapytać, ilu będzie tych przedstawicieli z ramienia ministra zdrowia. Liczebność rady jest ograniczona – dwanaście osób.

Następna kwestia, to jest kwestia art. 36 ust. 5 i od razu jest podobny problem w art. 37 ust. 2. Chciałabym powiedzieć, że to jest uwaga ogólna. Chciałabym, żeby to jednak zabrzmiało tutaj, wiem bowiem, że to jest uregulowanie, które jest już w ustawie i to jest powtarzane. W tym przypadku jednak znowu mieszamy kwestie tego, czym jest opinia, a czym jest wytyczna. Jaki bowiem charakter ma stanowisko zespołu do spraw gospodarki lekami, czym ono jest dla ministra i czy ono go wiąże? Nastąpiło tutaj pomieszanie wytycznej, która mówi o tym, w jaki sposób uregulować to, co ma być w rozporządzeniu, z kwestią tego współuczestnictwa w akcie, którym jest zasięganie opinii. Trochę niedobrze, że to się zakorzeniło i

przeszło do art. 37 ust. 2. Chciałabym, żeby to jednak mocno zabrzmiało, że to nie jest prawidłowa legislacja.

Dalej artykuł... 2009 i wskazanie roku 2010. Tego doprecyzowania brakuje. Jak naprawdę należy rozumieć ten 2010 r. i co dotyczy lat następnych? Tutaj brakuje doprecyzowania. I kwestia art. 11 i trwania kadencji na początku przez trzy lata. Których w rzeczywistości członków ma dotyczyć kadencja w wymiarze krótszym? To też nie jest jasne i nie wynika z tego artykułu. Należałoby to więc jakoś uściślić. Ale jeśli mogłabym, to mam taką nadzieję, że te uściślenia tutaj usłyszę i będzie można ich dokonać. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, z przeglądu dyskusji w Sejmie na temat tej ustawy wynika, że zasadniczym elementem, który budzi wątpliwości i budził sprzeciw polityczny, była to, czy ustawa nie otwiera furtki do obarczania świadczeniobiorców nowymi opłatami, czyli ograniczenia dostępności do świadczeń gwarantowanych. To, co tutaj wydawało mi się kluczem w tej ustawie, to jest po pierwsze, uregulowanie wysokiego statusu Agencji Oceny Technologii Medycznych, która poprzednio działała na podstawie rozporządzenia. Obecnie została przeniesiona do ustawy i starannie w niej opisana. Uznanie za fakultatywne rekomendacji zgłoszonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych... Nie taję, że to budziło mój... Zastanawiałem się nad tym, czy nie bezpieczniejsze byłoby dla ministra wiązanie się opinią Agencji Oceny Technologii Medycznych. Trzecią sprawą, co do której są i co do której były podnoszone w Sejmie obawy – i to jest pytanie do legislatorów i do prawników ministerstwa – jest to, że lista świadczeń gwarantowanych, robiona na mocy rozporządzenia, nie spełnia kryteriów konstytucyjności. To są moje pytania do pana ministra bądź do państwa, którzy towarzyszą panu ministrowi, gdyż mamy tutaj też pewne specjalistyczne, prawne, trudne kwestie.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

#### **Jakub Szulc:**

Dziękuję.

Czy mam się najpierw odnieść do uwag pani mecenas? W niektórych bowiem momentach się zgadzamy, w niektórych mamy pewien kłopot. Może rozpocznę od końca, od art. 11 i stwierdzenia, że połowy członków rady konsultacyjnej kadencja jest krótsza. Dla sześciu członków rady konsultacyjnej kadencja jest krótsza o trzy lata. To wynika z chęci zapewnienia tego, żeby jednak rada była ciałem rotacyjnym. To znaczy, żeby nie powodować takiej sytuacji, w której w tym samym czasie likwidujemy całą tak zwaną starą radę konsultacyjną i w jej miejsce powołujemy dwanaście osób, które dotychczas mogły nie mieć żadnego doświadczenia związanego z takimi pracami, jak wskazane w ustawie. Tutaj te decyzje pozostawiamy ministrowi, bo to minister będzie powoływał osoby do rady konsultacyjnej, a więc będzie miał także prawo ich odwołania. To więc zostawiamy decyzji ministra. Celowo tego nie precyzujemy w ustawie. Sześciu spośród dwunastu członków rady konsultacyjnej utraci status członkostwa przed terminem, czyli po okresie trzyletnim.

Co do propozycji pani mecenas, dotyczącej art. 9, czyli tego wskazania roku 2010, to przyznajemy tutaj rację.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

W takim brzmieniu mamy przygotowaną poprawkę, Pani Mecenas.

*(Głos z sali: To jest siódma poprawka dotycząca art. 9.)*

W przypadku uwagi piątej i szóstej to co do zasady trzeba się zgodzić z tym, że rozwiązanie, do którego się odwołujemy, nie jest rozwiązaniem najbardziej fortunnym i właściwym. Z naszej oceny wynika jednak, że gdybyśmy chcieli w tym momencie dokonywać zmian, które są zaproponowane, to musielibyśmy dokonać daleko idącej ingerencji również w ustawie o cenach. W związku z tym na razie chcielibyśmy jednak, zwracalibyśmy się z prośbą, żeby pozostawić te zapisy takimi, jakimi one są, oczywiście przyjmując, że co do zasady uwaga zawarta w pktach 5 i 6 jest jak najbardziej słuszna.

Co do uwagi czwartej to nie widzimy, żeby była tutaj jakaś niejasność. Jeżeli faktycznie miałyby to zwiększyć przejrzystość, to także pozwoliliśmy sobie przygotować poprawkę, która enumeratywnie zawiera informacje o tym, jak jest zbudowana rada konsultacyjna. Faktycznie życzylibyśmy sobie, żeby reprezentant, który ma być zgłaszany przez rektorów uczelni medycznych, był reprezentantem wszystkich uczelni medycznych. Kłopot polega na tym, że nie mamy tutaj kolegiального ciała, które taką osobę jest w stanie wyłonić. W związku z tym, jeżeli okaże się, że rektorzy wyznaczają więcej niż jednego kandydata, to minister zdrowia będzie zmuszony do tego, żeby wyznaczyć osobę do rady konsultacyjnej spośród tych osób, które zostały zgłoszone przez rektorów. Mamy nadzieję, że rektorzy uczelni medycznych będą każdorazowo wypracowywali takie stanowisko, które zapewni realizację zapisu tak, żeby minister zdrowia nie miał żadnych wątpliwości co do tego, którego kandydata wybrać.

Proponujemy tutaj poprawkę, żeby ust. 1 dodawanego art. 31s nadać brzmienie: „przy prezesie Agencji działa rada konsultacyjna, w skład której wchodzi dwunastu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia”. I następnie ust. 3 nadać brzmienie: „w skład rady konsultacyjnej wchodzi: 1) ośmiu przedstawicieli wskazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia; 2) przedstawiciel wskazany przez rektorów uczelni medycznych; 3) przedstawiciel wskazany przez Naczelną Radę Lekarską; 4) przedstawiciel wskazany przez Naczelną Radę Aptekarską; 5) przedstawiciel wskazany przez Fundusz”. W ślad za tym również trzeba by było zmienić i odpowiednio dostosować art. 11 ust. 2 ustawy. Taką poprawkę też mamy przygotowaną.

Co do zmiany trzeciej, to propozycja odnosi się – ja o tym nie powiedziałem...

*(Głos z sali: Obowiązany – zobowiązany.)*

Obowiązany – zobowiązany. Ja o tym nie powiedziałem na początku – przepraszam, Panie Przewodniczący – ale my także pozwolimy sobie przedstawić dziesięć poprawek oprócz tych, które zaproponowaliśmy w ślad za uwagami pani mecenas. Będziemy proponowali dziewięć poprawek, z których większość ma charakter redakcyjny i legislacyjny. Jedna z tych poprawek również będzie się odnosiła do art. 31d i tutaj ten problem nam zniknie.

Tutaj, oczywiście, można by toczyć duże wywody co do pola semantycznego określonego przez słowo „rekomendacja”, czy ma ono wydźwięk pozytywny, stricte pozytywny, czy niekoniecznie. Agencja Oceny Technologii Medycznych wydaje re-



komendacje na okoliczność zmiany rozporządzenia, jednego z rozporządzeń koszykowych, a ściśle mówiąc określonej procedury, która znajduje się w rozporządzeniu, bądź też wykreśleniu określonego świadczenia z listy świadczeń gwarantowanych, z koszyka świadczeń gwarantowanych. Może to być rekomendacja, zarówno pozytywna, jak i negatywna. Tak to wygląda. Zawsze będzie rekomendacją do wykonania... Zawsze będzie pozytywna w tym znaczeniu, że będzie zawsze rekomendowała albo określone działania, albo ich brak. Pani Mecenasa, niestety, kłopot polega na tym, że my w projekcie w ustawie posługujemy się całym szeregiem sformułowań, czyli rekomendacja, opinia... Co jeszcze? Stanowisko. Musielibyśmy sprawdzić, czy zastąpienie słowa „rekomendacja” innym sformułowaniem o zabarwieniu niekoniecznie jednoznacznie pozytywnym, nie naruszałoby też pewnej struktury, którą przyjęliśmy w dokumencie.

I uwaga pierwsza, Pani Mecenasa, czyli skutki następstw. Znowu zdaję sobie sprawę, że jest to sformułowanie o tyle z jednej strony niefortunne, ile z drugiej prawdziwe. To znaczy mamy następstwo choroby, po czym możemy mieć jeszcze skutki następstw tejże. Nie bardzo mamy pomysł na to, co z tym tak naprawdę można było zrobić i jak tę żabę zjeść, tak żeby to się lepiej czytało, krótko mówiąc, po polsku.

Teraz odniosę się do pytań pana przewodniczącego. Pierwsza sprawa dotycząca współpłacenia. Faktycznie, spora część dyskusji ogniskowała się właśnie wokół potencjalnego współpłacenia, czy też rzekomego współpłacenia, które może się pojawić w wyniku przyjęcia nowelizacji ustawy o świadczeniach i ustawy o cenach, czyli ustawy koszykowej. Absolutnie nie było intencją rządu przedstawienie dokumentu, w wyniku którego wprowadzilibyśmy dodatkowe elementy, za które pacjent byłby obowiązany płacić, bo nie byłyby one finansowane ze środków publicznych, nie byłyby kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tak naprawdę wątpliwości dotyczyły przede wszystkim zmienionego słowniczka w ustawie, a więc definicji świadczenia gwarantowanego, gdzie wprowadzamy zapis, że świadczenie gwarantowane może być świadczeniem w pełni finansowanym lub częściowo finansowanym. Wynika to z jednego faktu. Tak zwane koszykowe rozporządzenia, czyli rozporządzenia, które będą dawały wykaz świadczeń, które mają być świadczeniami gwarantowanymi – ponieważ mówimy o koszyku pozytywnym – muszą jednoznacznie traktować zarówno o świadczeniach, które są gwarantowane w 100%, jak i o świadczeniach, które już na gruncie obowiązującego porządku prawnego, obowiązującej ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, podlegają współpłaceniu. Mówimy tutaj o takich dziedzinach, czy o takich zakresach, jak opieka długoterminowa, jak leczenie uzdrowiskowe, jak stomatologia. Siłą rzeczy delegacja do wydania tych rozporządzeń jest odwołaniem do zakresu, który określamy w art. 15 ust. 2 proponowanej ustawy, już w zmienionym brzmieniu. A tak naprawdę delegacja, dodawany art. 31d ust. 2, mówi, że minister właściwy do spraw zdrowia, określając poziom lub sposób finansowania danego świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględni, by ze środków publicznych były w całości finansowane świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadku których stosunek kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych jest najkorzystniejszy dla świadczeniobiorcy i podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Tym samym tak naprawdę wykluczamy możliwość współpłacenia bez dodatkowej zmiany, która musiałaby się dokonać na gruncie ustawy...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Art. 31d ust. 2. To jest zmiana dziewiąta, dodawany art. 31d. Tam jest, Panie Senatorze, dodawany cały rozdział.

Tak że tak naprawdę te zapisy wykluczały możliwość tego, żeby niejako tylnymi drzwiami minister zdrowia na gruncie swojej decyzji w rozporządzeniu doprowadził do zwiększenia – niż to ma odzwierciedlenie w obecnym stanie prawa – współpłacenia.

Ponieważ te wątpliwości pojawiały się dość często i były mocno podnoszone w debacie i w dyskusji, zarówno podczas prac sejmowej Komisji Zdrowia, jak i podczas drugiego i trzeciego czytania projektu ustawy w Sejmie, pozwoliliśmy sobie przygotować poprawkę właśnie do art. 31d – mam nadzieję, że państwo tę poprawkę przejmiecie – która jednoznacznie określa, że jeśli chodzi o warunki finansowania i poziom finansowania określonych świadczeń to rozporządzenie będzie określało poziom finansowania tylko i wyłącznie w odniesieniu do tych kwestii, które już podlegają współpłaceniu, czyli albo wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, albo – ZOL, sanatoria i stomatologia – czyli art. 18, 33, 40 i 41 obowiązującej ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Taką zmianę chcemy Wysokiej Komisji zaproponować. W tym momencie mamy jednoznacznie określone, jakie świadczenia będą podlegały współpłaceniu. Zakres tych świadczeń jest niezwiększony w stosunku do tego, z czym mamy do czynienia w obecnie obowiązującej ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku wątpliwości pana przewodniczącego, dotyczącej tego, czy faktycznie nie dajemy ministrowi zbyt dużo swobody, trzeba powiedzieć o jednej rzeczy. Myślę, że byłoby wygodniej, gdyby było tak jak pan przewodniczący mówi. To znaczy mamy jednoznaczną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i ta ocena jest absolutnie wiążąca dla ministra. Czyli na podstawie rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych minister ma związane ręce i musi powiedzieć: tak, w przypadku, kiedy rekomendacja jest pozytywna; musi powiedzieć: nie, w przypadku, kiedy rekomendacja jest negatywna.

Kłopot polega na tym, że gdybyśmy tak zrobili, to moglibyśmy sobie związać ręce w kontekście tego, co można byłoby zrobić... Pojawia się chociażby nowa cząsteczka na rynku, pojawia się nowy lek. Na ile jesteśmy w stanie dokonać wiarygodnej oceny, jeżeli nie mamy danych zewnętrznych. Musimy przeprowadzać sami kosztochłonne i czasochłonne badania. Zwiększa się zachorowalność na określoną chorobę. W moim przekonaniu powinniśmy zostawić margines do decyzji ministra zdrowia z jednego prostego względu. Nie zdarzyło się chyba jeszcze, żeby minister zdrowia podejmował decyzje wbrew świadczeniobiorcom, wbrew pacjentom. Raczej stara się finansować więcej niż mniej. Tutaj być może można upatrywać ryzyka, ale ja traktuję ten zapis właśnie jako naturalny wentyl bezpieczeństwa, który umożliwi do pewnego stopnia działanie bardziej elastyczne. Z drugiej strony na pewno rekomendacje Agencji będą dla ministra zdrowia dość istotną wytyczną. Nie ma co o tym mówić, wystarczy spojrzeć, jak są traktowane – to, co podnosiła pani mecenas – wytyczne zespołu gospodarki lekowej odnośnie podejmowania decyzji co do tego, czy dany lek powinien być refundowany, czy też nie.

Czy przeniesienie listy do rozporządzenia nie jest naruszeniem art. 68 ust. 2 ustawy zasadniczej? Otóż nie, dlatego że tutaj można odwołać się do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r., w którym jest jednoznacznie wskazane, co musi być

określone. Trybunał Konstytucyjny mówi, że po pierwsze, zakres świadczeń musi być określony na poziomie ustawy. To właśnie czynimy. Mamy tutaj art. 15 ust. 2, który enumeratywnie wylicza wszystkie zakresy. Żeby uprzedzić pytania, które mogą się pojawić później, są to wszystkie zakresy, które są kontraktowane w danym momencie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Do tego chcielibyśmy, też za zgodą Wysokiej Komisji przy przejściu poprawki, dodać programy zdrowotne jako kolejną możliwość. Zakresy mamy zdefiniowane i mamy jasno określone zasady kwalifikowania bądź wykluczania świadczeń. Cała procedura kwalifikowania, bądź wykluczania świadczeń z koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli z tak zwanych rozporządzeń koszykowych, jest w ustawie opisana. W związku z tym to jest to, na co wskazywał Trybunał Konstytucyjny, co powinno się w ustawie znaleźć. Może pozwolę sobie zacytować: „ustawa powinna określać wykaz świadczeń gwarantowanych, bądź świadczenia ponadstandardowe, które są finansowane ze środków pacjenta. Jeżeli założyć, że jest to niemożliwe – ani od strony pozytywnej, ani od strony negatywnej – ustawa powinna wprowadzać co najmniej dostatecznie jasne i jednoznaczne kryteria formalne, według których będzie następować ustalanie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie procedury”. No i to jest to, co tak naprawdę realizujemy, to, co zostało zapisane w wyroku z 7 stycznia 2004 r. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

**Senator Waldemar Kraska:**

Panie Przewodniczący, jeżeli jest taka możliwość, jeżeli pan minister mógłby nam w tej chwili dać na piśmie poprawki rządu... Jak wiemy, w Sejmie wielogodzinna dyskusja dotyczyła właśnie tego: możliwości współpłacenia. Rząd, właściwie pani minister, bronił tego jak lew, a w tej chwili państwo wprowadzacie poprawkę, która...

*(Głos z sali: Jak lwica.)*

Tak, jak lwica. W tej chwili państwo wprowadzacie poprawkę, która to dokładnie doprecyzowuje. Czyli była w tej ustawie furtka do współpłacenia, tak? No bo czemu ma służyć ta państwa poprawka? Niech jeszcze raz pan to wytłumaczy.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Już odpowiadam, Panie Senatorze. Otóż ust. 2 dodawanego art. 31d w naszym przekonaniu wystarczająco precyzyjnie definiuje, co tak naprawdę będzie można uznać za świadczenie, które może być świadczeniem współpłaconym, czyli niegwarantowanym w 100%. Przytaczałem tutaj zapis tego artykułu. W związku z tym, że pojawiły się wątpliwości, co do ustalania poziomu cen, do którego delegacją jest art. 31d ust. 1 ustawy, proponujemy enumeratywnie wyliczyć podstawę, dla której zmiany w poziomie finansowania mogą zostać wprowadzone na gruncie rozporządzeń koszykowych. To są właśnie wyroby medyczne, to po pierwsze, i po drugie to, co znajduje się

w art. 18, 33, 40 i 41, czyli opieka długoterminowa, czyli stomatologia, czyli leczenie uzdrowiskowe.

W takim razie przekazuję już poprawki... Aha, już są przekazane. Dobrze.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pytania.

Pani senator Fetlińska, proszę bardzo.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

W art. 31s mówimy o radzie konsultacyjnej. To niezwykle ważna rada, ponieważ w niej jest właściwie główny przepływ ocen procedur, które mają być współpłacone, albo też udzielane nieodpłatnie. W ust. 3 mamy określony skład rady, jej dwunastu członków. Między innymi są oni wskazani przez Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Aptekarską oraz fundusz, oczywiście rektorów akademii medycznych. I teraz mam pytanie. Jest oczywistą oczywistością, że tak powiem, że lekarze wiodą prym w sprawach opieki medycznej, zdrowotnej. To nie ulega żadnej wątpliwości. Słuszne jest też, że są tutaj dopuszczeni aptekarze, nie ma zaś w tym składzie rady przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jednakże ta grupa zawodowa także stanowi o jakości leczenia. W zasadzie... Ja wiem, panowie lekarze, senatorowie, koledzy uśmiechają się, ale tak naprawdę bez dobrej pielęgnacji nie ma też dobrego leczenia. Jakość leczenia jest uwarunkowana dobrą pielęgnacją.

Mamy w tej chwili w Polsce na wszystkich akademiach, czy też uniwersytetach medycznych, kierunek kształcenia: pielęgniarstwo, położnictwo. System boloński jest tutaj zachowany. Przynajmniej cztery uczelnie mają prawo nadawania tytułu doktora nauk medycznych. Mamy w tej chwili w Polsce kilku profesorów pielęgniarstwa, ale mamy też sporo doktorów habilitowanych i już kilkuset doktorów nauk medycznych w zakresie, nie zawsze pielęgniarstwa, ale w badaniach związanych z pielęgniarstwem. Często właśnie pielęgniarki podejmują badania dotyczące właśnie jakości życia pacjentów w różnym stanie zdrowia. I właściwie to głównie pielęgniarki, na wzór pielęgniarek amerykańskich, zapoczątkowały te badania w Polsce, w polskiej medycynie, i wprowadziły to do naszej medycznej działalności.

W związku z tym wydaje się, że należałoby – tutaj się zwracam do kolegów z Wysokiej Komisji – rozpatrzyć jednak możliwość włączenia się tutaj z poprawką, że jednym z tych dwunastu członków powinien być także przedstawiciel...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Albo trzynastym, tak też może być, albo też jednym z dwunastu.

...przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Myślę, że pomijanie tak wielkiej grupy zawodowej, stanowiącej tak wiele o jakości świadczeń medycznych, byłoby tutaj wielkim zaniedbaniem z naszej strony. Tutaj jako senator, ale też i pielęgniarka, i nauczyciel akademicki, który dba o rozwój tej dyscypliny naukowej, zwracam się z apelem, żeby to przemyśleć. To nie jest lobbing pielęgniarstwa, tylko to jest po prostu poczucie, że nie można tej ważnej w tej chwili dziedziny świadczeń zdrowotnych pominąć. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pan senator Pawłowicz, proszę bardzo.

**Senator Zbigniew Pawłowicz:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, pozwolę sobie mieć do pana jedno pytanie i drugie do pana prezesa Grabowskiego.

Panie Ministrze, w art. 31e pkt 1 jest opisane, że minister właściwy do spraw zdrowia może usunąć dane świadczenie, i dalej jest opisana cała procedura, jako świadczenie gwarantowane. Chcę zapytać pana ministra, również jako menedżera, ekonomistę, czy pan minister nie sądzi, że powinien być jakiś deadline tego typu działań. Świadczeniodawca mając gwarantowane świadczenie finansowane ze środków publicznych – odnotowujemy dążenie do wolnego rynku – będzie przygotowywał odpowiednią inwestycję i nagle się okaże, że coś, co było gwarantowane, jutro nie jest gwarantowane. Czy nie powinien być zapis: w danym roku kalendarzowym budżetowym, czy jakimś innym, prawda?

*(Głos z sali: Czy na czas trwania umowy.)*

Czy na czas trwania umowy?

Nie mówię o wprowadzaniu, tylko wykreślaniu. In plus zawsze możemy działać. Czy natomiast wykreślanie nie powinno być jednak czasowe?

I od razu, skoro jestem przy głosie, drugie pytanie do pana prezesa Grabowskiego. Panie Prezesie, jak pan ocenia świadczenia gwarantowane? Czy Narodowy Fundusz Zdrowia będzie w stanie zapewnić pełną dostępność do koszyka świadczeń gwarantowanych w zgłaszanych przez świadczeniobiorców...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

W sensie świadczeń nielimitowanych. Co bowiem wtedy z umową? Umowa bowiem jest *gentlemen agreement* obu stron. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, mamy trzy pytania. Pierwsze postulatywne, dotyczące poszerzenia składu rady konsultacyjnej, i dwa pytania pana senatora Pawłowicza.

Pani poseł chce zabrać głos?

Bardzo proszę.

**Posel Beata Małecka-Libera:**

Chciałabym się odnieść do pytania, które przedstawiła pani senator na temat Naczelnej Izby Pielęgniarskiej. Otóż chcę powiedzieć, że podobny postulat był również przedmiotem dyskusji w czasie posiedzeń podkomisji i komisji. Argumenty przedstawiane na naszym posiedzeniu były bardzo podobne do tych, które przedstawiła tutaj pani senator. Jednakowoż posłowie nie podzielili tego zdania i w drodze głosowania negatywnie zaopiniowali zgłoszoną w tym zakresie poprawkę. Jako argumenty za propozycją padały zdania, że lekarz zapewnia opiekę kompleksową nie tylko pod wzglę-

dem leczniczo-diagnostycznym, ale również musi rozpatrzyć pod względem opieki i w zupełności osoba desygnowana przez izbę lekarską zapewni kompleksową całościową opiekę. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan minister.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Odnosząc się na wstępie do postulatu sformułowanego przez panią senator, oczywiście jest tak, że to Wysoka Komisja i państwo będziecie decydować o tym, czy dane zmiany proponować w ustawie, czy też nie. Faktycznie, chcę podkreślić to, co powiedziała pani przewodnicząca, że taka dyskusja odbyła się podczas prac w Sejmie i zaproponowane rozwiązanie nie uzyskało wystarczającego poparcia. Już w żaden sposób odnosząc się do zawodu pielęgniarki i położnej, i Naczelnej Rady, sytuacja wygląda następująco. Oczywiście, każdy z nas powinien pochylać się z jak najgłębszym szacunkiem nad tym, co środowisko robi w ochronie zdrowia. Rola pielęgniarki i położnej w żaden sposób nie powinna być umniejszana. Gdybyśmy natomiast chcieli iść dalej w tym kierunku, to również powinniśmy powołać diagnostów laboratoryjnych, również powinniśmy powołać fizykoterapeutów, rehabilitantów, na pewno przedstawiciela lekarzy dentyków, przedstawiciela ratowników medycznych itd., itd. Tutaj po prostu ten zakres jest bardzo duży i trzeba będzie wybrać. Nie wszystkie środowiska medyczne będą miały w radzie konsultacyjnej swoich przedstawicieli.

Myślę, że tutaj lepszym rozwiązaniem jest jednak to, żeby starać się polegać na tej propozycji, która zostanie wyartykułowana przez ministra zdrowia, ponieważ siłą rzeczy minister zdrowia będzie musiał dbać o to, żeby objąć jak najszerszy zakres kompetencji w ramach tych ośmiu członków rady konsultacyjnej, których będzie powoływał, czy których będzie rekomendował, a później powoływał.

Jeśli chodzi o pytanie pana senatora Pawłowicza, to uważam, że trzeba powiedzieć o tym, że mamy jednak do czynienia w przypadku wydawania rozporządzeń z procesem legislacyjnym. Czyli na pewno nic z dnia na dzień się nie zmieni. Mimo że kwestia wydania rozporządzenia i ścieżka legislacyjna do wydania rozporządzenia jest ścieżką znacznie prostszą niż droga legislacyjna, którą trzeba przejść w przypadku ustawy, to znam też takie projekty rozporządzeń, które od momentu pojawienia się do momentu kiedy weszły w życie, albo i nie weszły w życie, przeżywały naprawdę sporą gehennę, jeśli chodzi o możliwość przyjmowania.

Trzeba powiedzieć o jednej sprawie. Jeżeli mówimy o tak zwanych rozporządzeniach koszykowych, siłą rzeczy wiemy, że raczej ciężko jest się spodziewać w trakcie roku, w którym obowiązują reguły, które zostały ustalone wcześniej, usunięć ze skutkiem natychmiastowym. Zresztą były nawet pierwotne zapisy projektu, które później w trakcie prac sejmowych zostały usunięte z ustawy jako takie, które z kolei narzucają zbyt wielkie jarzmo i ograniczenie... Z tym, że tutaj bardziej chodziło o kontekst właśnie uzupełniania koszyka świadczeń gwarantowanych o dodatkowe świadczenie, a nie o usuwanie świadczenia. Funkcjonujemy w ujęciu co najmniej rocznym

w przypadku części umów i ja rozumiem, że tutaj też myślimy o tym, żeby kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia były kontraktami dłuższymi niż krótszymi. Czyli, być może, uda nam się w określonej perspektywie – pewnie jeszcze nie dziś, nie jutro – wyjść poza trzyletni okres, z którym mamy teraz do czynienia. To jest jeden z licznych postulatów, które się pojawiają i w takim kontekście ciężko jest zakładać, że będziemy starali się ingerować w treść stosunków umownych.

Minister w momencie, gdy ma jednoznaczne wskazania, że dane świadczenie jest świadczeniem absolutnie nieefektywnym – przy założeniu, że są znane bardziej efektywne metody leczenia określonego schorzenia – musi mieć jednak możliwość decydowania o tym, żeby były finansowane bardziej efektywne procedury, a nie mniej efektywne.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowna Komisjo! Panie Ministrze!

Odpowiedź na to pytanie może być tylko jedna. Nie ma na tym świecie takiego państwa, które byłoby w stanie zapewnić powszechny dostęp do wszystkich możliwych metod leczenia, jakie dostarcza szeroko pojęty przemysł medyczny. W związku z tym wśród tych nieszczęsnych państw znajduje się również i Polska. Na pewno nas na to nie stać.

Odpowiedź na to pytanie może być też bardzo skomplikowana, bo jak rozumiem, z tej procedury wyłaniania kolejnych świadczeń gwarantowanych, czasem wynikają takie kłopoty, a czasem nie. Po pierwsze, zdarza się tak, że Agencja rekomenduje kolejny lek we wskazaniu, gdzie już inne leki są stosowane. Dołączenie kolejnego leku, tak samo skutecznego, albo nawet nieco bardziej skutecznego od już stosowanych, nie powoduje zwykle poważnych skutków finansowych. Oczywiście, podobnie się dzieje, jeśli dołączamy procedurę do już występujących różnych sposobów leczenia. To, co może niepokoić i oczywiście niepokoi, to szczególnie kosztowne jednostkowo, drogie, nowoczesne technologie, zwykle lekowe, które obiecują – i to jest właśnie przedmiotem weryfikacji ze strony Agencji – nowy oszałamiający efekt terapeutyczny i jest to przedmiotem bardzo silnej presji opinii publicznej na wdrażanie takich technologii.

Chcę też powiedzieć, że od decyzji, że coś jest skuteczne klinicznie – oczywiście względnie skuteczne klinicznie – do decyzji refundacyjnej jest jeszcze daleka droga. A na tej drodze jest również dyskusja o rozsądnym poziomie cenowym nowej technologii, w tym różne metody dochodzenia do porozumienia między firmą a płatnikiem, takie jak porozumienia wolumenowo-cenowe, czy podział ryzyka w finansowaniu świadczeń. W tej chwili właściwie nie ma do tego delegacji, czy upoważnienia prawnego. Rozumiem, że takie prośby kieruje Fundusz, też w stosunku do Ministerstwa Zdrowia, ponieważ musimy mieć skuteczne metody oddziaływania na te firmy. Prosta natomiast odpowiedź brzmi, oczywiście, nie. Oczywiście, nie jesteśmy w stanie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pan senator Karczewski się zgłasza.

Proszę bardzo.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo.

Nim zadam pytanie, to tak na marginesie, Panie Ministrze, bardzo proszę przekazać panu premierowi informację o tym, jak dużo autopoprawek zostało zgłoszonych przez ministerstwo. To świadczy o tym, że Senat jednak jest potrzebny i myślę, że państwo się ostatecznie wycofacie z pomysłu politycznego likwidacji Senatu. Tych poprawek bowiem moglibyśmy nawet nie zobaczyć. Na pewno są one istotne, znaczące i będziemy musieli się z nimi dosyć szczegółowo zapoznać, ponieważ ja miałem zamiar zgłosić wniosek o odrzucenie ustawy w całości.

Pytanie, Panie Ministrze, jest zasadnicze. Czy państwo wyznaczyliście mapę drogową, kiedy tak faktycznie powstanie ten koszyk. Będą również i następne etapy, następny krok, następne działania, dodatkowe ubezpieczenia. Pytam się o to nie tylko z ciekawości, ale pytam się również w kontekście tych informacji, jakie do nas docierają. Też bardzo prosiłbym pana ministra o odpowiedź, chociaż odbiega to pytanie w sposób dość zasadniczy od nowelizacji tej ustawy. A mianowicie pani minister zapowiedziała działania zmierzające do odstąpienia od pomysłu zwiększenia składki ubezpieczeniowej od 2010 r. Takie były zapowiedzi ministerstwa i takie były zapowiedzi rządu i takie były zapowiedzi Pana Premiera na „białym szczycie”, a później nie raz powtarzane. Pani minister mówiła, przynajmniej tak wynikało z informacji prasowych, o wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń, których podstawą będzie niewątpliwie koszyk świadczeń. Tak że bardzo proszę o odpowiedź na te wszystkie pytania. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Senatorze, co do terminów wejścia w życie ustawy i poszczególnych rozporządzeń, to odwołam się tylko do przepisów, gdzie to jest jednoznacznie określone. W art. 10 i 11 ustawy mamy dokładnie opisane, kiedy planujemy wejście w życie poszczególnych aktów. W przypadku koszyka świadczeń gwarantowanych chcielibyśmy, żeby kolejna procedura konkursowa, kolejna procedura kontraktowania w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcami odbyła się już w oparciu o rozporządzenia koszykowe. A zatem żeby konkursy, które rozpoczną się we wrześniu czy w październiku 2009 r., mogły zasadzać się na znowelizowanej już ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Pan senator raczył mimiką zdradzić, żeby nie mówił o terminach, które są zapisane w ustawie. Faktycznie, język prawniczy i to, co przyjmujemy jako legislację w tym momencie, to jest jedna rzecz, druga natomiast rzecz to są intensywne prace, które w tym momencie prowadzimy we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych tak, żeby od razu po wejściu w życie ustawy być gotowym na zaproponowanie treści rozporządzeń koszykowych, czyli tych, dla których delegacją jest ust. 1 art. 31d. Prace, które mamy rozpisane, żeby wiedzieć



czy zdążymy czy też nie, są realizowane zgodnie z harmonogramem. W związku z tym wydaje się, że można być optymistą, jeśli chodzi o termin wejścia w życie.

Co do pytania o termin wejścia w życie koszyka, czyli od kiedy on ma zacząć obowiązywać, to – tak jak powiedziałem na samym początku – 1 stycznia 2010 r. Umowy zawierane już nawet w 2010 r. z Narodowym Funduszem Zdrowia będą umowami, które mają być zawierane na podstawie zmienionej ustawy.

Odnosnie pytania pana senatora, dotyczącego poziomu składki zdrowotnej czy zwiększenia składki zdrowotnej do poziomu 10%. Pozwolę sobie w tym momencie na kilka stwierdzeń o charakterze być może bardziej ekonomicznym niż zdrowotnym. Mianowicie co do zasady jest oczywiste, że pieniędzy w systemie ochrony zdrowia – to, o czym powiedział przed momentem prezes Grabowski – na pewno nigdy nie jest dość. To jest jedno stwierdzenie. Drugie, że polski system ochrony zdrowia tych pieniędzy po prostu potrzebuje. Tutaj nie ma absolutnie co do tego żadnych wątpliwości.

W kontekście podwyższania składki stoimy przed dwojakim wyborem, prawda? Składkę można podnieść na dwa możliwe sposoby. Jeden z tych sposobów dotyczy tego, na czym oparte jest 7,75% składki z naszego wynagrodzenia brutto, a drugi – 1,25%... Jeżeli zsumujemy te dwie wartości, to znakomita większość składki podlega odliczeniu od podatku. Za 7,75% w żaden sposób nie płaci podatnik, płaci natomiast pracodawca. Ale znowu teoretycznie, bo to się wpisuje w cały system danin publicznych, czyli łącznie z podatkiem dochodowym i ubezpieczeniami społecznymi. Od 1,25% natomiast jest normalnie odprowadzany... Ta kwota nie podlega odliczeniu.

Kłopot ze składką zdrowotną polega na jednej zasadniczej rzeczy. W tym momencie ciężko jest przypuszczać, że budżet państwa, który będzie się zarówno w tym roku, jak i w roku przyszłym borykał z wieloma wydatkami – mającymi na celu podtrzymanie i rozbudzenie koniunktury gospodarczej, przy jednoczesnym zachowaniu w miarę sensownego poziomu dyscypliny budżetowej i poziomu deficytu budżetowego – poradzi sobie z dodatkowym uszczupleniem wydatków, jakim byłoby dopisanie wzrostu tej składki po stronie tej większej części, czyli 7,75%. W związku z tym należałoby się spodziewać, że gdybyśmy dzisiaj chcieli podnieść składkę zdrowotną, to mamy do tego jedną drogę – jest to równoznaczne z podniesieniem obciążeń podatkowych. A tego też, zwłaszcza w dobie kryzysu, nie chcielibyśmy robić. Niestety, prawda jest taka, że czas na podnoszenie składki zdrowotnej to jest raczej czas ekonomicznej prosperity i boomu niż czas recesji. Wszystko wskazuje na to, że zarówno w tym roku, jak i w przyszłym roku będziemy raczej po tej gorszej stronie fazy cyklu koniunkturalnego niż lepszej. W związku z tym plany te pewnie zostaną odłożone w czasie. Tyle mogę powiedzieć.

Co do wypowiedzi pana senatora, odnośnie Wyższej Izby, oczywiście, przekażę uwagi.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pani senator Fetlińska, proszę bardzo.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo.

Chciałabym jeszcze odnieść się do słów pani poseł i pana ministra, dotyczących mojego wniosku związanego z pielęgniarką członkinią rady konsultacyjnej. Otóż nie do końca zgadzam się z argumentacją, kiedy mówi się o tym, że lekarz może zastąpić pielęgniarkę w sprawach pielęgnowania. Pan minister wymienił takie zawody, jak diagnosta laboratoryjny, rehabilitant, czy też fizjoterapeuta czy ratownik medyczny. Te wszystkie nowe zawody, które są od kilku czy kilkunastu lat, mają swoje odpowiedniki w specjalnościach lekarskich, ale żaden lekarz nie zajmuje się pielęgnowaniem chorych. Rozwinęła się odrębna nauka. Chciałabym, żebyście państwo zauważyli, że ta nauka rozwinęła się już od drugiej połowy XIX wieku. To jest już zawód z tradycją i z badaniami naukowymi i z konkretnym miejscem w systemie. Dlatego jednak bardzo bym prosiła, żeby przemyśleć ten problem i nie traktować tego jako rzeczy naturalnej. Mam bowiem wrażenie, że jeszcze jesteśmy na tym etapie, kiedy były licea medyczne i niektórym lekarzom wydaje się, że jakby na tym opiera się pielęgniarstwo. Nie, pielęgniarstwo opiera się na podstawach naukowych, tak jak cała medycyna. Dlatego jest niezbędny tutaj udział pielęgniarki, która może obniżyć koszty leczenia, koszty procedur przez dobrą pielęgnację. Ta opinia więc też będzie tutaj bardzo ważna. I to jest jedna rzecz, którą chcę podkreślić.

Druga sprawa. Chcę zapytać pana ministra, czy rząd i czy Ministerstwo Zdrowia zastanawiało się, czy to jest dobry moment na wybranie właśnie teraz, w dobie kryzysu, współpłacenia za świadczenia zdrowotne? Koszyk świadczeń i lista negatywna to jednak jest to współpłacenie. Czy ta ścieżka jest właściwa w momencie, kiedy wiele osób traci pracę, kiedy nie będzie w stanie korzystać ze świadczeń zdrowotnych, bo nie będą ubezpieczone? Nasze organizacje pozarządowe nie są tak bogate, jak na przykład w Europie czy w Stanach Zjednoczonych, gdzie mogą charytatywnie pomagać osobom, które nie mogą sobie poradzić z tym zagadnieniem.

Wydaje mi się więc, że trzeba przemyśleć, czy mając tę mapę drogową, o której tu wspominaliśmy, brano pod uwagę, żeby rozwijać także organizacje pozarządowe, które by wspierały tych, których nie będzie stać na to, żeby współpłacić. W innym przypadku, co ma się dziać z tymi ludźmi? Mają być skazani na śmierć? Na to, że nie będą mieć pomocy? Trzeba sobie to pytanie zadać. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Otóż pani senator bardzo słusznie podniosła kwestię dotyczącą współpłacenia i postawiła pytanie, czy to jest dobry okres na to, żeby wprowadzać współpłacenie. Pozwoliłem sobie na wycieczkę ekonomiczną, odpowiadając poprzednio, że mamy czas kryzysu, w związku z tym być może nie jest to dobry moment na zwiększanie obciążeń obywateli. To samo odnosi się do zasady współpłacenia. Dlatego też ta ustawa nie wprowadza współpłacenia dla pacjentów. W wyniku wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, rozporządzeń koszykowych, pacjent nie będzie obowiązany współpłacić za jakiegokolwiek świadczenie, któ-

re jest w tym momencie świadczeniem płaconym w 100% przez Narodowy Fundusz Zdrowia, czyli jest świadczeniem w pełni gwarantowanym.

Możliwość współpłacenia odnosi się tylko i wyłącznie do tego, co jest już usankcjonowane w obecnym porządku prawnym – o tym mówiłem już dzisiaj dwukrotnie – a więc leczenie uzdrowiskowe, opieka długoterminowa, stomatologia, wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi. Tylko i wyłącznie do tego odnosi się współpłacenie. Tak więc, jeśli chodzi o zmiany w porządku prawnym, nie następuje zmiana, nie wprowadzamy współpłacenia poprzez tak zwaną ustawę koszykową.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Wydawało mi się, że pan minister to dosyć jasno...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, proszę bardzo.

**Senator Janina Fetlińska:**

Może coś źle nazwałam, ale chodzi mi o to, Panie Przewodniczący, że jednak lista negatywna, za którą trzeba będzie...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jakub Szulc:**

Jeżeli można, Panie Przewodniczący... Art. 17, odnoszący się do koszyka negatywnego, jest usuwany.

**Senator Janina Fetlińska:**

Nie będzie w ogóle negatywnej listy, tak?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Może tylko przypomnę, że tak naprawdę ci, którzy trochę pamiętają, to pamiętają trzy tomy przygotowane przez poprzedniego ministra przygotowującego się do niczego innego jak do koszyka świadczeń gwarantowanych. Nad koszykiem pozytywnym prace trwają długo i myślę, że nie ma co tutaj wracać do dyskusji, która już się przetoczyła. Mnie bardzo cieszy, że uściślające poprawki ministerstwa w gruncie rzeczy wprowadzają bardzo miękki sposób wejścia w życie ustawy koszykowej, a to dlatego, że de facto przenoszą do nowego układu prawnego dotychczasowe świadczenia jako gwarantowane. W związku z tym to, co się będzie dalej działo – będą wchodziły nowe technologie, pewne technologie będą wypadały – opisane jest w tej procedurze i w tym sensie postulat ewolucjonistów jest tutaj sankcjonowany, a system ochrony zdrowia jest na tyle ciężki, że wszelkie zmiany rewolucyjne są źle przyjmowane.

Nie taję, że długo się zastanawiałem, co począć z postulowaną przez środowiska zasadą jednak współpłacenia i to współpłacenia nie na zasadzie ekonomicznej, ale na zasadzie racjonalizowania popytu. Ekonomiści jasno mówią, że jeżeli jakiś towar ma

wartość i dostęp do niego jest nieograniczony, to popyt na ten towar rośnie w sposób nieograniczony. I tutaj, widzicie sami państwo, że te argumenty, które padają – o kryzysie, o konieczności jednak uwzględnienia tej złej fazy cyklu gospodarczego – przesądziły o tym, że tego nie ma w ustawie koszykowej, chociaż, delikatnie mówiąc, aż się prosiło, żeby to właśnie było to miejsce. To może tyle w tej wypowiedzi.

Zgłaszał się pan prezes Włodarczyk.

Bardzo proszę.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej**

**Andrzej Włodarczyk:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Panie Ministrze!

Mam pytanie, ale może zacznę od koszyka, o którym mówił pan przewodniczący. Właśnie trzy lata temu popsulem fetę ogłoszenia w Ministerstwie Zdrowia, że jest koszyk świadczeń gwarantowanych, gdzie przedstawiono zbiór kilkunastu tysięcy procedur, z tego ponad osiem i pół tysiąca procedur, które miały być gwarantowane.

Panie Ministrze, jestem w bardzo niezręcznej sytuacji, ponieważ rok temu pracowałem nad tą ustawą. Ona miała troszkę inny, bardziej radykalny charakter, niż to, co państwo w tej chwili proponujecie. Jako przedstawiciel samorządu lekarskiego mogę tylko ubolewać, że nie ma współpłacenia, ponieważ tak, jak powiedział pan prezes Grabowski... Tutaj się nie zgodzę – są dwa kraje, w których daje się wszystko, czyli daje się Inflanty, to jest Bahrajn i Kuwejt. I my w tym kierunku zmierzamy, ogłaszając ten koszyk świadczeń gwarantowanych, czyli wszystko się należy.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Panie Ministrze, pan jest ekonomistą i pan doskonale wie, że ta ustawa nic nie daje w momencie, kiedy nie wiemy, ile naprawdę kosztuje świadczenie medyczne i kiedy prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, czy jego pracownicy, w sposób jednostronny określają wartość bardzo często poniżej realnych kosztów świadczenia medycznego. Moje pytanie jest następujące. OK, niech ta ustawa będzie, ona jest dobra, kiedy jednak państwo skończycie wreszcie z praktykami monopolisty, polegającymi na tym, że monopolista ustala cenę, często z sufitu albo najczęściej z sufitu, i ten monopolista... Tutaj nawiążę do wypowiedzi pana senatora Pawłowicza, który obawia się, że to rozporządzenie będzie mogło utrudniać życie menedżerom. Dzisiaj prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Panie Senatorze, swoimi rozporządzeniami, działającymi nawet wstecz, potrafi zmieniać wykazy, zasady funkcjonowania, udzielania świadczeń, warunki techniczne, jak chociażby dotyczące krioterapii, które powodują znacznie większe perturbacje niż, wydaje mi się, wprowadzenie tego rozporządzenia. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pan prezes Grabowski, bardzo proszę.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Jacek Grabowski:**

Muszę się odnieść...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Nie, ja zrozumiałem, że będzie odniesienie do wypowiedzi.)

Tak, do wypowiedzi pana doktora Włodarczyka. To jest dość zaskakujący atak na Narodowy Fundusz Zdrowia. Chciałbym przypomnieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia działa w oparciu o ustawę, którą nota bene procedujemy. W tejże ustawie jest wyraźnie powiedziane, że cena jest przedmiotem postępowania konkursowego i tam jest to wszystko dokładnie opisane. W związku z tym to są bardzo wzruszające informacje na temat tego, że płacimy za wszystko za mało. My mamy przekonanie o tym, że w wielu wypadkach płacimy również za dużo. Nie ma dostępnej informacji kosztowej, o czym wiele osób doskonale wie.

Co do Bahrajnu i Kuwejtu, przyznaję rację. Są to być może dwa przykłady dość szczególne, choć nie wiem, czy dotyczą one całej populacji. Bywałem w tych krajach i widziałem tam wiele osób umierających w nędzy i chyba nikt nawet specjalnie się nie zajmował tym, żeby dostarczyć tym osobom elementarną pomoc medyczną czy poradę medyczną.

Chciałbym powiedzieć, że jeśli zarządzenia prezesa – rzeczywiście, zmieniane i być może często zmieniane zbyt szybko – są tutaj jakimś kłopotem, to rozwiązania ustawowe ustabilizują całą tę sytuację. Zmiany będą rzadsze, co oczywiście ustabilizuje znakomicie sytuację. Chcę natomiast powiedzieć, że te zmiany na ogół nie wynikają z widzimisię prezesa, który nagle budzi się rano i postanawia zmienić piętnaście rzeczy, tylko wynikają z tysięcy uwag, które spływają do zarządzeń prezesa. One są pewną wypadkową tychże uwag. W związku z tym proszę może w sposób bardziej wyważony rozpatrywać owe sprawy. Naczelna Rada Lekarska też zgłasza masę uwag, które w miarę możliwości bierzemy pod uwagę.

(*Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk*: Panie Prezesie, pozwolę sobie tylko powiedzieć, że nie powiedziałem, że za mało, ja powiedziałem, że są wzięte z sufitu. To jest zupełnie co innego.)

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pani prezes Buczkowska, bardzo proszę.

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Elżbieta Buczkowska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chciałabym skierować pytanie do ministra zdrowia.

(*Głos z sali*: Pan minister mi nie odpowiedział.)

Pytanie dotyczy poprawki siódmej w art. 27 ust. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania określili w drodze rozporządzenia organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Mając doświadczenie również z Narodowym Funduszem Zdrowia, mam pytanie. Wskazujecie bowiem państwo w ustawie granicę wieku, gdy należy się uczniom profilaktyczna opieka zdrowotna na terenie szkoły, w momencie ukończenia dziewiętnastego roku życia. Moje pytanie dotyczy tego, czy nie warto by było w tej ustawie nie wskazywać dziewiętnastu lat życia? Dlatego, że nie wszyscy kończą w dziewiętnastym roku życia...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Czy nie warto byłoby dokonać takiej zmiany zamiast wyrażenia: „do ukończenia dziewiętnastego roku życia” napisać „do jej ukończenia”, skreślając dziewiętnasty rok życia? Po prostu chodzi o szkołę. Dlaczego to jest takie ważne? Co zrobić z uczniem, który skończył dziewiętnaście lat, ma dwadzieścia lat, jest w internacie, bo nie wszystkie szkoły są... Jest potem problem ze świadczeniami. W akcie wykonawczym można to potem uszczegółowić, że w przypadku uczniów drugorocznych lub tych, którzy z innych przyczyn losowych nie ukończą szkoły do dziewiętnastego roku życia itd. Im się po prostu to należy, szczególnie poza miejscem zamieszkania. Tak że bardzo proszę o ewentualnie wyrażenie zgody również przez Ministerstwo Zdrowia, bo z tym mamy problemy. Narodowy Fundusz Zdrowia, mam nadzieję, to potwierdzi. To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie dotyczy tego, co ze szkołami specjalnymi? Czy pod tym przepisem kryją się również tak zwane szkoły specjalne? Jest to system oświaty.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Czy to też jest ten ust. 3, który pani...)*

Tak. Czy na podstawie ust. 3 mamy rozumieć, że dotyczy to również dzieci i młodzieży, objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Do dziewiętnastego roku życia.)*

Pytam o szkoły specjalne, które uczą nie tylko życia, ale również zawodu.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

I nie musi to wynikać z obowiązku szkolnego, tylko z promocji edukacji zdrowotnej.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

#### **Jakub Szulc:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Ciężko byłoby przenieść tę delegację do rozporządzenia. Poza tym, jeżeli ona obowiązuje w ustawie obowiązującej, to dlaczego mielibyśmy ją przenosić? To nie jest zapis, który jest nowelizowany w stosunku do tego, z czym mamy obecnie do czynienia w obowiązującej ustawie o świadczeniach. My tutaj, zarówno w ust. 3, jak i w ust. 4, zawieramy zawężenie delegacji, ponieważ w obowiązującym porządku prawnym mówimy o organizacji i zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej...

*(Głos z sali: Tak jest.)*

Mówimy o organizacji i zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej. W ustawie natomiast nowelizujemy tylko i wyłącznie to, że wykreślamy wyrażenie: „i zakres”. Dlaczego? Dlatego, że zakres będzie zdefiniowany w rozporządzeniach wydawanych z delegacji dodawanego art. 31d, który z kolei odwołuje się do art. 15 ust. 2 ustawy, w którym są wymienione wszystkie zakresy, które podlegają kontraktowaniu. Stąd też tego dotyczy zmiana w zaproponowanym brzmieniu. Wykreślenie ukończenia dziewiętnastego roku życia powodowałoby, że tym rodzajem świadczeń byłyby objęte wszystkie osoby, które kształcą się w jakiegokolwiek szkole ponadgimnazjalnej, czyli mówilibyśmy tutaj o nie tylko o liceach i szkołach średnich, ale także o szkolnictwie, o szkołach wyższych...

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Elżbieta Buczkowska:**

Nie, Panie Ministrze. Przepraszam, że pozwalam sobie wpaść w słowo. Nie dotyczy to tego. Pod pojęciem szkół ponadgimnazjalnych rozumie się licea, technika, czyli tak zwane szkoły średnie. I to jest jednoznaczne. Bardzo nam zależy, żeby zniknął z ustawy dziewiętnasty rok życia, bo naprawdę są problemy, żeby świadczyć usługi zdrowotne dla dzieci i młodzieży, które ukończą dziewiętnasty rok życia w styczniu, a są w internatach i naprawdę chorują. A w rozporządzeniu, rzeczywiście, możemy tę kwestię uszczegółowić. Dziewiętnasty rok życia to nie jest konkretna bariera, która coś kończy. Dzisiaj kończy i są problemy, żeby sfinansować świadczenie na terenie szkoły. Pamiętajcie państwo o internacie.

*(Senator Stanisław Karczewski: To jest sensowne.)*

Mój wniosek dotyczył tylko skreślenia z ustawy bariery dziewiętnastego roku życia i przeniesienia tej kwestii do aktu wykonawczego, który jest innym aktem wykonawczym niż ten, który do tej pory obowiązywał. Znacząco innym.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze.

Rozumiem, że wniosek o skreślenie wyrażenia: „do ukończenia roku dziewiętnastego” jest w formie poprawki, którą ktoś przejmie i ją zgłosi, gdy będziemy głosować. Pani senator Fetlińska ją przejęła.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, oczywiście, bardzo proszę, Panie Ministrze. Pan minister Włodarczyk uzyska teraz odpowiedź od pana ministra Szulca.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Przepraszam, Panie Ministrze, ale poprzednio pan przewodniczący nie udzielił mi głosu. Na pana przewodniczącego zrzucę odpowiedzialność...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Odniosę się więc do pytań pana ministra Włodarczyka.

To, o czym mówi pan przewodniczący Włodarczyk, jest oczywiście z jednej strony prawdziwe w takim sensie, że to Narodowy Fundusz Zdrowia ma mocną pozycję, jeśli chodzi o ustalanie ceny świadczeń niezależnie od procedur, o których mówił pan prezes Grabowski. Wiadomo, mamy jeden fundusz i iluś świadczeniodawców. Z drugiej strony jednak proszę spojrzeć, że jeżeli w danym województwie mamy iluś świadczeniodawców, którzy zgłaszają się do kontraktowania na przykład w zakresie leczenia zamkniętego, to najczęściej taka sama liczba, jaka się zgłosiła, uzyskuje kontrakt. Tak że to też jest inna historia. Chciałbym jednak powiedzieć o tym troszeczkę z innej strony. To, że nie ma w tym momencie w sposób jednoznaczny, obiektywny i niezależny od Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzonego rachunku kosztów i wyceny świadczeń medycznych w różnych zakresach – nie tylko w zakresie leczenia szpitalnego – aczkolwiek dysponujemy pewnymi lepszymi, gorszymi przybliżeniami, to, szczerze powiedziawszy, żadna w tym wina Funduszu. Tak trzeba powiedzieć.

Nie chcę pokazywać, czyja to jest wina, ale proszę zwrócić uwagę, że to świadczeniodawcy bardzo rzadko kiedy mają chęć i interes, żeby faktycznie realnie wyliczyć koszty świadczeń zdrowotnych... Tak naprawdę, to nie my mamy liczyć koszty świadczeń zdrowotnych, to świadczeniodawcy mają liczyć koszty świadczeń zdrowotnych. Tylko jeżeli świadczeniodawcy nie robią tego w sposób wystarczająco rzetelny, uszczegółowiony i dający podstawę do tego, żeby można było obiektywnie wyceniać, ile warte są określone świadczenia medyczne, to musimy posługiwać się tym, czym dysponujemy, a dysponujemy tym, czym dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jak pan minister doskonale wie, w ministerstwie nie jestem za długo. Jednym z pierwszych pytań, które postawiłem, kiedy przyszedłem, to była prośba o dane finansowe szpitali po to, żeby można było przeprowadzić analizę porównawczą tego, jakie są właśnie koszty działalności. Otrzymałem odpowiedź od pracownika wydziału zajmującego się analizami ekonomicznymi w departamencie budżetu: Panie Ministrze, proszę bardzo, ja panu takich danych dostarczę, tylko jest jeden problem, one się panu do niczego nie przydadzą, bo są kompletnie nieporównywalne. No i to, niestety, jest ta druga strona medalu.

A jeżeli jesteśmy przy kosztach świadczeń zdrowotnych, to faktycznie jest tak, że nie wszystkie świadczenia są wycenione dobrze w tym sensie, że nie wszystkie świadczenia po uśrednieniu niosą wartość wyższą od zera, czyli przynoszą jednostce wykonującej zysk czy nadwyżkę – przychód, tak czy inaczej przynoszą – ale zysk czy nadwyżkę bilansową. To jest prawda. Z drugiej strony proszę popatrzeć, że jeżeli spojrzymy na działalność operacyjną szpitali – to będzie chyba prawdziwe również w odniesieniu do szpitali klinicznych – spojrzymy jednak tylko i wyłącznie na ten obrazek, który stanowi największą liczbę jednostek, czyli szpitale powiatowe, gminne i wojewódzkie, to się okazuje, że w 2008 r. ponad 90% jednostek osiągnęło na działalności operacyjnej zysk, to znaczy osiągnęło nadwyżkę przychodów nad kosztami. To znaczy, że tak naprawdę ten zły Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest monopolista, płaci powyżej kosztów.

*(Głos z sali: Rozrzutny.)*

A wynik finansowy netto, który został wypracowany, jest jednak w dużej mierze wynikiem tego, że mamy do czynienia z ogromnymi obciążeniami finansowymi będącymi zaległością, zaszłością jeszcze z lat poprzednich, które generują za sobą wysokie koszty finansowe. I na tym, mówiąc kolokwialnie, płyną szpitale, a nie na fałszywej wycenie świadczeń.

Wracając już do meritum, oczywiście, że wycena świadczeń zdrowotnych jest rzeczą absolutnie konieczną, tylko musimy sobie zdawać, proszę Wysokiej Komisji, sprawę z jednej rzeczy. W zasadzie mamy nowelizację ustawy o świadczeniach i ustawy o ZOZ już przygotowaną i dopracowujemy w tym momencie metodologię dojścia do takiego rozporządzenia kosztowego, które będzie mogło być realizowalne przez świadczeniodawców. Czyli nie tylko, że minister opublikuje rozporządzenie, w wyniku którego świadczeniodawca będzie miał powiedziane: licz koszty, ale będzie w stanie także to wykonać.

Jeżeli natomiast nie zmieni się świadomość i podejście przede wszystkim dyrektorów, kierowników jednostek – bo to dla nich informacja kosztowa jest istotną informacją zarządczą – jeżeli nie zmieni się to podejście, to niestety jesteśmy z góry na przegranej pozycji, bo zapisać możemy wszystko, tylko później musi się znaleźć ktoś, kto to będzie realizować. I to jest podstawowy kłopot.



**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ja tylko sobie przypominam, że w projekcie ubiegania się o pożyczkę Banku Światowego w roku 1990, 1991 pracował zespół do spraw rachunku kosztów pod światłym przewodnictwem pana Smolenia z Łodzi i rachunek kosztów, proszę państwa, to jest *neverending story* w próbie budowania tutaj racjonalnej gospodarki. Tak że miejmy świadomość tego, że jest tutaj coś, co rzeczywiście ciągle będzie stwarzało nam ogromne problemy.

Bardzo proszę, pan prezes Włodarczyk.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
Andrzej Włodarczyk:**

Panie Ministrze, bardzo dziękuję za odpowiedź. Ona mnie satysfakcjonuje, ale pozwolę sobie, ponieważ jestem po dyżurze, dać panu przykład z wczorajszego dyżuru. Osiemdziesiąt lat, pani z Alzheimerem, w ogóle nie wie gdzie żyje, na jakim świecie, jest przyjęta na oddział chirurgiczny dlatego, że miała wykonaną tomografię komputerową po urazie głowy, a JGP nie przewiduje w ramach rozliczenia SOR możliwości wliczenia kosztu tomografii komputerowej. W związku z tym tę panią zupełnie niepotrzebnie kładą mi na oddział. Ja i dwie pielęgniarki musimy się nią zajmować przez półtorej godziny, bo ona w ogóle żyje w swoim wirtualnym świecie, a w tym czasie pacjent z perforacją wrzodów żołądka czeka dwie godziny na operację.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan minister tutaj pewnie nie jest winny. Myślę, że...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Proszę państwa, tak się złożyło, że trochę więcej wiemy o funkcjonowaniu systemów w tych krajach, które mają wielokrotnie wyższe finansowanie. I już dzisiaj możemy sobie jednak trochę, zwłaszcza w takim gronie profesjonalistów, powiedzieć, że ten system ciągle oferuje bardzo duży pakiet usług bezpłatnych przy relatywnie niskich nakładach. Ci, którzy się zetknęli na przykład z funkcjonowaniem systemu holenderskiego... Skoro idziemy w kazuistykę, która oczywiście zawsze morduje rozmowy systemowe, to wam opowiem przypadek młodego człowieka, który spadł z wysokości drugiego piętra ścinając drzewo. Poszedł do lekarza...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie, nie. Jakoś się doczłapał, czy go dowieźli koledzy, do praktyki lekarza rodzinnego, który kazał mu pójść spokojnie do domu i powiedział, że jak będzie go bolała głowa albo będzie miał wymioty, to żeby wzywał pogotowie ratunkowe. Zapewniam was, że u nas taki klient w systemie ratowniczym miałby zrobiony co najmniej rentgen, a może i tomograf czaszki i balibyśmy się go tak zostawić. Tak że tutaj, boję się, że otwieramy puszkę Pandory...

*(Głos z sali: Z Pandorą.)*

Tak, puszkę z Pandorą. Dlatego wróćmy do ustawy.

Zgłosił się pan, który jeszcze nie zabierał głosu.

Proszę bardzo.

**Radca Prawny w Naczelnej Radzie Aptekarskiej  
Krzysztof Baka:**

Chcę powiedzieć kilka zdań o dwóch problemach. Oba były poruszone w trakcie prac w sejmowej Komisji Zdrowia. Chcę zwrócić uwagę państwa, pań i panów senatorów, na art. 15 ust. 2 pkt 4, który dotyczy art. 15 ust. 2. Tutaj jako jeden z zakresów wskazano zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze. Proszę państwa, w obecnej ustawie są co najmniej trzy kategorie wyrobów medycznych. Po pierwsze, wyroby medyczne, które są wydawane na podstawie recepty – to jest na przykład art. 37 ust. 2 – wyroby medyczne, które są wydawane w ramach hospitalizacji, jeżeli są konieczne – i to jest art. 35 – oraz wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, czyli art. 40 ustawy. W tym przepisie obejmujemy tylko jedną kategorię z art. 40, co więc dzieje się z wyrobami medycznymi, które są wskazane...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przypomnę, że w noweli, którą pan minister tutaj przedłożył enumeratywnie wymienia się...

*(Głos z sali: Nie, nie.)*

Pomalutku. Przenosi się. Tam bowiem jest art. 40... Chodziło właśnie o to, żeby nie wygenerować... Art. 18, 33, 40 i 41. Poprawka do art. 31d.

**Radca Prawny w Naczelnej Radzie Aptekarskiej  
Krzysztof Baka:**

Dobrze, tylko chodzi mi o to, że art. 15 wskazuje zakresy i ten zakres dotyczący akurat wyrobów medycznych obejmuje wyłącznie przedmioty ortopedyczne będące wyrobami medycznymi, a nie obejmuje wyrobów medycznych niebędących przedmiotami ortopedycznymi...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Endoproteza w szpitalu, pasek do określania poziomu glukozy wydawany w aptecce na podstawie recepty. W obecnej ustawie inaczej jest zapisany ten zakres. Zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze. Teraz, w mojej ocenie, następuje nieuzasadnione zawężenie i pewna sprzeczność.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Mogę teraz przedstawić drugi problem?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy przedstawiciele ministerstwa rejestrują pytanie?

Bardzo proszę, następne pytanie.

**Radca Prawny w Naczelnej Radzie Aptekarskiej  
Krzysztof Baka:**

Chcę jeszcze kilka słów w sprawie wprowadzonego art. 31e, strona 7 druku. Problem ten sygnalizowałem też na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia. Chodzi

o ust. 2 i katalog podmiotów, które są uprawnione do składania wniosku o zmianę w wykazach świadczeń gwarantowanych. Szczególnie pkt 4 jest interesujący, ponieważ wskazuje się tam stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta. Pytanie było takie: dlaczego rzecznik praw pacjenta, który jest ustawowo umocowany, nie ma takiej kompetencji?

Druga kwestia, drugie pytanie: co oznacza sformułowanie: „za pośrednictwem konsultanta krajowego”? Czy konsultant krajowy jest tu tylko przekaznikiem pewnego wniosku, czy może tego wniosku nie przekazać? Obawialiśmy się, i to było wyartykułowane, że powstanie duża liczba stowarzyszeń, fundacji, które będą miały wpisaną ochronę praw pacjenta... Nie zakładam, że wszystkie stowarzyszenia tak działają, ale znając realia na rynku medycznym i farmaceutycznym, będzie to wykorzystywane do różnych...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Dziękuję bardzo. Myślę, że państwo wiecie o co chodzi.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Były dwa pytania. Jedno dotyczy obaw, że zapis art. 15 ust. 10 zawęży zakres zaopatrzenia, wyroby medyczne, ponieważ nie obejmuje... I drugie pytanie dotyczące stowarzyszeń i fundacji zapisanych w art. 31e.

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Tak, oczywiście, Panie Przewodniczący. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to ja poproszę o odpowiedź pana dyrektora Pawłęgę, dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia.)*

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

### **Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia**

**Tomasz Pawłęga:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Oczywiście to, co powiedział pan mecenas, jest prawdą, tylko że ta sytuacja występuje już na gruncie obecnie obowiązujących przepisów prawa. Proszę zauważyć, że już obecnie są wydawane rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi. Tak naprawdę od strony technicznej jedynie przenosimy to rozporządzenie do art. 31d, czyli wykaz wyrobów medycznych będzie jednym z koszyków, jednym z wykazów, które będą wchodziły w skład koszyków. Tak że tu od tej strony następuje stricte techniczne przeniesienie miejsca, gdzie jest upoważnienie dla ministra zdrowia do wydania rozporządzenia. O ile w pozostałych rodzajach świadczeń zastępujemy wykazy, które są obecnie ustalane na mocy zarządzenia prezesa, rozporządzeniami ministra zdrowia, to tu takiej sytuacji nie ma. Ponieważ w przypadku wyrobów medycznych już obecnie mamy, możemy powiedzieć, koszyk w formie rozporządzenia ministra zdrowia. Tak że tu od tej strony nic się nie zmienia.

Nie zmieniamy również pozostałych rzeczy, o których wspominał pan mecenas. A mianowicie w przypadku wyrobów medycznych w lecznictwie szpitalnym mamy, oczywiście, art. 35, czyli kontraktowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeżeli jest

konieczne użycie wyrobu medycznego w trakcie wykonywania danej procedury szpitalnej – czyli coś, co jest obecnie rozliczane przez Fundusz w ramach jednorodnych grup pacjentów – jest wymóg, że taki wyrób medyczny ma być zastosowany.

I trzecia kategoria, o której wspomniał pan mecenas, czyli rzeczywiście istnieje kilka, to są dosłownie chyba trzy czy cztery wyroby medyczne, które przysługują na receptę i tego nie zmieniamy. To jest bodajże rozporządzenie wydawane na podstawie art. 37. Tutaj nic nie zmieniamy.

Czyli, reasumując, rzeczywiście, te trzy kategorie istnieją i tutaj w tym zakresie tego nie zmieniamy. Nie ma też mowy o jakichkolwiek ograniczeniach w tym zakresie. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ad vocem?

Bardzo proszę.

**Radca Prawny w Naczelnej Radzie Aptekarskiej**

**Krzysztof Baka:**

Czyli pan minister przyznał, że faktycznie zakres ust. 2 nie obejmuje pewnej kategorii wyrobów i to jest bezsporne, prawda? Czy więc nie lepiej byłoby w takim razie użyć w pkt 10 takiego sformułowania: „zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym będące przedmiotami ortopedycznymi, oraz środki pomocnicze”...? Dziękuję.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jakub Szulc:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Na tę okoliczność, to znaczy co do zakresu zdefiniowanego w art. 15 ust. 2 ustawy matki, zmienianego zmianą czwartą ustawy z dnia 7 maja, dyskusja była dość długa, w tym również na okoliczność zaopatrzenia w wyroby medyczne. I nawet taka propozycja stanęła podczas pracy w podkomisji. Nie uzyskała jednak wtedy poparcia większości. Zapatrywanie było takie, że ponieważ jest to zapis, który w tym momencie jest zapisem już obowiązującym, tak jak powiedział pan dyrektor Pawłęga, istniała obawa, co do tego, czy nie doprowadzimy do rozszerzenia z kolei zakresu versus zawężenia. Oczywiście, można rozpatrzyć taką propozycję, jeżeli ona zostanie zgłoszona. Nie widzę przeciwwskazań do tego, żeby się nad tym pochylić.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Propozycja, którą pan przedstawia...)*

Była już zgłaszana w trybie prac sejmowych. Ona polegała na tym, żeby w ogóle ograniczyć sformułowanie zawarte w art. 15 ust. 2 pkt 10 po prostu do wyrobów medycznych, nie określając, czy mają to być właśnie przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, tylko zawęzić to, co mamy wymienione... Rozszerzyć zawężając, tak? Chodzi o rozszerzenie poprzez wykreślenie tego zapisu, który jest obecnie zapisem obowiązującym. Tak, jak powiedziałem, taka poprawka nie uzyskała większości podczas prac sejmowej podkomisji zdrowia...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jak rozumiem, z obawy, że grozi to rozszerzeniem zakresu.)*

Była dość długa nad tym dyskusja. Widzę, że zgłasza się jeszcze pan prezes Grabowski.

Ja tylko jeszcze chcę powiedzieć odnośnie drugiej uwagi pana mecenas, że wskazanie o tyleż słuszne, co tak naprawdę w tym momencie nierealizowalne. Czy my mamy świadomość tego, że może to być wykorzystywane przez firmy farmaceutyczne? Mamy taką świadomość. Z drugiej strony natomiast nie za bardzo sobie wyobrażam skonstruowanie zapisu, jakie są źródła finansowania określonych stowarzyszeń czy fundacji, reprezentujących interes pacjentów, tak żeby wykluczyć możliwość składania wniosków, przynajmniej na gruncie ustawowym. To tyle. Jeżeli można prosić pana prezesa Grabowskiego.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Grabowski:**

Mam obawę, że zmiana tego zapisu w tej formule, do której skłania się pan minister, mogłaby prowadzić do takiej oto sytuacji, że wiele wyrobów medycznych znalazłoby się na tej liście, chociaż tam w tej chwili ich nie ma. W szczególności zostałyby niejako wyprowadzone ze świadczeń zdrowotnych szpitalnych, gdzie tych wyrobów medycznych jest naprawdę dużo. Czasem one są wprost wymieniane w nazwie świadczenia, czasem w sposób oczywisty są jego elementem, tak jak endoprotezoplastyka. To jest proces, który mógłby przebiegać dość żywiołowo i byłby trudny do skontrolowania. W związku z tym prosiłbym tutaj jednak, z punktu widzenia zachowania pewnego status quo, o zachowanie tego brzmienia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Tomasz Pawłęga:**

Kończąc te myśli, które przedstawiłem, chcę powiedzieć, że nie prowadzi to do żadnego rozszerzenia, ponieważ obecna ustawa zawiera formułę: „zaopatrzenie w wyroby medyczne”. A jeżeli chodzi o kwestię stowarzyszeń, fundacji, to nie było nigdy moim zamiarem ograniczać tutaj praw stowarzyszeń, fundacji, które bronią praw pacjenta. Chodziło tylko o charakter tego pośredniczenia konsultanta krajowego. Czy on może zablokować czy nie może? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, zgłasza się pan dyrektor.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
w Narodowym Funduszu Zdrowia  
Dariusz Dzielak:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym zwrócić uwagę pana mecenasa na niezwykle istotną sprawę. Nie można porównywać zakresów, które są w tym brzmieniu ustawy, z wykazem świadczeń, który był w ustawie matce do chwili obecnej. Podobnie, jak w tych zakresach nie znalazły się na przykład badanie i terapia logopedyczna. Ale przecież nie będziemy pisać rozporządzenia odrębnie dla badania i terapii logopedycznych. Część zaopatrzenia tak traktowanego znajduje się w części świadczeń, które są w innych zakresach. Nie można mówić, że to było. Było, ale rozporządzenie odrębne dotyczyło wyłącznie przedmiotów ortopedycznych. Jeżeli rozszerzymy – tak, jak uważa mecenas – to będziemy musieli wydać rozporządzenie dotyczące wszystkich przedmiotów i wyrobów medycznych, co jest niemożliwe. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

**Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich  
Marek Świerczyński:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Mamy tutaj zastrzeżenia i wątpliwości dotyczące sposobu ustalania opłat za ocenę leku bądź wyrobu medycznego. To jest strona 20...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przepraszam. Mam wrażenie, że jeszcze nie dogasła poruszana kwestia. Czy w tej sprawie ktoś chce jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Rozumiem, że omówiliśmy tę sprawę. Mamy więc tutaj wyrobiony pogląd.

Bardzo proszę, pan z Konfederacji Pracodawców Polskich.

**Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich  
Marek Świerczyński:**

To są zmiany dotyczące Agencji Oceny Technologii Medycznych. To jest strona 20 druku senackiego nr 608, zaraz na samym początku, i to są zmiany do art. 39. Według noweli jest to art. 1 pkt 16, który zmienia właśnie treść art. 39. Tutaj, niestety, przepisy zostały błędnie sformułowane. Warto zwrócić uwagę na jedną kwestię. Może wyjaśnię. Tutaj chodzi o opłatę dla agencji, którą ta uzyskuje w zamian za dokonanie oceny raportu leku, po to, żeby wpisać lek czy wyrób medyczny na listę leków lub wyrobów medycznych refundowanych. Zgodnie z ust. 2g opłata uwzględnia rzeczywiste koszty przygotowania oceny raportu. Czyli ta opłata jest ustalana po dokonaniu tej oceny przez prezesa Agencji. Ust. 2i stwierdza, że potwierdzenie wniesienia opłaty wnioskodawca dołącza do wniosku. Czyli to jest §22... To znaczy dopiero po złożeniu wniosku jest dokonywana ocena i dopiero pod koniec ta opłata jest ustalona. W związku z tym wnioskodawca tak naprawdę nie może do wniosku dołączyć potwierdzenia opłaty, czyli właściwie nigdy nie może rozpocząć tej procedury refundacyjnej. To jest oczywisty podstawowy błąd.

Druga kwestia. Wskazano, że opłata wynosi nie więcej niż 150 tysięcy zł. Powstaje pytanie, skąd ta kwota została wzięta. Nie ma chyba uzasadnienia. Zresztą w pierwotnym projekcie dotyczyła kosztów sporządzenia raportu, a nie oceny. Przecież

sporządzenie raportu jest droższe niż dokonanie jedynie oceny weryfikacji. Dlaczego ta kwota jest tak wysoka?

Te kryteria w ogóle są niejasne. Tutaj jest mowa o tym, że tę opłatę określa się według rzeczywistych kosztów przygotowania oceny. Co to znaczy? Myślę, że to jest bardzo nieprecyzyjne. W związku z tym przedłożyłem panu przewodniczącemu do sekretariatu również propozycję zmiany zgłoszoną przez Konfederację Pracodawców Polskich, żeby w ogóle uchylić, wykreślić te przepisy. Chodzi o skreślenie ust. 2f–2j, dotyczących pobierania opłaty za ocenę raportu przez Agencję. To jest pierwsza kwestia.

Przed chwilą otrzymałem propozycję zmiany pana ministra, autopoprawkę numer sześć, która dotyka również kwestii opłat. Rozumiem...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Przepraszam, czy mogę kontynuować?

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, tak. Proszę kontynuować.)*

Rozumiem, że państwa propozycja dotyczy częściowego poprawienia tych przepisów. Rozumiem, że również uznaliście, że są one wadliwie sformułowane. Propozycja dotyczy przesunięcia zasad ustalania opłaty do rozporządzenia, prawda? Powstaje pytanie, czy to oznacza, że tutaj będą określone w sposób już jednoznaczny opłaty. Ale dlaczego nie oceniamy ich tutaj w ustawie? Czy to będą różne opłaty, zależnie od tego, jakiego leku będzie dotyczyła ocena?

Moja alternatywna propozycja polegałaby na odniesieniu się do zasad ustalania opłat dotyczących rejestracji produktów leczniczych. W ustawie – Prawo farmaceutyczne mamy określone zasady ustalania tych opłat, między innymi są tam wskazane wytyczne dla ministra zdrowia dotyczące wydania rozporządzenia w sprawie opłat. Te wytyczne są o wiele bardziej szczegółowe niż te, które mówią o uwzględnieniu rzeczywistych kosztów sporządzania oceny raportu. Między innymi jest tutaj odwołanie się do opłat przyjmowanych w innych państwach Unii Europejskiej.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Rozumiem, że trwają konsultacje wewnętrzne, ale spróbujmy trochę się słuchać wzajemnie.

Bardzo proszę.

### **Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich**

#### **Marek Świerczyński:**

Podsumowując, nasza propozycja jest taka, żeby skreślić te przepisy, te ustępy. Zaczodzi natomiast pytanie, czy ta propozycja zostanie przejęta przez jednego z senatorów? Pytanie do pana ministra dotyczy zaś uzasadnienia punktu szóstego. Na ile autopoprawka szósta poprawia te przepisy i czy w związku z tym nie skreślić choćby tutaj tego wymogu, że opłata wynosi nie więcej niż 150 tysięcy zł. Ona bowiem w tym momencie jest po prostu niepotrzebna, skoro rozporządzenie ma określać te opłaty. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Z przykrością stwierdzam, że tłumaczę to już po raz któryś podczas którego kolejnego posiedzenia i to nie z braku szacunku dla szanownej komisji senackiej, tylko wynika to po prostu z procesu legislacyjnego, z niczego więcej, że jest któreś kolejne posiedzenie i na którymś kolejnym posiedzeniu udzielam panu doktorowi odpowiedzi na temat tego, dlaczego zostało zawarte w projekcie rządowym 150 tysięcy zł i dlatego tę propozycję dotyczącą 150 tysięcy zł utrzymujemy.

Faktycznie, ma pan mecenas rację co do tego, że 150 tysięcy zł w pierwotnym brzmieniu odnosiło się do opłaty za przygotowanie raportu i oceny raportu. W tym momencie mamy tylko i wyłącznie ocenę raportu. Z drugiej strony trzeba stwierdzić jedną zasadniczą rzecz. W ustawie określamy kwotę maksymalną, która może być pobierana za ocenę takiego raportu z jednoznacznym odwołaniem – i to zarówno w brzmieniu, które zostało uchwalone przez Sejm, jak i w brzmieniu, które proponujemy w szóstej poprawce zgłoszonej do art. 31j i 31k – do rzeczywistych kosztów wykonania takiej oceny. Wydaje mi się, że to powinno wystarczyć za całą odpowiedź. Dziękuję bardzo.

*(Brak nagrania)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

To jest strona siódma tekstu senackiego. Chodzi o to, czy ten tryb, w którym stowarzyszenie, fundacje mogą występować o usunięcie bądź wpisanie świadczenia, dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji. Pan mecenas pytał także, czemu nie wpisano tutaj rzecznika praw pacjenta jako jednej z osób, która mogłaby występować z tego typu wnioskami. Dobrze oddają treść pana pytania?

*(Radca Prawny w Naczelnej Radzie Aptekarskiej Krzysztof Baka: Tak, ale jeszcze druga kwestia dotyczyła charakteru tego pośrednictwa...)*

Co to znaczy to pośrednictwo? Czy składa się konsultantowi wniosek i on jest skrzynką czy też podejmuje czynności?

Bardzo proszę.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo.

Znowu z przykrością stwierdzam, że po raz kolejny odpowiadam i odpowiedź będzie taka sama jak poprzednio. Konsultant krajowy musi przekazywać te informacje, musi przekazywać taki wniosek, który jest do niego zgłoszony. Idea tego, żeby w tym procesie uczestniczył konsultant krajowy, a nie żeby te wnioski były składane bezpośrednio, jest w moim przekonaniu dość zasadna. Mianowicie konsultanci krajowi odpowiadają za określone dziedziny medycyny, w związku z czym dobrze by było, żeby również posiadali wiedzę, co organizacje pozarządowe myślą czy też, jakie wnioski formułują na okoliczność tych dziedzin medycyny, którą dany konsultant się zajmuje. Jest to, wydaje mi się, w takiej sytuacji dość zasadne. Odpowiadając zatem stwierdzam: tak,



konsultant będzie musiał taki wniosek przekazać. Czyli nie będzie mógł uznaniowo zdecydować, czy taki wniosek przekazać dalej czy też go nie przekazywać.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Co do rzecznika praw pacjenta. Skoro dajemy prawo instytucjom i fundacjom, czyli organizacjom pozarządowym, które w swoich celach statutowych mają działania na rzecz pacjentów i dla dobra pacjentów, to wydaje się, że rzecznik praw pacjenta jako mimo wszystko organ, który realizuje... To znaczy realizuje w tym sensie, że dba o to, żeby prawa pacjenta nie były łamane, żeby prawa pacjenta były przestrzegane, ale niekoniecznie na poziomie merytorycznej oceny, czy dane świadczenie powinno być w taki czy w inny sposób finansowane. To bowiem jest zupełnie inna historia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich  
Wojciech Nowak:**

Dziękuję serdecznie.

Szanowny Panie Ministrze, mam pytanie. Jakie konsekwencje przewidujecie państwo w przypadku programów realizowanych przez samorządy w związku z dodaniem do art. 15 ust. 2 pktu 13a wyrażenia: „programy zdrowotne”? Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

W tej wyliczance z art. 15 ust. 2, która się tutaj przewija po raz kolejny, proponujemy dodanie pktu 13a, czyli dodanie programów zdrowotnych. Otóż skutki dla programów zdrowotnych opracowanych przez jednostki samorządu terytorialnego na potrzeby społeczności lokalnych i dla zrealizowania określonych celów zdrowotnych w społeczności lokalnej będą żadne. To znaczy ten zapis nie będzie powodował żadnych skutków z punktu widzenia jednostek samorządu terytorialnego. Rozumiem, że odnosi się pan przede wszystkim do art. 48, czyli tych zapisów, które mówią o ocenie programów zdrowotnych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Programy zdrowotne z art. 13a mają zastosowanie do programów zdrowotnych, które mogą być organizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo.

Wracam jeszcze do swojej poprzedniej wypowiedzi, kiedy mówiłam, że nie ma listy negatywnej, nie ma też współpłacenia, ale jest art. 15, w którym jednak jest zmieniony zapis dotyczący gwarantowanych świadczeń, prawda? Mamy na przykład taką

zmianę – w starym zapisie mieliśmy świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze jako gwarantowane, a w nowym mamy świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Czyżby opieka pielęgnarska podczas leczenia szpitalnego nie była gwarantowana?

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

W tym mieści się opieka pielęgnarska. Proszę państwa, chcę zapytać, bo chcę mieć pewność.

Druga rzecz, która mnie niepokoi. Jak będą wycenione niegwarantowane świadczenia zdrowotne, na przykład opieka prenatalna, czy opieka nad zdrowym dzieckiem? Kto będzie wyceniał? Czy będą ustalone jakieś taryfy za świadczenia profilaktyczne, opieka nad zdrowym dzieckiem, które nie są zakwalifikowane do świadczeń gwarantowanych? Rozumiem, że będą odpłatne. Jeżeli będą odpłatne, to kto będzie wyceniał ceny tych badań? Czy będzie jakaś taryfa ogólnopolska? Czy zakłady opieki zdrowotnej i świadczeniodawcy będą sobie ustalać te ceny w zależności od tego, jakie będą miały warunki i koszty? Chciałabym to wiedzieć. Mam wrażenie, że poruszamy się trochę w świecie eufemizmów i chwilami jak w świecie Orwella. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pani Senator, może na tym przykładzie, który pani senator była łaskawa podać, mianowicie świadczenia pielęgnacyjne w zakresie wymienionym w art. 15 ust. 2 w pkt 6, czyli tylko i wyłącznie w opiece długoterminowej, i co w związku z tym z opieką pielęgnarską w szpitalach. Co z opieką pielęgnarską w szpitalach? Jest w zakresie: leczenie szpitalne i na tym to polega. Podobnie mówi pani, że usunęliśmy pewne rzeczy. Pewne rzeczy zostały usunięte, jak na przykład profilaktyka, czy jak na przykład logopedia. To znowu jest nawiązanie do dyskusji, która się pojawiała. Tyle tylko, że każde z tych świadczeń znajduje swoje odzwierciedlenie w którymś z kontraktowanych zakresów. Jeżeli mówimy o świadczeniach logopedycznych, to logopedia jest w znakomitej większości, jeżeli nie w stu procentach, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Jeżeli mówimy o profilaktyce, to profilaktyka jest przecież realizowana we wszystkich zakresach opieki zdrowotnej, tych, które są zdefiniowane jako podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne.

Celem wprowadzenia zmian do art. 15 ust. 2 było doprowadzenie do tego, żeby te zapisy odnosiły się do faktycznej systematyki tego, co jest kontraktowane i w jaki sposób jest kontraktowane, a nie do tego, że ktoś kiedyś wpadł na pomysł, żeby uzupełnić zapis ustawy o określony rodzaj świadczenia, który tak czy inaczej, niezależnie od wszystkiego, był, jest i pozostanie kontraktowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chociażby w przypadku logopedii, czy wpisanie logopedii cokolwiek zmieniło, jeśli chodzi o sposób kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia? Nie, ponieważ świadczenia logopedyczne były, są i będą kontraktowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Faktycznie, pani senator ma absolutnie rację, my tę listę zasadniczo skracamy, bo w tym

momencie skracamy z dwudziestu dwóch pozycji do czternastu pozycji. Trzeba natomiast pamiętać o tym, że po dodaniu pktu 13a... ale wykreślamy pkt 9...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Czyli de facto mamy w dalszym ciągu czternaście pozycji. Tylko, że tych czternaście pozycji to jest po prostu określenie systematyki według czego kontraktujemy, a nie to, co ma być zabezpieczone, ponieważ poszczególne rodzaje świadczeń, czy wręcz poszczególne świadczenia, każde z nich można przypisać do określonego kontraktowanego i zabezpieczonego gwarantowanego zakresu wymienionego w art. 15 ust. 2. Co więcej, w dodawanym art. 31a... Tu bowiem w dyskusji – pani senator co prawda o tym nie mówiła – były też podnoszone głosy, że pewne rodzaje, czy pewne typy świadczeń, na które państwo do tej pory zwracało szczególną uwagę, w tym momencie nie będzie tej szczególnej uwagi przywiązywać. W art. 31a ust. 2 z kolei mamy delegację do określenia w drodze rozporządzenia przez ministra zdrowia dziedzin medycyny, które są dziedzinami uznawanymi za priorytetowe. W dalszym ciągu nie ma to znaczenia z punktu widzenia tego, co jest płatne, co jest bezpłatne. Nie zmieniamy tu, Pani Senator, absolutnie niczego.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A transport sanitarny?)*

Transport sanitarny, który wyleci, jest częściowo w POZ i też częściowo w szpitalnictwie.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pomoc doraźna to z kolei ratownictwo. Mamy tylko i wyłącznie kwestię uprzywilejowania tego, co było w tej ustawie nabałaganione. Taka jest prawda, jeśli chodzi o art. 15 ust. 2.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej**

**Andrzej Włodarczyk:**

Wykorzystam dobry humor pana ministra. Panie Przewodniczący, zadam pytanie wybiegające w przeszłość. Czy użycie określenia w ust. 3 art. 31 – prezes funduszu oznacza...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Która strona?)*

Strona 7.

...oznacza, że państwo nie przewidujecie w najbliższym czasie zmiany na rynku podmiotów, które będą płatnikami, niezależnie jak to rozumieć, czy to przez podział, czy przez dopuszczenie innych podmiotów jako płatników?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jakub Szulc:**

Dziękuję.

Pragnę zwrócić uwagę, że przygotowując każdy akt prawny musimy odnosić się do porządku prawnego, który w danym momencie jest porządkiem obowiązującym. W związku z tym niezależnie od tego, jakie byłyby plany resortu na przyszłość, taki zapis jest w związku z pozycją Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę też zwrócić uwagę, że nie wymieniamy tu prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko prezesa Funduszu, ponieważ jest to jednoznaczne na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest jednoznaczne, że Fundusz to Narodowy Fundusz Zdrowia, a prezes Funduszu to prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Dlatego też jedno z drugim tak naprawdę ma bardzo niewiele wspólnego. Z racji pozycji Funduszu w systemie ochrony zdrowia w Polsce niewłaściwym byłoby pominięcie w art. 31 e prezesa Funduszu.

**Senator Janina Fetlińska:**

Panie Ministrze, jeszcze odpowiedź na pytanie odnośnie wyceniania świadczeń, które nie są objęte listą świadczeń gwarantowanych. Jak będzie to wyceniane? Czy to będzie jedna taryfa ogólnopolska na dane świadczenie? Czy będzie to oceniane przez poszczególnych świadczeniodawców?

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Pani Senator! Jeszcze raz. Nie można mówić o cenniku czegoś, czego nie wprowadzamy i czegoś, czego nie zmieniamy. Nie możemy mówić o wprowadzeniu cennika świadczeń niegwarantowanych, skoro te świadczenia, które są w tym momencie gwarantowane w dalszym ciągu będą gwarantowane. Pani senator usiłuje zmusić mnie do odpowiedzi na pytanie, na które tak naprawdę nie mogę odpowiedzieć, bo stoi w sprzeczności ze stanem faktycznym, który ta ustawa wprowadza. Dlatego, że ciężko jest mi mówić o cenniku, który ktoś ma ustalać, bo nie wiem kto ma ustalać cennik bazujący na tym, czego tak naprawdę nie ma. Nie wprowadzamy świadczeń odpłatnych. To natomiast co jest w chwili obecnej współpłacone w tych zakresach, o których mówimy – czyli, powtórzę znowu jeszcze raz, stomatologia, wyroby medyczne, opieka długoterminowa i lecznictwo uzdrowiskowe – będzie finansowane na tych samych zasadach. W ustawie matce jest bowiem określone, jakie są zasady współpłacenia w tych przypadkach, które podlegają w chwili obecnej współpłaceni.

*(Senator Janina Fetlińska: Dziękuję bardzo.)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

*(Senator Stanisław Karczewski: Panie Ministrze, zapytam się...)*

Dyskusja.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Na razie pytania, a później dyskusja. Jednak zapytam się o pkt 9 art. 15 ust. 2...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Transport.)*

Transport sanitarny. Rozumiem, że transport sanitarny jest przy świadczeniach szpitalnych i innych. Jeśli wykreślimy transport sanitarny, kto będzie finansował transport sanitarny pacjenta, który uległ wypadkowi w Austrii? Albo w Czechach?

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

To nie na gruncie tych przepisów. To są przepisy o koordynacji, Panie Senatorze. Przepisy o koordynacji.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Czyli my w żaden sposób nie ingerujemy w to, w jaki sposób ten transport będzie się odbywał. Jeżeli pan senator życzy sobie szczegółowej odpowiedzi, to poproszę o to pana dyrektora...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

*(Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Pawłęga: Dziękuję bardzo. Panie Ministrze...)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Tomasz Pawłęga:**

Tak jak powiedział pan minister, usunięcie transportu sanitarnego jest spowodowane głównie tym, że obecnie w tym rodzaju, czyli pomoc doraźna i transport sanitarny, Fundusz kontraktuje jedynie tak zwane karetki „N”, czyli karetki dla noworodków. Poza jest to zakres zupełnie pusty. Ponieważ transport sanitarny jest zarówno w POZ, jak i w lecznictwie szpitalnym, czyli każdy zakontraktowany szpital jest zobowiązany do zapewnienia transportu.

Odnosząc się do transportu poza granicami kraju. Oczywiście, przepisy, które są w ustawie, generalnie dotyczą transportu na terenie kraju. Jeżeli chodzi o transport poza terenem kraju, tak jak powiedział pan minister, to regulują to przepisy o koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego, czyli świadczenia, które są udzielane w stanach nagłych na podstawie tak zwanej europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego. System ten nie obejmuje jednak transportu sanitarnego. Żeby jednak zapobiec takim sytuacjom, że na przykład Polak uległ wypadkowi w Austrii i leży w szpitalu, koszty hospitalizacji rosną, a nie można go ściągnąć do kraju, ponieważ przepisy o koordynacji nie regulują kwestii transportu, to jest to uregulowane w naszej ustawie w art. 25 i 26. Prezes Funduszu, oceniając skalę tego zjawiska i rangę, może wydać zgodę zezwalającą na transport tego obywatela do Polski, gdy transport będzie tańszy niż przebywanie za granicą.

*(Głos z sali: Transport noworodków znika.)*

Transport noworodków nie znika. Będzie w leczeniu szpitalnym.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chcę jeszcze zapytać o programy profilaktyczne. Czy każdy samorząd, jeżeli będzie chciał wdrożyć jakiś program profilaktyczny, będzie musiał się zwrócić do Agencji? Czy też może to po prostu u siebie realizować bez takiej konsultacji? Kiedy jest obowiązek, a kiedy nie ma tego obowiązku?

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jakub Szulc:**

Już odpowiadam, Panie Przewodniczący.

Otóż każdy samorząd będzie musiał się zwrócić do Agencji, aczkolwiek Agencja nie ma mocy decydowania o tym, czy dany samorząd ma prawo do realizowania określonego programu, czy nie. My dokonujemy innej rzeczy. Tak naprawdę niekiedy posiadamy wiedzę na temat tego, jak te programy zdrowotne w poszczególnych samorządach są realizowane, a chcielibyśmy, żeby wpisywały się one w jakąś szerszą politykę. Co tu dużo mówić, moim zdaniem na wyrost nazywamy programami zdrowotnymi programy zdrowotne na szczeblu gminnym, czy nawet powiatowym.

Samorząd będzie musiał dany program wysłać do Agencji Oceny do zaopiniowania. Ani Agencja, ani minister, ani jakikolwiek inny organ nie będzie w żaden sposób ingerował w to, co to jest za program i w jaki sposób jest realizowany. Po prostu Agencja oceni, czy ten program jest programem z punktu widzenia zabezpieczenia medycznego programem właściwym. Tylko i wyłącznie tyle. To może być wskazówka dla samorządu, żeby opracowując kolejne programy zwrócić uwagę na to, że coś można robić w sposób bardziej efektywny, czy też sensowniejszy. Nie ma to natomiast żadnej mocy wiążącej dla jednostki samorządu terytorialnego.

*(Senator Janina Fetlińska: Jeśli można, Panie Przewodniczący...)*

Jedyny zapis, który odnosi się do programów zdrowotnych i opiniowania ich przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, to art. 48 i dodawany ust. 2a i 2b. Proszę zwrócić uwagę: ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego oraz Fundusz przekazują projekt programu zdrowotnego w celu jego zaopiniowania przez Agencję. Nigdy nie jest tak, że opinia jest w jakikolwiek sposób wiążąca. Gdybyśmy chcieli zawrzeć sformułowanie, że chcemy wiązać opinią decydenta, to wtedy musielibyśmy albo sformułować, albo użyć innego rzeczownika na określenie tej opinii, albo też jednoznacznie zawrzeć stwierdzenie, że opinia jest wiążąca.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Problem polega na tym, że często samorzady planują przeznaczyć jakąś kwotę na profilaktykę i promocję zdrowia, ogłaszają konkursy, zgłaszają się organizacje pozarządowe, różne jednostki, które chcą te pieniądze zdobyć. Na jakim etapie powinna

być dokonana ocena Agencji? Czy post factum, kiedy już samorząd wybierze program, czy w trakcie tego konkursu? To jest pytanie konkretne, bo na pewno takie wątpliwości powstaną wśród samorządowców, którzy będą odpowiedzialni za wydawanie tych pieniędzy.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Jednostka samorządu terytorialnego wysłała do zaopiniowania projekt programu zdrowotnego, czyli przed zatwierdzeniem programu zdrowotnego, a więc przed rozpianiem konkursów. Agencja Oceny Technologii Medycznych ma trzy miesiące na wydanie opinii. Niemniej, tak jak mówię, nie jest to w żaden sposób wiążące dla jednostki samorządu terytorialnego i może rozstrzygać konkurs niezależnie od opinii, jeżeli chce tego dokonać, terminy są takie, że trzeba w tym momencie rozstrzygnąć, nie czekając na te opinie. Wydaje mi się, że ta opinia ma pełnić rolę służebną wobec jednostek samorządu terytorialnego.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich  
Wojciech Nowak:**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, dziękuję bardzo za te informacje. Chcę natomiast zwrócić uwagę na praktyczne implikacje tego przepisu. Nawet jeżeli rzeczywiście uznamy, że zgodnie z brzmieniem przepisu nie ma tu tej obligatoryjności. Proszę pamiętać, że samorządy muszą mieć odpowiednio wcześniej zatwierdzony budżet. Poza tym taka opinia będzie o tyle wiążąca, że w przypadku wydania negatywnej opinii przez Agencję Oceny Technologii Medycznych samorządowcy będą bali się odpowiedzialności względem dyscypliny finansów publicznych, a zatem...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

To znaczy chcę tylko wskazać na to, że...

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Bardzo przepraszam. Przepraszam, że przerywam, ale jeżeli chce pan sformułować w tym momencie tezę, że burmistrz, wójt, czy starosta jako organ jednostki samorządowej, czy rada któregośkolwiek z tych szczebli, mają podejmować jakąkolwiek decyzję, nie troszcząc się o dyscyplinę finansów publicznych, to w takim razie tak naprawdę chce pan postawić pod znakiem zapytania to, co robią samorządy i w jaki spo-

sób działają. Ja mam pełną wiarę, że decyzje, które są podejmowane w jednostkach samorządu terytorialnego, są decyzjami absolutnie wyważonymi i podejmowanymi w zgodzie z dyscypliną finansów publicznych.

**Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich  
Wojciech Nowak:**

Panie Ministrze, jeżeli mogę skończyć. Obawiam się, że w związku z przepustowością, że się tak wyrażę, analiz w Agencji, która była pierwotnie oceniana na trzydzieści, to te analizy praktycznie będą utykały w Agencji. A zatem te programy nie będą praktycznie realizowane.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, odpowiem. Zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia, i oczywiście dyrektora Agencji, a później prezesa, jest takie zorganizowanie pracy Agencji, żeby w terminie ustawowym móc dokonać tej analizy. Podczas dyskusji na ten sam temat na posiedzeniu Komisji Zdrowia wypowiedź pana dyrektora Matuszewicza jednoznacznie świadczyła o tym, że pan dyrektor Matuszewicz uważa, że Agencja Oceny Technologii Medycznych z tym zadaniem sobie poradzi. Dziękuję.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

To znaczy, idąc dalej w tym kierunku, jeżeli to ma być główna obawa, nie powinniśmy nigdzie wpisywać żadnych terminów. Jeżeli chcemy doprowadzać do sytuacji, w której coś ma być sprawne i działać, jakieś terminy musimy zawierać.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś chce zabrać głos jeszcze w tej chwili? Czy możemy przystąpić do głosowania nad poprawkami?

Bardzo proszę, pan senator Karczewski.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Jeśli można.

Panie Ministrze, w swoich pierwszych słowach pan minister powiedział, że nad tą ustawą długo pracujemy, nie od dzisiaj. W tę ostatnią część pańskiej wypowiedzi wierzę i przyjmuję do wiadomości, bo zapoznaliśmy się również z tym, co działo się w Sejmie. Ta olbrzymia liczba pytań, olbrzymia ilość wątpliwości świadczy o tym, że ta ustawa jest przygotowana źle, niedostatecznie i idzie w złym kierunku. Jedynym dobrym rozwiązaniem tej ustawy jest to, że Agencja Oceny Technologii Medycznych jest powoływana ustawą i z tym bym się zgodził i za tym zagłosowałbym.

O tym, że ta ustawa była przygotowana źle, świadczy również fakt olbrzymiej liczby poprawek zgłoszonych przez ministerstwo, nie chciałbym powiedzieć, że



w ostatniej chwili, ale jednak dla nas w ostatniej chwili, bo nie mogliśmy się z nimi zapoznać wcześniej.

Przygotowałem kilka poprawek, ale nie będę ich zgłaszał. Zgłoszę wniosek o odrzucenie ustawy w całości.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Słucham?

*(Głos z sali: Zgłasza pan poprawki?)*

Nie, ja nie zgłaszam poprawek, tylko zgłaszam wniosek o odrzucenie.

*(Głos z sali: O odrzucenie.)*

Tak, o odrzucenie.

Chciałbym powiedzieć, że ten od dawna oczekiwany koszyk jest takim workiem, w który państwo wsadziliście wszystko, ale z takim zastrzeżeniem, że w każdej chwili nie wiadomo kiedy, w każdej chwili minister może z tego wyjąć to, co będzie uważał za stosowne. Pytaliśmy się, dociekaliśmy, czy rekomendacje Agencji będą wiążące, czy nie będą wiążące. Rola ministra będzie olbrzymia i ponieważ w ustawie zasadniczej mamy wyraźny zapis, że ten koszyk niejako powinien być zapisany ustawowo, a nie w rozporządzeniu, wnoszę o odrzucenie tej ustawy w całości. Dziękuję.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Chciałbym jeszcze przypomnieć państwu, że Senat zgodnie ze swoimi uprawnieniami zajmuje się tylko tymi zapisami, które były przedmiotem pracy w Sejmie. Stąd niektóre z propozycji zgłaszanych dzisiaj, na przykład przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, a dotyczące redefinicji podstawowej opieki zdrowotnej, one po prostu...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Chcę powiedzieć, że po prostu nie mogą być przez nas rozpatrywane. Wymagałyby zupełnie innej procedury.

Pan minister chce jeszcze odnieść się do wypowiedzi?

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

#### **Jakub Szulc:**

Jeżeli można, to chciałbym odnieść się do wypowiedzi pana przewodniczącego Karczewskiego, zanim pan przewodniczący będzie dokonywał podsumowania posiedzenia komisji. Chcę powiedzieć o kilku rzeczach. Bardzo mi przykro, że pan senator odniósł takie wrażenie. Ja po dzisiejszym posiedzeniu odniosłem wręcz przeciwne. Rozumiem jednak, że wrażenia to rzecz subiektywna i można je różnie traktować.

Chciałbym formalnie odnieść się do dwóch rzeczy. To znaczy do tego, o czym powiedział pan, że rola ministra będzie olbrzymia. Tak naprawdę tę uwagę sformułowano podczas dzisiejszej dyskusji tylko jeden raz i to sformułował ją pan przewodniczący Sidorowicz. I tylko wtedy dyskutowaliśmy na ten temat. Zasady i tryb zgłaszania, wykreślenia, zmieniania świadczeń gwarantowanych w koszyku świadczeń gwarantowanych są bardzo dokładnie i jasno określone w zapisach ustawowych. Oczywiście, jest kwestia, czy chcemy się nad tym z wystarczającą uwagą pochylić. Mówiłem, że ciężko jest sobie wyobrazić, żeby rola ministra była inna.

Pragnę zwrócić uwagę na jedną rzecz. W tym momencie te decyzje są podejmowane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w aktach prawnych w randze zarządzenia. I może pamiętajmy, że tak naprawdę wprowadzamy tą ustawą pewną systematykę i pewne uporządkowanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do rozporządzeń, a więc aktów zdecydowanie wyższego rzędu niż ten, na którym są obecnie ustalane zasady finansowania świadczeń, i to wszystkie zasady finansowania świadczeń, a mianowicie w zarządzeniach prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Panie Senatorze, niestety, nie mogę też przyznać panu racji w stwierdzeniu, że koszyk ma być zdefiniowany poprzez ustawę. Na początku naszej dyskusji przytaczałem wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który jednoznacznie stwierdza, że zakres i zasady kwalifikowania muszą być określone na drodze ustawowej. O tym mówi Trybunał Konstytucyjny. Szczegółowe określenie i szczegółowy wykaz świadczeń, jeżeli nie może być zdefiniowany ustawowo, powinien być przeniesiony do rozporządzenia. Z jednej strony, Panie Senatorze, mówi pan o worku, do którego wrzucamy i wyciągamy świadczenia, a ja mówiąc o koszyku świadczeń gwarantowanych, że pracujemy nad nim nie od dzisiaj, mówię o tym, że tak naprawdę prace były prowadzone bardzo intensywnie podczas poprzedniej kadencji świętej pamięci profesora Religi, kiedy przedstawiono, o czym mówił pan minister Włodarczyk, koszyk świadczeń gwarantowanych obejmujący jako lista osiemnaście tysięcy procedur.

Wprowadzenie w połowie ubiegłego roku jednorodnych grup pacjentów pozwoliło doprowadzić do jednej zasadniczej zmiany. Zamiast osiemnastu tysięcy procedur będziemy mieli do czynienia w koszyku świadczeń gwarantowanych z liczbą nieco poniżej dwóch tysięcy. Dlatego ileś tysięcy procedur w leczeniu szpitalnym zostanie ujętych w jednorodnych grupach pacjentów, a więc jest to zasadniczy krok naprzód w stosunku do tego, co było sformułowane wcześniej.

Przy tym z tego, co wiem, w jaki sposób prowadzono prace w poprzedniej kadencji nad koszykiem świadczeń gwarantowanych, to idea i zasadniczy cel był właśnie taki, żeby koszyk świadczeń gwarantowanych mógł usystematyzować to, co ma być gwarantowane, jednoznacznie dać obywatelowi prawo do tego, żeby wiedział, jakie świadczenie mu przysługuje, a jakie nie. Stąd koszyk świadczeń pozytywnych. To, że nie zmieniamy w tej ustawie systemu współpłacenia, co jedni mogą przyjąć za pozytyw, inni za zdecydowany negatyw, to świadczy tylko i wyłącznie o tym, że nie chcemy doprowadzać do tego, aby – zwłaszcza w chwili obecnej – pacjent musiał płacić więcej za ochronę zdrowia.

Pan, Panie Senatorze, mówi o koszyku jako o worku, do którego wrzucamy wszystko to, co jest, a z drugiej strony argumenty podnoszone przez pańskich kolegów klubowych w Sejmie mówią o czymś zupełnie innym, że zbyt dużo z tego koszyka wyłączamy. O tym także świadczą pytania pani senator, które były dzisiaj podnoszone. Mam nadzieję, że udało mi się wystarczająco precyzyjnie odpowiedzieć, że jeśli chodzi o zakres współpłacenia, to niczego w stosunku do obecnie obowiązującego porządku prawnego nie zmieniamy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że zakończyliśmy dyskusję.

Teraz bardzo proszę panią mecenas o poprowadzenie nas przez poprawki.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Jest wniosek o odrzucenie ustawy i są poprawki, które zgłasza ministerstwo, przejęte... A kto je przejmuje?

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Przejmujemy poprawki z panem senatorem Okłą. Pani senator Fetlińska przejęła jedną poprawkę zgłoszoną przez panią prezes Buczkowską.

*(Senator Stanisław Karczewski: Ja też przejmuję poprawkę senator Fetlińskiej.)*

Wobec powyższego przystępujemy, proszę państwa, do głosowania. Najdalej idący wniosek to jest wniosek o odrzucenie ustawy.

Kto z państwa jest za przyjęciem tego wniosku o odrzucenie ustawy? (3)

Kto jest przeciw? (5)

Nie ma senatorów wstrzymujących się od głosu.

Wniosek został odrzucony.

*(Senator Stanisław Karczewski: Zgłaszam wniosek mniejszości.)*

Jest wniosek mniejszości.

Teraz, proszę państwa, poprawki.

Bardzo proszę.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

W takim razie proponuję procedować według kolejności zgłoszonych poprawek. Ogólnie rzecz biorąc jest dziesięć poprawek, ale może dla ułatwienia procedowania przyjmujemy, że łącznie z poprawką, która ma konsekwencje, głosowanie będzie dotyczyło jednocześnie konsekwencji.

Według kolejności zgłoszonych poprawek pana senatora Sidorowicza i pana senatora Okły poprawka oznaczona numerem pierwszym. Dotyczy ona art. 11 ust. 1 pkt 4 i 4a ustawy zmienianej – świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych przez ministra zdrowia. Tyle mogę powiedzieć w tym momencie. Ona się łączy z poprawką do art. 15a ust. 1.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw?(0)

Kto się wstrzymał? (3)

Poprawka została przyjęta.

Następna poprawka.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 15 ust. 2 ustawy zmienianej. Skreśla się pkt 9, który dotyczy pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, dodając nowy pkt 13a, dotyczący programów zdrowotnych, oraz konsekwencja tej poprawki, co dotyczy art. 48 ust. 2a.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak jest.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (3)

Poprawka została przyjęta.

Następna poprawka.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 31a ust. 1 pkt 1b. To jest poprawka, która dokonuje uściślenia w zakresie zadań Agencji Ochrony Technologii Medycznych.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (3)

Poprawka została przyjęta.

Następna poprawka.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 31d. To jest przepis upoważniający ministra zdrowia do wydania rozporządzenia w poszczególnych zakresach dotyczących świadczeń gwarantowanych i kwestii doprecyzowania współfinansowania...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Czyli powtarza tam artykuły, które by...)*

Tak, dodaje pewne artykuły uściślając zakres tego rozporządzenia. Konsekwencją tej poprawki jest również zmiana w art. 40 ust. 2 i w art. 47, a także w art. 9. Przy tym chciałabym od razu tutaj może połączyć art. 9 z tym, o czym mówił pan minister na początku, z korektą brzmienia art. 9, jeśli chodzi o rozumienie odniesienia do 2010 r.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Rozumiem, że są to poprawki...

*(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: To jest uściślenie.)*

...które przejęliśmy od pana ministra. Dlatego nie pytam pana ministra, bo rozumiem, że one są przez was popierane.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

Dziękuję. Poprawka została przyjęta.

Proszę bardzo.

**Główny Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 31h ust. 2 pkt 2. To jest uporządkowanie terminologii.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (8)  
Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

**Główny Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Poprawka następna dotyczy art. 31j i 31k. Jest tu uściślenie w przepisach upoważniających. Materia dotyczy między innymi opłaty. Konsekwencją tych poprawek jest również zmiana w art. 32 ust. 2g. To jest opłata za ocenę raportu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Opłata za ocenę raportu. Rozumiem, że przechodzi to do rozporządzenia.  
Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)  
Kto jest przeciw? (0)  
Kto się wstrzymał? (3)  
Dalej, proszę.

**Główny Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 31s ust. 8 pkt 4 i jest to taka poprawka, która ma znaczenie dla legislacji i redakcji przepisu dotyczącego rejestru korzyści, do którego trzeba przekazywać obowiązkowo pewne informacje.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.  
Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (8)  
Dziękuję bardzo. Poprawka została przyjęta.  
Dalej, proszę.

**Główny Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 41 ust. 4 oraz konsekwencji tej poprawki w art. 42 ust. 1. Trudno mi jednak w tym momencie skomentować bardziej szczegółowo tę poprawkę.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan minister?

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Już odpowiadam. W toku prac sejmowych został usunięty z ustawy art. 40 ust. 2 i ust. 3. Cel był taki, że ich treść będzie przeniesiona i konsumowana przez rozporządzenie wydawane na podstawie art. 31d w zakresie regulowanego art. 15 ust. 2 pkt 9, czyli w zakresie transportu sanitarnego. Ponieważ dzisiaj podejmujemy decyzję – i to jest bodajże poprawka druga, czy nawet pierwsza – że dokonujemy zmianę w zakresie art. 15 ust. 2, transport sanitarny jako osobny zakres wypada z projektu. W związku z tym celowe jest przywrócenie brzmienia art. 40 ust. 2 i 3 w dotychczasowym brzmieniu, w jakim jest to regulowane obecnie obowiązującą ustawą. Powracamy zatem do starego brzmienia art. 40 ust. 2 i ust. 3, który został wcześniej usunięty.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Rozumiem. Dziękuję bardzo.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (3)

Dziękuję bardzo.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 12 i ma uściślić moment obowiązywania przepisu, który wprowadza termin obowiązywania aktów wykonawczych. Chodzi o to, żeby nie było wątpliwości, ponieważ wejście w życie ustawy jest w części zróżnicowane. Chodzi o jednoznaczne wskazanie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Kto jest za przyjęciem tej poprawki uściślającej? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (3)

Dziękuję. Poprawka została przyjęta.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Następna poprawka dotyczy art. 13, który właśnie mówi o tym, które przepisy i w jakim terminie wchodzi w życie. Dokonano tu pewnego uporządkowania i uzupełnienia, które po prostu grupuje pewne przepisy pod kątem materii, której dotyczą. Całościowo regulują wejście w życie ustawy.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (3)

Dziękuję.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Teraz jeszcze poprawka do art. 31s, który odnosi się do rady konsultacyjnej. To jest ta uwaga, o której była mowa na początku.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)*

To jest takie uściślenie, które ma wprowadzić jednoznaczność rozumienia przepisu dotyczącego składu i liczebności...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Chodziło o rozszerzenie tego składu o naczelną...)*

Nie, to jest uściślenie...

*(Głos z sali: Uściślenie, jeśli chodzi o rektorów.)*

...i wskazanie przedstawiciela do rady, a w związku z tym, jaka jest liczebność osób wskazywanych przez ministra. Chodzi także o art. 11 ust. 2, w którym w sposób bardziej precyzyjny, poprzez wskazanie niestosowania przepisów, określa się, jak rozkłada się czas obowiązywania tej kadencji w stosunku do poszczególnych osób.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak jest. Rozumiemy.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (3)

Poprawka została przyjęta.

Bardzo proszę.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Teraz chciałabym wrócić do poprawki pani senator Fetlińskiej, która dotyczy art. 27 ust. 3. To jest poprawka, która ingeruje w przepis upoważniający ministra zdrowia do wydania rozporządzenia poprzez to, że jak rozumiem, rozszerza zakres tej delegacji w stosunku do przepisów obowiązujących.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jeszcze raz, bardzo proszę.)*

W art. 27 ust. 3 wyrazy „do ukończenia dziewiętnastego roku życia” skreśla się. Redakcyjnie chodzi o to, żeby były to osoby kształcące się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pytanie do pana ministra.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Panie Przewodniczący, tak jak powiedziałem, będziemy mieli jeszcze czas, żeby się pochylić nad tą zmianą. Obecnie, niestety, nie mogę zaprezentować stanowiska innego niż negatywne z jednego prostego względu. Przepis dotyczący dziewiętnastego roku życia znajduje się w obowiązującym prawodawstwie. Tak naprawdę zmiany, które dokonujemy w art. 27 ust. 3 i 4, nie odnoszą się do wieku osób, które podlegają profilaktyce, czy też badaniom. Uprzednio ust. 3 i 4 odnosiły się do organizacji i zakresu, a teraz zakres przenosimy do rozporządzeń koszykowych. Pozostaje więc organizacja w tych przepisach. Tworząc koszyk w żaden sposób nie dotykaliśmy wieku beneficjentów.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze. Mamy jasność.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (3)

Kto jest przeciw? (5)

Bardzo proszę, następna poprawka.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Jeszcze nie, jeszcze poprawka dotycząca rozszerzenia składu komisji... Tak?

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

*(Senator Stanisław Karczewski: To jest prosta poprawka. Wszyscy za.)*

Tak.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

*(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Myślę o poddaniu pod głosowanie poprawki dotyczącej składu...)*

Ale tam chodziło o inny aspekt.

*(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: W każdym razie, jeżeli chodzi o liczebność rady, pozostaje dwanaście osób.)*

Tak.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Czyli, jak rozumiem, komisja przegłosowała już poparcie dla poprawki do art. 31s ust. 3. Teraz ten ust. 3...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Zmienilibyśmy jeszcze.)*

Chodzi o to, żeby rozszerzyć radę o przedstawiciela wskazanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak jest.



Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (3)

Kto jest przeciw? (5)

Poprawka nie została przyjęta.

(*Senator Stanisław Karczewski: Wniosek mniejszości.*)

Dobrze.

Proszę państwa, jeszcze mamy...

(*Głos z sali: 3 za, 5 przeciw.*)

3 za, 5 przeciw.

(*Głos z sali: 4 przeciw.*)

4 przeciw i 1 wstrzymał się od głosu. 3 za, 4 przeciw i 1 wstrzymał się od głosu.

Proszę państwa, jeszcze jest poprawka, którą przejmuję, a która jest konsekwencją przyjęcia drugiej poprawki. Mianowicie w art. 31b musimy...

(*Głos z sali: Art. 31b.*)

Art. 31b. Ponieważ wprowadziliśmy pkt 13a... To jest redakcyjna poprawka. Chodzi o przywołanie art. 15 ust. 2 pkt 1 do pkt 13a. To jest redakcyjna poprawka.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (8)

Dziękuję bardzo.

Czy mamy jeszcze jakieś inne poprawki?

Wobec tego kto jest za przyjęciem wniosku o przyjęcie ustawy z tymi poprawkami?

Kto jest za? (5)

Kto jest przeciw? (3)

Dziękuję bardzo.

Wniosek o przyjęcie tej ustawy został przyjęty.

Dziękuję bardzo.

Jeszcze sprawozdawca.

(*Głos z sali: Wniosek mniejszości.*)

Proponuję, żeby sprawozdawcą ustawy był pan senator Okła.

(*Senator Stanisław Karczewski: Chciałbym się zgłosić na sprawozdawcę wniosku mniejszości.*)

Nie widzę innych kandydatur.

Do wniosku mniejszości?

(*Senator Stanisław Karczewski: Tak, jeśli pan przewodniczący pozwoli.*)

Pan senator Karczewski.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Nie widzę głosów sprzeciwu.

Zostały sprawy bieżące. Członkowie komisji zostają. Wszystkim gościom bardzo dziękujemy.

Sprawy bieżące.

Bardzo proszę pan senator Klimowicz.

### **Senator Paweł Klimowicz:**

Dziękuję.

Panie Przewodniczący, chcę zdać sprawozdanie z konferencji, na której, niestety, nasza komisja nie była obecna. Myślę, że godnie ją reprezentowałem. W dniu 6 maja 2009 r., 130 m pod ziemią, odbyła się konferencja w sprawie wybranych za-

gadnień dotyczących projektu ustawy o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej. Wszyscy organizatorzy, czyli Kopalnia Soli „Wieliczka”, Naczelna Rada Lekarska, serdecznie pozdrawiają wszystkich państwa senatorów i przekazują za moim pośrednictwem swoje stanowiska, których nie będę odczytywał, tylko złożę na ręce pana przewodniczącego. To jest propozycja Kopalni Soli „Wieliczka”, Naczelnej Rady Lekarskiej i stanowisko miasta i gminy Wieliczka w sprawie uzdrowiska. Ubiegają się o to, aby mieć status uzdrowiska podziemnego. W tym miejscu chcę na ręce pana przewodniczącego przekazać pamiątkę prac nad ustawą o lecznictwie uzdrowiskowym, Wieliczka, 6 maja 2009 r. Jest to Skarbek wykonany z wielickiej soli. Ośmielam się panu przewodniczącemu Sidorowiczowi przekazać...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Gdyby państwo senatorowie byli obecni na konferencji, każdy by taką pamiątkę otrzymał, bo była przygotowana dla wszystkich.

Mam od razu... nie wiem czy wniosek, czy prośbę. Mam na myśli Kopalnię Soli „Wieliczka”. Zapraszają nas do siebie. Tak więc proponuję, aby ten wniosek, który ma być zrealizowany za cztery miesiące – mieliśmy powrócić do dyskusji o ustawie o uzdrowiskach – aby jednak może to wyjazdowe posiedzenie komisji się odbyło. Dobrze byłoby podyskutować i poznać od innej strony Kopalnię Soli „Wieliczka”. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jestem za.

*(Senator Paweł Klimowicz: Czy mogę jeszcze jedno przy tej okazji powiedzieć?)*

Bardzo proszę.

**Senator Paweł Klimowicz:**

Mam również wielką prośbę do pana przewodniczącego i kolegów senatorów, abyśmy w najbliższym czasie zajęli się nowelizacją ustawy o izbach lekarskich. Projekt ten został cofnięty – z tego, co wiem, bo nie jestem pewien – z procedowania przed Radą Ministrów. Również posłowie zwracali się w swoich interpelacjach, aby zająć się problematyką tej nowelizacji, szczególnie w kontekście restytucji majątku izb, który uległ nacjonalizacji. Również nieobecna, chociaż dzisiaj była na posiedzeniu komisji pani senator Fetlińska, w swoim oświadczeniu senatorskim poruszała ten problem. Tak że wiem, że to jest temat bardzo...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pan Rafał Muchacki również. Dziękuję.

Mam więc prośbę do pana przewodniczącego, abyśmy w najbliższym czasie mogli się tym tematem zająć.

*(Brak nagrania)*

*(Koniec posiedzenia o godzinie 20 minut 03)*



Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851