



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(1217)**

150. posiedzenie  
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia  
w dniu 25 marca 2004 r.

V kadencja

#### Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz o zmianie ustawy o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw.
2. Rozpatrzenie ustawy o ratyfikacji Konwencji Nr 161 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej służb medycyny pracy, przyjętej w Genewie dnia 26 czerwca 1985 r.
3. Informacja ministra zdrowia na temat „Strategii zmian w systemie opieki zdrowotnej – szanse przezwyciężenia kryzysu”, przygotowanej przez Zespół do spraw Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia.
4. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców.

*(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 09)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz)*

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Bardzo proszę o zajmowanie miejsc. Bardzo proszę również pana przewodniczącego Lubińskiego o zajęcie miejsca, ponieważ rozpoczynamy posiedzenie komisji. Bardzo się cieszę, że pan senator się ku mnie zbliża, bo będę czuła mocne męskie ramię po mojej prawej stronie.

Proszę państwa, nasze posiedzenie na początku będzie lekko zakłócone wejściami osób, które trafią pod ten adres, na który zapraszaliśmy, czyli do sali nr 179. Ale tamta sala jest niewielka, źle klimatyzowana, niewygodna, a punkt trzeci porządku obrad przyciągnie na pewno liczną reprezentację gości czy osób niezbędnych do jego zreferowania. Ta zmiana adresu spowoduje więc, że będzie troszeczkę zamieszania na początku, niemniej jednak będziemy mieli lepsze warunki pracy.

Zatem otwieram sto pięćdziesiąte, już sto pięćdziesiąte, posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

W dzisiejszym porządku obrad przewidzieliśmy cztery punkty. Punkt pierwszy to rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw. Punkt drugi to rozpatrzenie ustawy o ratyfikacji konwencji nr 161 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej służb medycyny pracy, przyjętej w Genewie dnia 26 czerwca 1985 r. Punkt trzeci to stanowisko ministra zdrowia wobec strategii zmian w systemie opieki zdrowotnej przygotowanej przez Zespół do spraw Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia. O godzinie 14.30 zaczniemy omawiać punkt czwarty, czyli rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców.

Oczywiście, jak zawsze, mogą się znaleźć w porządku obrad sprawy różne, ale to już jest jakby wewnętrzna sprawa komisji.

Prezydium komisji w porozumieniu z panem ministrem i z panią minister postanowiło zaproponować państwu zmianę porządku obrad, tak aby punkt drugi: rozpatrzenie ustawy o ratyfikacji konwencji nr 161 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej służb medycyny pracy, przyjętej w Genewie dnia 26 czerwca 1985 r., był omawiany jako punkt pierwszy.

Ponieważ pani minister Wacława Wojtala, tak jak już mówiłam, wyraziła na to zgodę i pan minister Dagmir Długosz również jest tym zainteresowany, chcę zapytać, czy państwo senatorowie nie mają nic przeciwko takiej zmianie porządku obrad.

---

Jest na to zgoda. Zatem bardzo, bardzo dziękuję, bo po prostu porządek obrad jest napięty.

I w tym momencie witam wszystkich gości: ministrów, przewodniczących związków zawodowych, przedstawicieli korporacji zawodowych, instytutów resortowych, słowem, wszystkich państwa, żeby już nie wymieniać szczegółowo nazwisk.

Bardzo proszę o to, żeby przed zabieraniem głosu naciskać zielony przycisk na podstawce mikrofonu i przedstawiać się, bo nie będę odczytywała całej listy obecności.

A teraz, skoro przyjęliśmy porządek obrad, bardzo proszę o zabranie głosu pana ministra Długosza, ewentualnie pana dyrektora Kowalskiego. Proszę bardzo, proszę przystąpić do przedstawienia tej ustawy i tego, co się stało w Sejmie, czy były tam do niej jakiegokolwiek uwagi.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej  
Dagmir Długosz:**

Dziękuję bardzo.

Ustawa o ratyfikacji konwencji nr 161 Międzynarodowej Organizacji Pracy, która dotyczy służb medycyny pracy, została przedłożona przez rząd Sejmowi. Termin wejścia w życie tej ustawy planowany przez rząd to czternaście dni od momentu jej ogłoszenia.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej nie wniósł poprawek do projektu ustawy o ratyfikacji konwencji, w związku z czym ustawa uchwalona przez Sejm została przesłana do Senatu.

W największym skrócie o konwencji. Konwencja nr 161 została przyjęta przez Międzynarodową Organizację Pracy w 1985 r. i weszła w życie w 1988 r. Do dnia dzisiejszego została ratyfikowana przez dwadzieścia dwa kraje.

Generalnie rzecz biorąc, zawiera ona dwa podstawowe bloki rozwiązań, które po przyjęciu konwencji przez poszczególne państwa stają się ich obowiązkiem prawnym. Po pierwsze, jest to powołanie odpowiednich służb i organów, które zapewniają funkcjonowanie służb medycyny pracy w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących, po drugie – ochrona przed niekorzystnymi warunkami wykonywania pracy, która dotyczy zarówno profilaktyki, jak i działań związanych z leczeniem.

Realizacja postanowień konwencji po jej ratyfikacji wymaga od państwa podjęcia określonych działań szczegółowych. Podstawowym zadaniem jest przyjęcie odpowiednich rozwiązań prawnych w celu utworzenia służb medycyny pracy.

W stosunku do partnerów społecznych, czyli głównie pracodawców oraz związków zawodowych, konwencja przewiduje określone prawa i obowiązki. W przypadku pracodawców są to pewne zobowiązania w dziedzinie tworzenia służb medycyny pracy i zobowiązania dotyczące realizacji określonych obowiązków. W przypadku reprezentacji pracowniczych dotyczą one współkształtowania polityki w dziedzinie służb medycyny pracy.

Z punktu widzenia pojedynczego pracownika chodzi przede wszystkim o obowiązek informowania go o występujących zagrożeniach w środowisku pracy, które mogą mieć negatywny wpływ na stan jego zdrowia.

Z punktu widzenia samych służb medycyny pracy chodzi przede wszystkim o monitoring tych zagrożeń.

Biorąc pod uwagę stan polskiego ustawodawstwa, mam na myśli przede wszystkim ustawę – Kodeks pracy oraz ustawę o służbie medycyny pracy z 1997 r.,

Polska spełnia wszystkie wymogi konwencji, inaczej mówiąc, nasz system prawny jest już dostosowany do wymogów tej konwencji, a jej przyjęcie jakby wzmacnia uprawnienia pracowników w dziedzinie ochrony zdrowia poprzez przyjęcie aktu międzynarodowego. To po pierwsze. A po drugie, przyjęcie konwencji stanowi pewnego rodzaju wyraz uznania dla dorobku Międzynarodowej Organizacji Pracy w tej dziedzinie.

W związku z tym, że Polska implemetowała większość rozwiązań konwencji, właściwie wszystkie najważniejsze, nie ma tutaj dodatkowych obciążeń dla pracodawców czy dla sektora finansów publicznych.

To jest oczywiście konwencja MOP, ale ona jest w pełni zgodna z odpowiednimi aktami prawa Unii Europejskiej, między innymi w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Może jeszcze tylko dwa słowa o procedurze konsultacji społecznych. Oczywiście ustawa była przedmiotem opiniowania przez związki zawodowe. Od większości partnerów społecznych nie uzyskaliśmy opinii w tej sprawie, ale NSZZ „Solidarność” oraz OPZZ wyraziły pozytywną opinię o ratyfikacji konwencji. Dziękuję bardzo.

### **Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Myślę, że ratyfikacja tej konwencji jest wyrazem uznania nie tylko dla Międzynarodowej Organizacji Pracy, ale również dla dorobku naszego ministerstwa wrażliwości, czyli Ministerstwa Pracy, naszych służb bezpieczeństwa i higieny pracy odpowiednich instytutów, jak również związków zawodowych.

Gdyby państwo chcieli zapoznać się z treścią konwencji, zanim zaczniemy pytania, to jest ona zawarta w druku sejmowym nr 2547. Jest tam również lista państw stron konwencji nr 161 MOP dotyczącej służb medycyny pracy, tak że całość tej konwencji, do ratyfikowania której upoważnimy prezydenta Rzeczypospolitej, jest zawarta w odpowiednim druku sejmowym. Pan minister zaś przedstawił okoliczności, w jakich przyjdzie nam tę ustawę przyjąć.

Proszę bardzo, kto z państwa chciałby zadać pytanie czy wypowiedzieć się? Proszę bardzo, proszę się zgłaszać.

Pani senator Janowska, proszę uprzejmie.

### **Senator Zdzisława Janowska:**

Pani Przewodnicząca, być może moje pytanie jest niezgodne z tym, o co, jak mi się wydaje, powinnam zapytać, ale pamiętam taką sytuację, kiedy myśmy nie tak dawno odbierali szeroki zakres kompetencji wojewódzkim służbom chyba medycyny pracy i kiedy był protest pracowników tych służb, którzy wyraźnie mówili, że te służby mogą prowadzić bardzo szeroką działalność profilaktyczną i leczniczą, bo są wspaniale wyposażone, mają wspaniałą aparaturę i wspaniałe kadry. Myśmy tego bronili, ale niestety nie udało nam się tego wybronić i zakres działalności tych placówek został bardzo poważnie ograniczony. Oni tłumaczyli, że wtedy może grozić tym służbom zapaść i konieczność zwalniania ludzi, mimo tak dobrego wyposażenia technicznego tych placówek. Pamiętam, że chodziło o to, żeby im to odebrać i przenieść to do placówek publicznych. Nie udało nam się tego zatrzymać. No i nagle okazuje się, że im bliżej Europy, tym większa konieczność przestrzegania pewnych zobowiązań, a nawet wręcz ustawowego rozbudo-

wania określonych służb i faktycznego szerzenia akcji leczniczej i profilaktycznej. Jak się ma to, do czego dzisiaj się zobowiązujemy, do tego, cośmy nie tak dawno zrobili? Bo myśmy właściwie wylali dziecko z kąpielą. Czy się myślę, czy się nie myślę?

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Zaraz zapytam, który resort udzieli odpowiedzi. Ja jednak myślę, że dziecko biega po podwórku, choć może nie nazbyt słonecznym, i ma się dobrze.

Bardzo proszę, jeżeli jestem w błędzie, to proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej  
Dagmir Długosz:**

Są na sali przedstawiciele ministra zdrowia, który jest ministrem właściwym do spraw ustawy o służbie medycyny pracy, a między nimi pan dyrektor Sobolewski. Ja proszę, Pani Przewodnicząca, żeby jemu udzielić głosu.

Jedno jest jednak pewne. Niezależnie od tych kontrowersji, o który pani senator mówi, nadal – nawet po tych zmianach – polski stan prawny odpowiada konwencji. Te zmiany nie wpływają na możliwość uchwalenia konwencji, a po jej przyjęciu nie ma konieczności powrotu do tych rozwiązań, o których pani mówi. Konwencja jest jak gdyby mniej wymagająca w tym zakresie.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Bardzo proszę, przedstawiciel resortu zdrowia, pan dyrektor Sobolewski, bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia  
Michał Sobolewski:**

Michał Sobolewski. Jestem dyrektorem Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, ale jednocześnie osobą, która uczestniczyła we wszystkich posiedzeniach komisji sejmowych i senackich nad nowelizowaną niedawno ustawą o służbie medycyny pracy.

To, co pani senator podniosła, to, po pierwsze, nie była działalność zasadnicza. To była działalność uboczna, tak można by ją było nazwać. Z czego to wynika? Otóż wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają swoje zadania – notabene nowelizacja zwiększyła ich liczbę o trzy, bo nie ujęła, tylko dodała trzy punkty do art. 17, który mówi o zadaniach jednostek wojewódzkich – i one są po to utworzone... Są one oczywiście finansowane ze środków publicznych, i to wcale nieźle, bo są to jedne z lepiej ekonomicznie stojących jednostek ochrony zdrowia w Polsce.

Po drugie, była to działalność w jakimś sensie w okresie przejściowym, i taki był zamiar, kiedy była konstruowana pierwotna ustawa o służbie medycyny pracy, zresztą to było wtedy bardzo szeroko dyskutowane.

Na czym polegał feler tego? Otóż był zapis, który pozwalał wojewódzkim ośrodkom medycyny pracy na wykonywanie badań profilaktycznych wstępnych i okre-

sowych, czyli zwykłych, najzwyklejszych badań, a przecież WOMP są jednostkami odwoławczymi, co oznacza, że przede wszystkim robią badania na nieco wyższym poziomie. Jedną z zasadniczych form ich działalności jest orzekanie o chorobach zawodowych.

I jest jeszcze jeden szkopał. Otóż jednostki wojewódzkie kontrolują jednostki podstawowe, czyli te, które wykonują badania okresowe i kontrolne. A to przecież jest pewien rynek i nie może być tak – i to podnosiła Rada Ochrony Pracy w postulacie, nie wiem, czy nie w pierwszym, dotyczącym nowelizacji ustawy o służbie medycyny pracy – żeby jednostka nadzorująca i kontrolująca jednocześnie uczestniczyła w rynku.

W tej chwili... Ale jest jeszcze jedna rzecz. To zadanie nie zostało im całkowicie odebrane, a jedynie ograniczone do tych przypadków, kiedy robione są tego typu badania dla celów szkoleniowych, dla lekarzy, którzy robią specjalizację w medycynie pracy. Więc chcę jeszcze raz powtórzyć rzecz zasadniczą. Wojewódzkim ośrodkom medycyny pracy na pewno nie została zmniejszona liczba zadań.

Poza tym najlepsze wojewódzkie ośrodki medycyny pracy – i to chyba jest najważniejsze – nigdy z tego nie korzystały i w zasadzie nie robiły badań okresowych, kontrolnych i wstępnych pracowników, jak mówię, tych najzwyklejszych badań, których robi się w Polsce kilka milionów rocznie i które są przeprowadzane przez wszystkie podstawowe jednostki medycyny pracy. Dziękuję.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy pani senator czuje się uspokojona, czy też ma jeszcze potrzebę...

Proszę bardzo.

**Senator Zdzisława Janowska:**

Skoro pan tak przekonywająco mówi, że nic złego się nie stało, a minęło kilka miesięcy od uchwalenia tamtych zmian, to w takim razie zadam pytanie: jak faktycznie mają się te ośrodki? Bo boję się, że jednocześnie gdzie indziej, tam, gdzie badania podstawowe są robione, zresztą tak jak powinno być zgodnie z ustawą, jest maksymalne nasilenie liczby tych badań. Czy w tych ośrodkach przypadkiem nie musiała być zmniejszona kadra? I jak jest wykorzystywana ta bardzo dobra aparatura? Bo pamiętam, że te instytucje się akurat do mnie zwracały i tłumaczyły, że szkoda zgromadzonej aparatury i dobrze wyszkolonych kadr na bierne siedzenie, ponieważ zakres ich zadań został zmniejszony – no, pan mówi, że powiększony – tylko przyznam, że nie pamiętam, o co. Czy to nie spowodowało, że jednak traci się w ten sposób możliwość wspomożenia sfery opieki podstawowej w zakresie wykonywania badań podstawowych. Ja rozumiem, że jednostka nadrzędna nie może odbierać... No bo jest jednocześnie i wykonawcą, i kontrolerem. Ja to wszystko rozumiem. Ale czy zadania, które zostały im przydzielone, pozwalają im normalnie funkcjonować i czy nie ma tam marnotrawstwa aparatury i jednocześnie niepotrzebnej redukcji personelu?

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Czy pan dyrektor zechce jeszcze uzupełnić odpowiedź?

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia  
Michał Sobolewski:**

Może króciutko, bo jeszcze jednego nie dopowiedziałem. Otóż badania okresowe i kontrolne, o których mowa, są badaniami najprostszymi w medycynie pracy. Oczywiście są pracownicy narażeni na działanie takich czynników szkodliwych lub uciążliwych – ale to jest jakiś mały odsetek – że rzeczywiście jest potrzeba wykonywania badań specjalistycznych. Powtarzam, to jest mały odsetek pracowników. Generalnie rzecz biorąc, są to badania najprostsze i dlatego niewymagające ani wielkiej aparatury, ani szczególnie wyszkolonych specjalistów.

Jeśli zaś chodzi o kondycję finansową, to muszę powiedzieć, że interesowałem się tą sprawą w odniesieniu do największego wojewódzkiego ośrodka – warszawskiego. Otóż tam właśnie nie robiono tych badań i ten ośrodek na pewno nic nie stracił na tej nowelizacji. Myślę, że połowa WOMP nic nie straciła, a druga połowa, która robiła trochę tych badań, może odrobinę straciła, ale nie wydaje mi się, żeby to był zbyt duży rząd wielkości.

Na marginesie tej sprawy chcę jeszcze powiedzieć, że są nawet takie sytuacje, że wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają również kontrakty z kasami chorych na przyjmowanie i leczenie chorych, czyli innymi słowy... To w zasadzie jest naganne z naszego punktu widzenia, ale nie jest zabronione. Mogą to robić, bo po prostu mogą, ale nie powinni, dlatego że – jeszcze raz powtarzam – to jest jednostka na wyższym szczeblu, wojewódzka, i nie jest to tak, jak w medycynie ogólnej, nie jest to leczenie podstawowe, tylko specjalistyczne, inaczej mówiąc, jakby drugi poziom. Dziękuję.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zadać pytanie?

A czy zaryzykuję wiele, stawiając...

Och, przepraszam bardzo, przepraszam. Proszę bardzo, proszę się przedstawić.

**Główny Specjalista Inżynierijno-Techniczny  
w Pracowni Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia w Instytucie Medycyny Pracy  
Elżbieta Makowska-Matuszkiewicz:**

Elżbieta Matuszkiewicz, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

Ja chcę jeszcze wrócić do tego, co pan minister był uprzejmy przedstawić, jeśli chodzi o konwencję nr 161. Otóż, jeśli ja dysponuję dobrym tekstem tłumaczenia konwencji, a także uzasadnienia wniosku o jej ratyfikację, to muszę powiedzieć, że zaskakują mnie występujące tam liczne błędy. Oczywiście to nie jest w żadnym wypadku wypowiedź przeciwko ratyfikowaniu tej konwencji, bo ratyfikować ją można, chociaż nie jest to przymus. Większość państw Unii Europejskiej jej nie ratyfikowała i radzą sobie dobrze, a w niektórych obszarach może nawet lepiej niż te, które ją ratyfikowały.

Ale o co chodzi? Już służę szczegółowymi uwagami. Przede wszystkim fatalnie i zupełnie bezzasadnie przetłumaczono tytuł tej konwencji jako dotyczącą służb medycyny pracy. W oryginale jest termin *occupational health services*, nie ma tam słowa



„medycyna”. *Occupational health* i *occupational medicine* to są dwa odmienne pojęcia używane na świecie do określania różnych obszarów działalności. Błędem jest zatem, żeby nie owijać w bawełnę, nazywanie tego zespołu instytucji, które funkcjonują w Polsce w systemie ochrony zdrowia pracujących, medycyną pracy.

Medycyna pracy to dziedzina medycyny. Istnieje, jak wspomniano tu przed chwilą, służba medycyny pracy ze swoją ustawą i ze swoimi zasadami funkcjonowania i ona jest jednym z elementów *occupational health services*. My najczęściej przy różnych okazjach tłumaczymy to pojęcie jako pracownicze służby zdrowia albo – do czego ja się przychyliam i czego chętnie używam – służby zdrowia zawodowego, rezygnując z określenia „medycyna”. Tym bardziej że w konwencji, jak państwo wiedzą, są wymienione funkcje *occupational health services* i tylko w jednym przypadku odnoszą się one do działań medycznych, pozostałe to są te funkcje, które w Polsce w dużej mierze realizują Państwowa Inspekcja Pracy, Państwowa Inspekcja Sanitarna, przedstawiciele pracowników, pracodawców, służby bezpieczeństwa i higieny pracy i jeszcze kilka innych organizacji czy instytucji.

Ten błąd w nazwie może nie ma większego znaczenia, niemniej jednak wpływa na to, jak jest sporządzone uzasadnienie, i gmatwa trochę treść konwencji wtedy, kiedy przeplatają się wzajemnie dwa pojęcia „służba medycyny pracy” i „służby medycyny pracy”. Tam gdzieś w uzasadnieniu jest taki zapis, zresztą błędny, i uważam, że trzeba poprawić, że w oparciu o artykuł... Zaraz przywołam go dokładnie: „zgodnie z art. 1 ustawy o służbie medycyny pracy, służby medycyny pracy działają w celu ochrony zdrowia pracujących” itd., itd. No, to nie jest tak. Ja myślę, że żadna z instytucji uwikłanych w system ochrony zdrowia pracujących, o których tutaj wspominałam i które są, jak powiedziałam, wymieniane w uzasadnieniu, nie zgodzi się być częścią służby medycyny pracy.

Zresztą w tym uzasadnieniu jest mnóstwo błędów mających charakter takich niezręczności, na przykład mówi się wręcz o prowadzeniu spójnej polityki państwa w dziedzinie medycyny pracy. Może w dziedzinie dyscypliny medycznej... Ale tak chyba nie. Myślę, że to uzasadnienie trzeba jeszcze dopracować i wyrugować z niego ewidentne błędy, żeby po prostu nie było zamieszania.

A ponadto jest jeszcze jedna sprawa. Może ze względu na te dwa tak bliskie, niemalże identyczne pojęcia, a także ze względu na to, że służba medycyny pracy ma rzeczywiście dość rozległe multidyscyplinarne cele i funkcje, czytając to uzasadnienie, wydaje się, że pełni ona rolę dominującą w *occupational health services*, tak jak one są rozumiane w konwencji. Tymczasem tak nie jest. Powtarzam, służba medycyny pracy jest jedną z ich części, i to wcale nie dominującą. Są kraje, w których lekarze *occupational health services* stanowią zaledwie kilka procent całego personelu. I może warto o tym pamiętać, żeby nie zniekształcać rzeczywistości, której nie trzeba... Ona sama się broni, ponieważ nasze instytucje w pełni realizują wszystkie funkcje zapisane w konwencji. Dziękuję.

### **Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

To było bardzo interesujące i szkoda, że spóźnione w stosunku do momentu, kiedy uchwaliliśmy ustawę o służbie medycyny pracy. Dzisiaj przedmiotem naszego procedowania są zaledwie dwa zdania. Że wyraża się zgodę na dokonanie przez przy-

denta Rzeczypospolitej Polskiej ratyfikacji konwencji nr 161 itd. oraz że ustawa wchodzi w życie po upływie czternastu dni od dnia ogłoszenia. To jest przedmiot naszej dzisiejszej pracy. Żeby prezydent w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej podał do powszechnej wiadomości itd. Więc ani nie możemy zmienić tytułu konwencji, ani zdania w uzasadnieniu, ani żadnej innej rzeczy. Możemy tylko i wyłącznie odnieść się do uchwalonej w Sejmie ustawy o ratyfikacji konwencji.

A zatem chcę zapytać, czy bardzo dużo zaryzykuje, stawiając wniosek o przyjęcie ustawy o ratyfikacji konwencji itd. – nie będę wymieniała pełnej nazwy, bo ona jest w druku nr 646 – bez poprawek. Czy ktoś jest temu przeciwny? Nie słyszę głosów sprzeciwu.

Zatem zwracam się do państwa senatorów – bo to oni głosują – kto jest za przyjęciem ustawy, proszę o podniesienie ręki? (6)

Kto jest przeciw? (0)

Kto wstrzymał się od głosu? (2)

Dziękuję bardzo.

6 senatorów głosowało za, 2 wstrzymało się od głosu – będziemy rekomendować Senatowi uchwałę o przyjęciu ustawy o ratyfikacji konwencji nr 161.

Kto chce być senatorem sprawozdawcą? Czy ktoś z państwa jest chętny?

Pani senator Alicja Stradomska.

Bardzo dziękuję, Pani Senator.

Bardzo dziękuję panu, Panie Ministrze, i pańskim współpracownikom za możliwość ratyfikacji konwencji, za waszą tu obecność. Dziękuję bardzo.

Za moment przejdziemy do omawiania następnego punktu porządku obrad, więc proszę się nie rozchodzić. To tylko chwila przerwy związana z wyjściem pana ministra i jego współpracowników.

*(Rozmowy na sali)*

Dziękuję panom. Dziękuję paniom. Dziękuję pani.

Proszę państwa, teraz przystępujemy do debaty nad kolejnym punktem, tym, który w porządku obrad figuruje jako pierwszy, czyli do rozpatrzenia ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz o zmianie ustawy o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw.

Podczas omawiania tego punktu osobą prowadzącą i główną będzie pani minister Wojtala. Towarzyszy nam też pani mecenas Katarzyna Iwicka reprezentująca Biuro Legislacyjne Kancelarii Senatu. Z pomocy pani mecenas będziemy korzystać.

Państwu przypomnę tylko, że ustawa jest w druku nr 636 i że jest to przejściowa nowelizacja przejściowej ustawy.

Posła sprawozdawcy nie ma wśród nas? Nie, nie ma posła sprawozdawcy.

Zatem, Pani Minister, na panią spada trud przedstawienia przedłożenia rządowego i ewentualnych zmian wprowadzonych do niego w Sejmie. Bardzo proszę.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala:**

Bardzo dziękuję.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowne Panie! Szanowni Panowie Senatorowie! Wysoka Komisjo!

Mam wielki zaszczyt w imieniu rządu Rzeczypospolitej przedstawić Wysokiej Komisji rządowy projekt ustawy zawarty w druku senackim nr 636. Projekt ten ma długą nazwę, ale w rzeczywistości, w sensie merytorycznym, dotyczy jedynie zmiany ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Projekt przedłożony pod obrady Wysokiej Komisji ma na celu umożliwienie realizowania w Polsce od dnia akcesji, czyli od 1 maja, obowiązujących w Unii Europejskiej zasad koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i ogranicza się tylko do jednej dziedziny, do dziedziny ochrony zdrowia, a ściślej mówiąc, dotyczy rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach pełnego systemu zabezpieczenia społecznego.

W państwach członkowskich, jak wszyscy dobrze wiemy, funkcjonuje wiele systemów zabezpieczenia społecznego i wiele systemów organizacji ochrony zdrowia, co wynika w sposób naturalny z uwarunkowań ekonomicznych, demograficznych, historycznych i kulturowych tych państw. Systemy te bardzo różnią się między sobą w wielu obszarach, jeśli chodzi o sposób finansowania, zakres dostępu do świadczeń zdrowotnych, poziom wypłacanych świadczeń, warunki nabywania świadczeń itd. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w Unii wszystkie te prawa zostają zachowane, innymi słowy, nie muszą być zmieniane zasady organizacji ochrony zdrowia. W związku z tym Polska również zachowa swój system ochrony zdrowia.

Oczywiście ten system będzie zmieniony od 1 stycznia 2005 r. zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego i wówczas zostanie zaproponowany – adekwatnie do przygotowanych obecnie rozwiązań – również ten element, nad którym dzisiaj debatujemy, to znaczy, w jaki sposób skoordynować zakres świadczeń zdrowotnych i sposób dostępu do nich obowiązujący w Polsce z tym, który obowiązuje w Unii Europejskiej.

W Unii Europejskiej mamy cztery podstawowe filary prawa. Dla systemu zabezpieczenia społecznego najważniejsze jest prawo swobodnego przepływu osób. To prawo może być skutecznie realizowane tylko wtedy, kiedy jednocześnie zostaje zachowane prawo do świadczeń społecznych, jak również do świadczeń ochrony zdrowia.

Sposób realizacji tych praw jest uregulowany w trzech rozporządzeniach unijnych. Ja podam tylko ich numery, bo one mają długie nazwy. Przede wszystkim chodzi o rozporządzenia nr 1408 z 1971 r. i nr 574 z 1972 r. Pierwsze z nich konstytuuje zasady koordynacji dostępu do świadczeń społecznych i zdrowotnych. Zaś rozporządzenie nr 574 określa sposób wykonywania rozporządzenia bazowego, czyli wszystkie zasady: w jaki sposób następuje rozliczenie, kto podlega ubezpieczeniu, na jakich warunkach, kiedy mu nie podlega, kto jest pierwszy, kto drugi. To wszystko jest bardzo ściśle uregulowane w rozporządzeniu nr 574. Od 2003 r. obowiązuje nowe rozporządzenie dodatkowe nr 859, które dotyczy obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci przepisami unijnymi zawartymi w rozporządzeniu nr 1408, nie wnikając w szczegóły.

W Polsce na obecnym etapie naszego uczestnictwa w systemie koordynacji musimy wprowadzić dwojakiego rodzaju zmiany. Po pierwsze, zmiany w obowiązujących przepisach prawnych poprzez zamieszczenie norm o charakterze instytucjonalnym i proceduralnym, które umożliwią bezpośrednie stosowanie regulacji wspólnotowych, o których przed chwilą wspomniałam. Po drugie, musimy przygotować administrację, instytucje ubezpieczeniowe i świadczeniodawców do uczestniczenia w tym systemie koordynacji.

Przedłożony Wysokiej Komisji i Senatowi projekt ustawy ma więc na celu wyłącznie dostosowanie obowiązującego w Polsce prawa w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do przepisów obowiązujących w tym zakresie we Wspólnocie.

Z merytorycznego punktu widzenia proponujemy uregulować sześć grup zagadnień. Ja bardzo syntetycznie je wymienię.

Przede wszystkim określa się zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Projekt zakłada równe traktowanie obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, mówiąc w skrócie, Europejskiego Obszaru Gospodarczego, bezpaństwowców i uchodźców zamieszkałych na terytorium Unii oraz członków ich rodzin w zakresie podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Narodowym Funduszu Zdrowia, i to jest ta zmiana w stosunku do obecnie obowiązującego prawa. To znaczy, respektując prawa unijne, znosimy wymóg zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej jako warunek podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Zachowany jednakże zostanie obowiązek zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej w przypadku ubezpieczenia dobrowolnego. Takie ubezpieczenie istnieje w obecnie obowiązującej ustawie. Nie zmieniamy żadnych innych merytorycznych zakresów ubezpieczenia, więc proponujemy utrzymać również ubezpieczenie dobrowolne, ale zachowujemy tu obowiązek zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej. Chodzi o to, że ktoś mógłby wybrać ubezpieczenie w Polsce, korzystając z tego, że mamy lepsze warunki w sensie obciążeń, bo w porównaniu do innych krajów u nas składka jest niższa, czyli jakby udział w tym ubezpieczeniu jest mniej kosztowny – a świadczenia mogłyby być realizowane, zgodnie z zasadami unijnymi, na terytorium Unii. No a jeśli się należy do polskiego systemu ubezpieczenia, wtedy Polska płaci za te świadczenia. A więc dla nas byłby to bardzo niekorzystny układ finansowy i żeby wyeliminować to ryzyko, utrzymujemy ten obowiązek. Jest to zgodne z prawem unijnym, które dopuszcza możliwość zachowania takiego warunku w przypadku ubezpieczenia dobrowolnego.

Do systemu ubezpieczenia w funduszu zostaną włączone osoby, które do tej pory nie były objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na warunek zamieszkiwania w Polsce. Dotyczy to emerytów i rencistów, którzy otrzymują świadczenia emerytalne i rentowe z Polski, ale mieszkają na stałe za granicą. Zgodnie z przepisami o koordynacji będą oni objęci ubezpieczeniem w Narodowym Funduszu Zdrowia. Żeby mogli łatwiej korzystać ze swoich praw związanych z podleganiem ubezpieczeniu, proponujemy utworzenie dla nich jednostki organizacyjnej w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkiego NFZ. Ten oddział ma być dla tej grupy osób właściwą instytucją ubezpieczającą, inaczej mówiąc, w tym oddziale będą one załatwiała wszystkie formalności i to jest dla nich ułatwienie, ponieważ te osoby mieszkają poza granicami Polski. Pozostali ubezpieczeni będą mogli wybrać jakąś inną instytucję właściwą, konkretny oddział bliski ich miejscu zamieszkania. Jednak emerytom i rencistom mieszkającym poza krajem proponujemy oddział mazowiecki.

Druga grupa spraw uregulowanych w projekcie ustawy dotyczy określenia warunków korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego poza granicami kraju oraz warunków korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z wymogami unijnymi. Tymi warunkami są odpowiednie zaświadczenia i poświadczenia. Wszystkie obowiązujące formularze zaświadczeń są bardzo dokładnie wymienione w rozporządzeniu nr 574. Dla ochrony zdrowia jest to formularz serii E 100, z różnymi numerami w zależności od tego, kto i na jakich zasadach będzie korzystał ze świadczeń zdrowotnych. Nie będę rozwijała tego wątku, chyba że będą pytania.

Osoby, które będą miały zaświadczenia na odpowiednich formularzach unijnych, nie będą musiały się rejestrować, szczególnie dotyczy to zaświadczeń w przypadku pobytu w Polsce przez krótki czas, tak zwanego formularza E 111. Natomiast osoby będące obywatelami Unii Europejskiej, należące do systemu ubezpieczenia w swoim macierzystym państwie i mieszkające przez jakiś dłuższy czas na terenie naszego kraju, będą musiały uzyskiwać poświadczenia, które będą stanowiły podstawę zarówno dostępu tych osób do ochrony zdrowia, jak i rozliczeń prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Osoby posługujące się tymi poświadczeniami będą rejestrowane i umieszczane w centralnym wykazie ubezpieczonych, po to, aby można było te rozliczenia realizować w sposób prosty i pewny.

Chcę dodać, że od 1 czerwca roku 2004 Unia Europejska wprowadza europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to dokument, który zastąpi przede wszystkim wspomniany przeze mnie formularz E 111. Osoby wyjeżdżające na krótko za granicę w czasie wakacji czy delegacji służbowych, jak również studenci przebywający czasowo na terenie jakiegoś kraju nie będą musieli poświadczać czy rejestrować tej karty. Przypominam, że obecnie w niektórych krajach istnieje obowiązek zarejestrowania się, w cudzošłowie, w ubezpieczalni przed uzyskaniem świadczenia u świadczeniodawcy. Zatem dzięki tej karcie zostanie uproszczony dostęp do ochrony zdrowia, bo po prostu będzie ona dawała prawo do uzyskiwania świadczeń bezpośrednio w zakładach opieki zdrowotnej.

Polska uzyskała osiemnastomiesięczny okres przejściowy. Jest to maksymalny okres, jaki Unia w tym przypadku zaproponowała, ale czternaście innych krajów uzyskało taki sam okres przejściowy. Te państwa są już znane w naszych systemach, przygotowując się do realizacji zasad koordynacji, będzie to wszystko uwzględnione. Termin osiemnastomiesięczny oznacza, że od 1 stycznia 2006 r. europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego będzie obowiązywała również w Polsce.

Trzecią grupę zagadnień stanowi uregulowanie spraw związanych z kierowaniem na leczenie i badania diagnostyczne poza granicami kraju, a więc zagadnienia związane z zasadami uzyskiwania świadczeń poza granicami kraju wtedy, kiedy jest się ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia. W tym zakresie w projekcie reguluje się dwa tryby dostępu do świadczeń.

Po pierwsze, reguluje się tryb wynikający z włączenia się we wspólnotową koordynację systemów zabezpieczenia społecznego. W tym przypadku fundusz pełnić będzie zadania instytucji właściwej. Do jego zadań będzie należało między innymi finansowanie kosztów leczenia ubezpieczonych w ramach koordynacji, czyli również poza granicami kraju, a w tym finansowanie kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, na które ubezpieczony uzyska zgodę prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pani podpowiada, że dotyczy to leczenia planowanego. Jeśli nie można uzyskać świadczenia w normalnym trybie, to znaczy czas oczekiwania na to jest dłuższy niż normalnie obowiązujący, a niewykonanie tego świadczenia może w istotny sposób zagrażać stanowi zdrowia danej osoby, to ta osoba może dostać zgodę na tak zwane leczenie planowane w konkretnej instytucji, po wcześniejszym uzgodnieniu zasad, czasu trwania i kosztów tego leczenia. Ta osoba ma prawo do świadczeń na podstawie formularza E 112. Zasady uzyskiwania zgody na takie leczenie, a także sposób i kryteria

ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenie będą regulowane w trybie aktów wykonawczych.

Po drugie, w kompetencji ministra zdrowia pozostawia się prawo do kierowania na leczenie za granicą, ale tylko w tych przypadkach, w których to prawo nie wynika z przepisów o koordynacji, czyli mówiąc tak bardzo obrazowo, do krajów pozaunijnych. Bo może być tak, że w danym przypadku potrzebne jest świadczenie zdrowotne dla konkretnej osoby, którego nie udziela się także w krajach Unii Europejskiej, a ono jest bardzo ważne dla tej osoby. Zatem, tak jak teraz, będzie można tę osobę skierować na leczenie w kraju pozaunijnym. Również te zasady będą określone w trybie aktu wykonawczego. Koszty takiego leczenia, a także koszty transportu będą obciążały ministra zdrowia. To jest utrzymanie zasady obecnie obowiązującej.

Czwartą grupą zagadnień uregulowanych w projekcie ustawy, którą dzisiaj rozpatrujemy, jest określenie instytucji realizujących zadania wynikające z przepisów o koordynacji, a więc instytucji właściwej, instytucji łącznikowej. To są pojęcia przeniesione wprost z rozporządzeń. Określone są tu także źródła finansowania kosztów wynikających z koordynacji.

W obecnych warunkach, które mamy *Anno Domini* 2004, instytucją właściwą jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Ale również instytucja miejsca zamieszkania to jest ta instytucja, w której ta osoba... Bo tak jak powiedziałam, emeryci otrzymujący świadczenia z naszego ZUS nie muszą koniecznie mieszkać w Polsce, mogą mieszkać za granicą. Ale wtedy te świadczenia są finansowane przez nasz fundusz i instytucja miejsca zamieszkania ma znaczenie. Finansując takie świadczenie, instytucja w Polsce kontaktuje się z instytucją miejsca zamieszkania, ustala zasady i rozlicza koszty.

Podobnie jest z instytucją miejsca pobytu. To pojęcie odnosi się do sytuacji, kiedy wyjeżdżamy na krótko i potrzebujemy świadczenia zdrowotnego w danym miejscu pobytu, w tym kraju, w którym przebywamy, a potem następuje rozliczenie. O zasadach rozliczeń powiem za chwileczkę.

Fundusz będzie finansował ze środków własnych koszty rzeczowych świadczeń zdrowotnych, czyli świadczeń związanych z leczeniem i badaniami diagnostycznymi. Będzie również finansował koszty związane ze zwiększeniem zadań administracyjnych z tym związanych, utworzeniem instytucji łącznikowej, czyli tej, która jest zobowiązana do koordynacji. Ta instytucja ma za zadanie ułatwienie sposobów rozliczania. Zakłady nie rozliczają się bezpośrednio między sobą, tylko instytucja łącznikowa zbiera wszystkie rachunki i dwa razy do roku przesyła je do instytucji łącznikowych w krajach, w których Polacy uzyskali świadczenia. Dzięki tej instytucji rozliczenia są przede wszystkim najpierw sprawdzone, a potem ukierunkowane tak, żeby rachunki przesyłać kompleksowo, a nie każdy odrębnie, a to zdecydowanie zmniejsza koszty tych rozliczeń.

Zasady rozliczania świadczeń zdrowotnych, do których mają zastosowanie przepisy wynikające z zasad koordynacji, są następujące. Osoba posiada prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa co najmniej jednego państwa członkowskiego. Tylko jedno państwo jest właściwe. Nie może być tak, że korzysta się ze świadczeń równocześnie z dwóch instytucji w różnych krajach.

Do pokrycia kosztów udzielonych tym osobom świadczeń zdrowotnych zobowiązana jest instytucja ubezpieczenia zdrowotnego tego państwa, w którym te osoby są ubezpieczone, czyli instytucja właściwa.

Osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia będą miały prawo do korzystania z opieki zdrowotnej, jak już wspomniałam, w dwóch przypadkach. Po pierwsze, podczas czasowego pobytu w innym kraju Unii, jeśli w razie nagłego zachorowania, urazu czy zagrożenia życia wystąpi konieczność uzyskania świadczenia zdrowotnego. Świadczenia będą wtedy udzielane początkowo na podstawie formularza E 111, a później europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Po drugie, w przypadku planowanego leczenia – też o tym mówiłam – na podstawie formularza E 112.

Rozliczenia, tak jak wspomniałam, będą dokonywane sukcesywnie. Rachunki będą przekazywane poprzez instytucję łącznikową, a instytucja właściwa będzie finansowała koszty.

Od strony praktycznej można powiedzieć, że choć podlegamy ubezpieczeniu w kraju, z którego pochodzimy, to jednak zakres świadczeń zdrowotnych jest taki, jaki obowiązuje w kraju będącym miejscem naszego pobytu, inaczej mówiąc, w miejscu uzyskania świadczenia. I to jest bardzo istotne, ponieważ, jak powiedziałam na początku, każdy kraj ma inny system, inne zasady dostępności do opieki zdrowotnej. Jeżeli w danym kraju uzyskane przez nas świadczenie będzie bezpłatne, to nie będziemy wnosić żadnej opłaty. Ale na przykład we Francji, w Luksemburgu czy w Belgii jest taka zasada, że pacjent wnosi opłaty. A więc również Polak, mimo że w Polsce nie musi wnosić opłat, korzystając ze świadczeń zdrowotnych w ramach systemu koordynacji, tam będzie musiał je wnosić i będzie miał prawo do zwrotu kosztów w takim zakresie, jaki będzie obowiązywał w kraju, w którym to świadczenie uzyska. To jest dosyć ważne, żebyśmy sobie uświadomili jako pacjenci podróżujący po Unii Europejskiej, że za granicą nie będziemy mieli takich praw, jakie obowiązują w Polsce. Chyba że będzie to leczenie planowe, bo wtedy ten zakres jest...

### **Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Kiedy ta świadomość ma dotrzeć do pacjentów, jeżeli za sześć tygodni już będziemy w Unii Europejskiej, a tej ustawy jeszcze nie ma? W dodatku jej projekt jest tak napisany, że naprawdę...

Przepraszam, że pani przerwałam, Pani Minister, ale za pół godziny minister zdrowia będzie prezentował zmiany w systemie ochrony zdrowia.

To jest przejściowa nowelizacja, mająca obowiązywać do czasu wejścia w życie nowej ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, powtarzam, to przejściowa nowelizacja do przejściowej ustawy, a jest przygotowana i napisana w sposób niezwykle skomplikowany. Ja absolutnie nie wierzę, że w jakikolwiek sposób, przy takim systemie informacji, jaki jest w naszym kraju... Poza lękami, różnego rodzaju fobiami i stresem społeczeństwo żadnej informacji nie uzyska i nasi rodacy wyjeżdżający wszędzie tam, gdzie będą musieli stosować przedpłaty, będą żalowali tego momentu, kiedy zaznaczyli krzyżyk przy akcesji do Unii Europejskiej. Słabością tej naprawdę przejściowej nowelizacji do okresowej ustawy, przeciw zaskarżonej i opatrzonej wyrokiem trybunału, dodatkowo są delegacje, a jest aż sześć.

Przepraszam, że pani przerwałam, będzie czas na dyskusje o tym, ale widzę, że źle zaplanowaliśmy czas, bo nie będzie wypadało nam kontynuować dyskusji wtedy, kiedy pojawi się minister, który też dysponuje ograniczonym czasem. Zatem, bardzo proszę, niech pani to zakończy konkluzją, żebyśmy mogli przejść do pytań.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala:**

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo!

W kwietniu rozpocznie się działalność informacyjna. Obecnie przygotowujemy pakiety informacji. Jest już tworzona strona internetowa, i to będzie jeden kanał informacyjny. Mamy zaplanowaną akcję medialną w telewizji. We współpracy ze stroną brytyjską jest realizowany program przygotowania do zasad koordynacji, działania w ramach tego bloku będą również bardzo intensywne. 29 marca rozpocznie się szkolenie świadczeniodawców. Poza tym przygotowany jest podęcznik informacyjny dla społeczeństwa.

Jeśli chodzi o akty wykonawcze, to obecnie trwa proces uzgodnień wewnętrznych, a wtedy kiedy ustawa będzie uchwalona, akty będą skierowane do uzgodnień międzyresortowych, bo takie są przepisy. Akty będą musiały być podpisane w ciągu dwóch tygodni. One są przygotowane do bardzo szybkiego wdrożenia ich w życie. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

Pani mecenas Iwicka. Proszę bardzo, proszę przedstawić opinię biura.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji  
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Katarzyna Iwicka:**

Dziękuję.

Katarzyna Iwicka, Biuro Legislacyjne.

Chcę zwrócić uwagę na trzy kwestie. Pierwsza z nich dotyczy zmiany drugiej lit. a w art. 1, a także innych przepisów, w których ustawa posiłkuje się odesłaniem do EFTA, czyli jak to zostało w ustawie zapisane – do Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu. Ta uwaga ma charakter terminologiczny. Chodzi mianowicie o to, że skrót EFTA oznacza *The European Free Trade Association*, co zostało przetłumaczone w umowie między Rzeczpospolitą Polską a EFTA jako Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu, zaś w tej ustawie, jak powiedziałam przed chwilą, używa się pojęcia „porozumienie o wolnym handlu”. Jednak od razu chcę zaznaczyć, że wczoraj zostało to wyjaśnione na posiedzeniu Komisji Spraw Zagranicznych i komisja nie przyjęła tej poprawki, ponieważ także w projektach innych ustaw używa się sformułowania „porozumienie o wolnym handlu”. Wprawdzie ja nie znam argumentów, które zaważyły na tym, żeby nazywać to porozumieniem, a nie stowarzyszeniem, ale rozumiem argument, że ustawy w jednym systemie prawnym powinny być spójne.

Druga uwaga ma charakter doprecyzowujący i dotyczy zmiany ósmej w art. 1. Tutaj chodzi o to, że fundusz prowadzi centralny wykaz ubezpieczonych między innymi w celu „wydawania poświadczeń i zaświadczeń, o których mowa w art. 19a”. Wydaje się, że poprawniejsze byłoby wskazanie tam, gdzie jest mowa o poświadczeniach, że stanowi o nich art. 19b, ale jak mówię, ta uwaga ma charakter doprecyzowujący, a nie merytoryczny.

Ostatnia uwaga dotyczy zmiany piętnastej w art. 1. Tutaj zostały dodane do ustawy dwa przepisy, art. 78a i 78b, odnoszące się do zamówień publicznych. Przepisy te określają przedmiot zamówienia i z niewielkimi zmianami są przepisane z prawa



zamówień publicznych. Wydaje się, że jest niewielki błąd na końcu pktu 2 w ust. 2 w art. 78a. Chodzi o sformułowanie „lub inne równoznaczne” – na samym końcu pktu 2. W tym przepisie chodzi o to, że wyjątkowo przedmiot zamówienia można opisać przez wskazanie na przykład znaku towarowego albo patentu i że temu wskazaniu mają towarzyszyć wyrazy „lub równoważne” albo jakieś inne wyrazy równoznaczne wyrazom „lub równoważne”. Z końcowej treści tego punktu wynika jednak co innego i właściwie nie wiadomo, co oznacza sformułowanie „inne równoznaczne”. Dlatego wydaje mi się, że poprawniej byłoby użyć takiego sformułowania, jakie jest w art. 29 ust. 3 prawa zamówień publicznych: „lub równoważne” lub inne równoznaczne wyrazy, i to ostatnie wyrażenie bez cudzysłowu.

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

O stosunek do tych poprawek zapytam w stosownym momencie uprawnionych przedstawicieli rządu.

A teraz, proszę bardzo, możemy formułować pytania.

Pan senator Pawłowski, potem pani senator Krzyżanowska.

**Senator Wojciech Pawłowski:**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Pani Minister, ja jakieś trzy, cztery miesiące temu pytałem panią minister przed uchwaleniem budżetu, ile będzie kosztowało budżet państwa leczenie Polaków za granicą. Pani Minister była uprzejma powiedzieć, że symulacja pokazała, że około 200 milionów zł. Moje pytanie: czy tego rodzaju kwota została zarezerwowana w budżecie? To jest jedno pytanie.

I drugie. Mimo uregulowań prawnych zawartych w projekcie tej przejściowej ustawy ja nie wierzę, że to tak będzie z tymi planowymi zabiegami. Ja myślę, że wielu Polaków, którzy czekają dwa, trzy lata na przykład na endoprotezę stawu biodrowego i nie mogą się jej doczekać, pojedzie za granicę i tam się zoperuje – a wiem, że takie szpitale kliniczne już powstają za naszą granicą zachodnią – po czym przedłożą rachunek i sprawa się skończy w sądzie w Strasburgu. A wyrok na pewno będzie korzystny dla pacjenta, jeżeli udowodni, że tak długo czekał na zabieg, którego mu w kraju, czyli w Polsce, nie wykonano. Tak więc myślę, że mimo tych zapisów stan faktyczny będzie jednak zupełnie inny. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

Pani senator Krzyżanowska, proszę.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Ja może nie w formie pytania, bo pytań tu rzeczywiście można by było mieć dużo, tylko w formie uwagi. Ustawa jest tak trudna i napisana tak skomplikowanym języ-

kiem, że nawet my, którzy się troszkę na tym znamy, nie bardzo jesteśmy w stanie ją zrozumieć. Więc nie wiem, jak ją zrozumieją urzędnicy, którzy będą ją wykonywać, a także obywatele, ci nieszczęśni pacjenci. Jezus Maria, współczuję im tej całej sytuacji.

Pani przewodnicząca, pani senator Sienkiewicz, była uprzejma powiedzieć – zgadzam się z jej twierdzeniem – że jest to ustawa niechlujna, niedobra i za późno przedstawiona. Ale chcę przypomnieć, że na tej sali byliśmy w większości za ustawą o Narodowym Funduszu Zdrowia, i tak samo głosował cały parlament. A przecież te problemy powinny były być zaznaczone już wtedy, żeby uniknąć poprawek czy nowelizacji w ostatniej chwili. Przecież było wiadomo, że gdy będziemy wstępować do Unii, będzie musiała być jakaś odpowiedniość świadczeń naszych i unijnych. Teraz nie ma wyjścia, co stwierdzam z wielką przykrością. Odrzucenie tej ustawy jeszcze pogorszyłoby sytuację. Muszę powiedzieć, że stawia to parlament i tych z nas, którzy zapomnieli o tej sprawie podczas głosowania nad ustawą o narodowym funduszu, w naprawdę... No a teraz wszyscy łamiemy ręce, bo sytuacja jest naprawdę trudna i dramatyczna.

Zwracam się do pani minister nie tylko o wydanie na podstawie tej ustawy rozporządzeń, które powinny być nam przedstawione już, a nie dopiero za dwa tygodnie, lecz również o opracowanie tego tematu na dwóch stroniczkach czy choćby na jednej po to, żeby pacjent, a raczej obywatel, bo zakładamy, że nie wszyscy będą przyszłymi pacjentami, wiedział, gdzie powinien pójść po 1 maja i co powinien wziąć, zaświadczenie czy poświadczenie. Jaka jest różnica między użytymi tu słowami? Ja ich nie rozumiem. Dopiero wczytując się głęboko w ustawę, zaczynam to pojmować. Jak więc ma to zrozumieć normalny człowiek, który chce wyjechać za granicę i dostać należne mu w razie wypadku świadczenie? Gdzie się w razie czego ma zgłaszać i do kogo?

Naprawdę, bardzo proszę, żeby nie językiem urzędniczym, tylko prostym i zrozumiałym dla przeciętnego obywatela językiem przeprowadzić szeroką akcję uświadamiającą. I proszę też poruszyć problem, którego tutaj naturalnie nie ma, ale którego ludzie też nie będą rozumieli, mianowicie, czy ktoś, kto dzisiaj wyjeżdża i mimo wszystko chce się dodatkowo ubezpieczyć w „Warcie” czy w PZU, powinien to zrobić, i to nie z punktu widzenia prawa, tylko zdrowego rozsądku. Bo tego ludzie też nie będą wiedzieli. Dziękuję bardzo.

### **Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

Otóż projekty rozporządzeń są dołączone do druku nr 2557, ale kiedy one zaistnieją fizycznie, to Pan Bóg raczy wiedzieć, znając nasze doświadczenia z tym ministerstwem.

Mnie, podobnie jak pana senatora Pawłowskiego, niepokoi brak rezerw w Narodowym Funduszu Zdrowia. 200 milionów zł w tym roku. A ile w przyszłości? A przygotowanie merytoryczne czy organizacyjne narodowego funduszu, któremu przybędą nowe stanowiska pracy? Sto stanowisk i dwadzieścia nowych, czyli sto dwadzieścia stanowisk. Dla mnie szczególnym kuriozum jest wyliczenie kosztów tych stanowisk na stronie 15 uzasadnienia, gdzie jest nawet jakaś liczba podniesiona do kwadratu. To jest tak, jakbyśmy płacili doradcom zagranicznym, jak to było do tej pory w zwyczaju. Nowe pomieszczenia... Jak to się w ogóle ma do koncepcji tańszego państwa? Jest urząd oficjalnych publikacji Wspólnot Europejskich. Są różnego rodzaju instytucje kontrolne, a do tego jeszcze instytucja właściwa, instytucja miejsca zamieszkania, instytucja miejsca pobytu. No, naprawdę Kafka z Gombrowiczem i jeszcze z Mrożkiem

na dokładkę, by tego nie wymyślili. Tak więc twierdzę, że są co najmniej niezwykle rezerwy intelektualne w Ministerstwie Zdrowia.

Jak się ma do tej koncepcji tańszego państwa również ta niepowstrzymana fala korupcji, której otwieramy absolutnie szeroką bramę, już dziś do niej zachęcamy, dając uprawnienia urzędnikom do decydowania o leczeniu za granicą? No cóż, ludzie znajdują różne sposoby i różne argumenty, żeby prawo do takiego leczenia uzyskać i żeby „przekonać” takiego urzędnika. A to z kolei może pogorszyć i tak bardzo złe warunki leczenia naszych rodaków w Polsce.

Takich pytań można by postawić bardzo dużo. Dlaczego nie mówiliśmy o tym wszystkim wtedy, kiedy tworzyliśmy tę niedobłą ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia? Teraz ta sama autorka tworzy następną ustawę. To pytanie zadają również sobie. Tym bardziej że od 1 maja nie będzie żadnego okresu przejściowego na to, żeby korzystać ze świadczeń zdrowotnych inaczej niż we wszystkich krajach europejskich, że za osiemnaście miesięcy będzie ta europejska karta, a w międzyczasie jeszcze kosztowny system RUM i że nie ma jeszcze systemu identyfikacji ubezpieczonych, mimo zapowiedzianego w tej ustawie funkcjonowania wykazu ubezpieczonych, który ma być stworzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Takich pytań jest naprawdę bardzo wiele.

I aczkolwiek my mamy w Senacie złe doświadczenia z odrzucaniem ustaw, bo Sejm potem bez wysiłku ponownie je uchwała w tym samym kształcie, to najbardziej kuszące byłoby zarekomendowanie Wysokiej Izbie, Senatowi, odrzucenie tej ustawy, ona aż się o to prosi. W przeciwnym razie połamiemy sobie sumienia, kręgosłupy oraz poczucie etyki i odpowiedzialności za tworzenie prawa, bo już wiele lat temu została stworzona taka teoria, że kto jest posłany do służenia Rzeczypospolitej – myśmy to przysięgali – będzie stanowił prawo w najlepszej wierze i najlepszej jakości, a w przypadku tej ustawy, kolejnego dorobku Ministerstwa Zdrowia, nie można z czystym sumieniem podnieść ręki, głosując za.

Bardzo proszę, ma pani nie za wiele czasu na swą obronę. Proszę bardzo, proszę odpowiedzieć na pytania.

Chyba że ktoś z państwa senatorów jeszcze chciałby zadać jakieś pytanie. No ale te pytania to są protezy. One niczego nie poprawią, bo mamy już bardzo niewielkie pole manewru nie tylko ze względu na czas, bo możemy przełożyć obrady tylko na popołudnie, ale również ze względu na jakość tego dokumentu.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala:**

Pani Senator! Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo!

Ja również przychyliam się do stwierdzenia, że ustawa jest napisana językiem trudnym. Ale rząd był niejako zobowiązany do transponowania przepisów unijnych rozporządzeń i te terminy, które pani przewodnicząca była uprzejma wyjaśnić, nie zostały wymyślane przez Polskę, tylko uregulowane w rozporządzeniach nr 1408 i 574. Tam są zawarte ich definicje, po to, żeby we wszystkich krajach dane słowa były rozumiane identycznie. I dlatego jesteśmy zobowiązani do używania tego słownictwa, które w języku polskim brzmi niewłaściwie również z punktu widzenia gramatycznego, przyznaję, ale tutaj nie było żadnego pola manewru.

Jeśli chodzi o to, żeby w prosty sposób przedstawić te zasady, to przychyliam się do tego i dzielam opinię pani senator Krzyżanowskiej, że muszą być dostępne ogółowi społeczeństwa bardzo krótkie wyjaśnienia dotyczące praw i zasad postępowania:

do kogo się zwracać i w jakim zakresie można uzyskać świadczenia, i że nie trzeba będzie wykupywać dodatkowego ubezpieczenia. Zasady koordynacji mają właśnie tę zaletę, że jakby razem z nami wyjeżdża prawo do świadczeń zdrowotnych.

Wyjeżdżając na leczenia planowane, musimy mieć zgodę funduszu. Tutaj mówił o tym pan senator Pawłowski. Jest to zgoda na zapłacenie rachunku za leczenie. Jeżeli pacjent wyjedzie bez takiej zgody, no to będzie miał utrudniony dostęp do świadczenia, ponieważ instytucje będą musiały się upewnić, czy on rzeczywiście może to świadczenie uzyskać. Dopiero jeśli się okaże, że tak, to wtedy otrzyma zwrot kosztów leczenia – jeżeli będzie się to mieściło w ogólnie obowiązujących zasadach – w takiej wysokości jak wtedy, gdyby to świadczenie było udzielone w kraju. Zatem instytucja mająca udzielić świadczenia nie będzie ryzykowała jego udzielenia bez takiej zgody i bez formularza E 112. Takie są zasady i one muszą być stosowane.

Jeśli zaś chodzi o środki na sfinansowanie tych zadań, to w ustawie budżetowej nie było zarezerwowanych 200 milionów zł, o czym mówiliśmy w trakcie debaty nad ustawą budżetową. Rada Ministrów wielokrotnie rozpatrywała problem skutków finansowych i źródeł sfinansowania koordynacji i przyjęto rozstrzygnięcie, że wszystkie koszty udzielania świadczeń zdrowotnych, jak również koszty administracyjne będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ma to swoje plusy i minusy. Plusy są takie, że instytucja wysyłająca na leczenie, która będzie wiedziała, że będzie musiała za nie zapłacić, będzie się starała udzielić tych świadczeń w ramach własnych możliwości i nie będzie przerzucała leczenia za granicę, bo płatnik będzie inny, ale nie fundusz. A minusy są takie, że sytuacja finansowa i Polski, i funduszu, a zatem i wysokość składki są takie, jakie są, i koszty udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce są zdecydowanie mniejsze niżeli w krajach Unii, gdzie za te same świadczenia trzeba płacić od kilku do kilkunastu razy więcej. No ale to jest pewien proces i będziemy musieli stopniowo wyrównywać warunki w tym zakresie. Niestety obecnie jest to wyraźnie na niekorzyść strony polskiej. W podobnej sytuacji są wszystkie kraje dawnego obozu socjalistycznego, które razem z nami przystępują do Unii. Jest to duży problem, ale on musi być rozwiązywany stopniowo i mamy nadzieję, że... Te 200 milionów zł będzie musiało być zapisane w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Jesteśmy już po spotkaniu z panem prezesem i trwają prace nad zmianą tego planu.

Jeśli chodzi o koszty administracyjne i sposób ich prezentacji, te dodatkowe etaty zostały tak wykalkulowane, oszacowane w związku z liczbą zadań, które stoją przed funduszem. Przecież każda osoba wyjeżdżająca za granicę będzie musiała mieć formularz E 111, więc samo wydanie formularzy wymaga odpowiedniego nakładu czasu i zorganizowania tego procesu, a do tego dochodzą jeszcze koszty rozliczeń. Dlatego naszym zdaniem te nakłady finansowe zostały określone dosyć racjonalnie.

Metry kwadratowe, przytoczone tutaj, mają uwidocznić, pokazać, w jaki sposób zostały wyliczone koszty administracyjne. Szacunkowo przyjęto wynajęcie dodatkowej powierzchni 4 m<sup>2</sup>, zakładamy więc minimalne warunki.

Jest jedno założenie główne, ważne, o którym muszę powiedzieć. Ustalono, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie zwiększy zatrudnienia jednorazowo, tylko że w ramach istniejącego zatrudnienia, w ramach podziału kompetencji będzie dokonana analiza. I to już się dokonało. Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowuje się do wypełniania swoich obowiązków od kilku miesięcy. Od jesieni ubiegłego roku wydawane są odpowiednie decyzje, zmieniono regulaminy organizacyjne. Przygotowane jest rów-

niez wejście w życie rozporządzenia – wtedy kiedy będzie uchwalona ustawa – umożliwiającego utworzenie w oddziale mazowieckim tej instytucji, która będzie obsługiwała osoby mieszkające na stałe za granicą, a ubezpieczone w Polsce. Rada Ministrów, kiedy uchwalała tę ustawę, zwróciła uwagę na sprawę zatrudnienia i zaleciła, aby Narodowy Fundusz Zdrowia w pierwszej kolejności zrealizował te zadania na bazie obecnego zatrudnienia, a tylko w przypadku, gdyby nie było to możliwe, sięgnął po dodatkowe zatrudnienie. Zresztą to będzie musiało się dokonywać stopniowo, ponieważ kadra będzie musiała spełniać odpowiednie wymagania.

Żeby zmniejszyć koszty przygotowania i przeszkolenia kadry, postanowiliśmy, że osoby, które mają doświadczenie, ponieważ pracują w biurze rozliczeń międzynarodowych i realizują umowy dwustronne podpisane przez Polskę, a więc stosują te formularze i mają wiedzę, jak dokładnie rozlicza się koszty świadczeń, będą przeniesione do Narodowego Funduszu Zdrowia. Czyli nie trzeba będzie dodatkowo wyklądać środków finansowych na przeszkolenie kadry po to, by można było rozpocząć działanie z dniem 1 maja.

Nie można było wcześniej wydać rozporządzeń, bo nie było ku temu podstawy prawnej. Ale kiedy ustawa zostanie uchwalona, natychmiast przystąpimy do sfinalizowania tej sprawy i akty wykonawcze zostaną wydane. Na razie po prostu przepisy prawne nas ograniczają.

Jest mi przykro, że te przepisy, które powinny być wprowadzone wcześniej w ustawie matce, tam się nie znalazły. To jest uchybienie, za które mogę tylko bardzo przeprosić Wysoki Parlament.

Jeśli chodzi o uwagi techniczne, przepraszam, legislacyjne, które pani dyrektor była uprzejma przedstawić, to pierwsza z nich, jak było powiedziane, została wyjaśniona tym, że we wszystkich obecnie procedowanych ustawach przyjęto jednolite nazewnictwo dotyczące Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Zresztą ta zmiana została wprowadzona w Sejmie.

Ja jeszcze nie przekazałam informacji o tym, co Sejm zmienił w przedłożeniu rządowym. Zmiany były tylko techniczne, legislacyjne, nie wprowadzono żadnych zmian merytorycznych.

Jeśli chodzi o drugą uwagę, dotyczącą zmiany ósmej w art. 1 projektu ustawy i odesłania do art. 19a, uważamy, że nie ma takiej potrzeby, ponieważ w treści ustawy jest już wprowadzony skrót: zwany dalej poświadczeniem. A więc to jest identyfikowalne w sposób jednoznaczny i dlatego naszym zdaniem nie ma potrzeby powtarzania, przytaczania i wskazywania, o jakich poświadczeniach jest mowa.

Jeśli chodzi o ostatnią uwagę, przyjmujemy ją, uważamy, że jest zasadna. Kiedy powstawała ta ustawa, ustawa o zamówieniach publicznych była jeszcze projektem i jej brzmienie było nieco odmienne od obecnego, więc żeby ono było identyczne, żeby lepiej oddawało istotę sprawy... Zdaniem rządu uwaga jest zasadna i proponujemy uwzględnić sformułowanie „lub inne równoznaczne wyrazy”.

Uwaga pani przewodniczącej dotyczyła braku numerów identyfikacyjnych ubezpieczenia i problemów związanych z identyfikacją. Chcę powiedzieć, że od września pracuje zespół międzyresortowy i przyjęto, że numerem identyfikacyjnym będzie numer PESEL. I to rozwiązuje problem do czasu wprowadzenia europejskiej karty.

Tyle z mojej strony, bardzo dziękuję.

*(Rozmowy na sali)*

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Pan się nie spóźnił, przyszedł pan dwie minuty przed czasem, zaraz będziemy pana prosić o zabranie głosu, tylko skończymy pracę nad zmianą ustawy, przejściową nowelizacją przejściowej ustawy, już zaczynam się powtarzać.

Rozumiem, że wobec dwóch poprawek stanowisko rządu jest negatywne, a co do jednej pozytywne.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala: Tak.)*

To jest jedna sprawa i zaraz poddamy ją głosowaniu. No, nam naprawdę nie chodzi o ograniczenie zatrudnienia, bo w Polsce bezrobocie jest najwyższe w Europie i niechby jak najwięcej ludzi uzyskało pracę, tylko że ci akurat ludzie będą konsumować środki przeznaczone na leczenie, środki Narodowego Funduszu Zdrowia, ten odpis, który jest na administrację czy na coś tam, niemniej jednak to są te same pieniądze, które mogłyby pójść na leczenie. To jest jedna sprawa.

A druga sprawa to akcja informacyjna. Ten stół powinien już być zasypany różnej wielkości, formatu, grubości i barwy broszurami: jedziesz do Grecji weź pieniądze, jedziesz do Francji musisz zapłacić. One powinny już być dostępne w sklepach, bo przecież jest okres wielkich zakupów świątecznych, dużego ruchu na ulicy, więc ich naprawdę powinno być wiele. Bo jeśli komuś zginie bagaż na lotnisku, to on sobie z tym poradzi. Ale z takim zdarzeniem losowym jak choroba za granicą... No, do tego naprawdę powinni być obywatele przygotowani. Naprawdę już się nawet nie chce o tym mówić. Tego nie ma, po prostu nie ma.

Chcę zapytać: Czy są pytania albo chęć wypowiedzenia się w sprawie tej ustawy, której żywot będzie tak krótki? Czy są inne wnioski legislacyjne niż przygotowane przez panią mecenas Iwicką?

W takim razie państwo senatorowie proszę spojrzeć na trzecią poprawkę dotyczącą zmiany piętnastej w art. 1, którą mają państwo w opinii, bo za moment poddam ją pod głosowanie. Wobec dwóch pierwszych poprawek stanowisko rządu było negatywne, a zatem nie będziemy nad nimi głosować, tym bardziej że komisja spraw zagranicznych też ich nie przyjęła, zdaje się, więc nie będziemy komplikować sprawy.

Wszyscy wiemy, nad czym będziemy głosować? Wiemy.

Zatem kto z państwa jest za przyjęciem poprawki do zmiany piętnastej w art. 1, proszę o podniesienie ręki. (8)

Kto jest przeciw? (0)

Kto wstrzymał się od głosu? (1)

8 senatorów było za, a 1 wstrzymał się od głosowania.

Zatem przyjęliśmy poprawkę opatrzoną numerem trzecim w opinii Biura Legislacyjnego.

No a skoro nie ponosi nas entuzjazm, by dyskutować nad tą ustawą, bardzo proszę, głosujemy.

Kto z państwa jest za rekomendowaniem Senatowi przyjęcia ustawy wraz z przegłosowaną poprawką, proszę o podniesienie ręki. (8)

Kto jest przeciw? (1)

Kto wstrzymał się od głosu? (0)

8 senatorów było za, 1 – przeciw.

Zatem będziemy rekomendować Senatowi przyjęcie ustawy zawartej w druku nr 636.

Proszę bardzo, kto z państwa chciałby być sprawozdawcą? Proszę o zgłoszenie się, ewentualnie przedstawienie innej kandydatury. Zachęcam bardzo.

*(Rozmowy na sali)*

Pani senator Sadowska?

*(Senator Wiesława Sadowska: Ja myślę, że lekarz byłby chyba lepszy.)*

No, ja też patrzę w stronę doktorstwa.

To proszę kogoś zgłosić. Proszę, pani senator Janowska ma mikrofon...

*(Senator Zdzisława Janowska: To zgłoś, proszę bardzo.)*

*(Głos z sali: Myślę, że senator Pawłowski ma taką chęć, ale nie ma śmiałości.)*

To ja ośmielę pana senatora Pawłowskiego. Czy tak?

**Senator Wojciech Pawłowski:**

Dobrze.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo, bardzo panu senatorowi dziękuję.

Bardzo dziękuję pani minister i jej współpracownikom.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala: Dziękuję bardzo.)*

Ponieważ pan minister zdrowia przełożył różne inne zajęcia, wiem jak ważne, i jest już wśród nas gotów do pracy, zatem nie skorzystamy nawet z higienicznej przerwy dla palaczy lub innych uzależnionych.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, tak, no, pan minister jednak jest czujny i na stanowisku. Zatem nie więcej niż od pięciu do siedmiu minut przerwy, to wystarczy. I spotykamy się w tej sali za dwadzieścia minut dwunasta.

*(Przerwa w obradach)*

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Proszę zawołać osoby, które jeszcze są na korytarzu, bo przystępujemy do rozpatrzenia trzeciego punktu posiedzenia komisji. Jest to stanowisko ministra zdrowia wobec strategii zmian w systemie opieki zdrowotnej przygotowanej przez Zespół do spraw Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowie.

Chcę bardzo podziękować panu ministrowi za to, że po to, aby spotkać się z nami, zrezygnował ze spotkania z ministrami zdrowia Europy i że zrezygnował także z wielu innych zajęć. Niemniej jednak, Panie Ministrze, my panu odpowiadamy tym samym, gotowością do współpracy z panem, krytyczną, ale życzliwą oceną pana działalności, a jeżeli można powiem jeszcze ciepłej, sympatią dla pańskich poczynań. Jest pragnieniem senatorów z Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, by to pan osobiście firmował tę szansę przezwyciężenia kryzysu, dlatego że pana osoba wciąż ma u nas pełny kredyt zaufania i chcielibyśmy, żeby pan z tego kredytu zaufania mógł korzystać tak długo, jak długo będzie nam dane pracować w tej piątej kadencji Senatu.

Senatorowie otrzymali opracowanie Zespołu do spraw Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia. Blisko połowa członków komisji uczestniczyła w Zespole do Spraw Zmian w Systemie Ubezpieczeń Zdrowotnych prowadzonym przez marszałka Sejmu, pana Marka Borowskiego. Komisja kilkakrotnie dyskutowała nad kierunkami zmian i we własnym składzie, i w różnych konfiguracjach.

Panie Ministrze, bardzo prosimy o przedstawienie nam dorobku pana ekspertów i tego, jak pan widzi założenia ustawy oraz jej przyszłą implementację. Bardzo proszę, Panie Ministrze.

### **Minister Zdrowia Leszek Sikorski:**

Dziękuję bardzo, Pani Senator. Dziękuję bardzo państwu senatorom.

Powiem, że moim życzeniem jest to, aby po dzisiejszym posiedzeniu komisji, przynajmniej, a później po następnych, jeżeli tak się złoży, mógł usłyszeć chociaż w 50% tak miłe słowa od pani senator.

*(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: To wzmocnienie pozytywne.)*

Tak, ja znam trochę teorię komunikacji i wiem, że to jest bardzo ważne, żeby na początku właśnie tak robić. Niemniej ja odbieram te słowa jako szczerze, a nie jako manewr czy zabieg służący pozytywnemu wzmocnieniu, bo z mojej strony płyną takie same opinie i uczucia.

Ale teraz przejdźmy do meritum sprawy. Chcę na wstępie powiedzieć, że jestem o tyle w trudnej sytuacji, iż nie mamy jeszcze ostatecznej decyzji co do wszystkich zapisów dokumentu przygotowanego przez ekspertów. I nie jest to z mojej strony żadna asekuracja. Po prostu chcę zachować pewnego rodzaju porządek zarówno w pracy resortu, jak i zespołu międzyresortowego, a także rządu. W związku z tym proszę, żeby państwo przyjęli, że to, co będę mówił, będzie moją oceną materiału jako ministra zdrowia. Co do szczegółów, to wyjaśnię, jeżeli państwo zechcą, wobec których elementów nie mamy w resorcie jednolitego stanowiska, ale to nie oznacza, że do niego nie dojdziemy, bo przecież dyskutujemy nad tymi sprawami każdego dnia.

Chcę powiedzieć, że ten materiał traktujemy jako materiał ekspercki, który jest przedmiotem prac mojego resortu, a przede wszystkim zespołu międzyresortowego, którym kieruje pan premier Hausner. Ten zespół został przygotowany i przeznaczony do tego, żeby porządkować wszystkie kwestie związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce. To, co wypracuje zespół międzyresortowy, zostanie przedstawione do akceptacji na kolejnym posiedzeniu rządu jako ostateczna wersja założeń do ustawy.

Chcę od razu uspokoić państwa, że oczywiście my równolegle pracujemy nad projektem ustawy od strony technicznej, pozostawiając tylko pewne fragmenty czy elementy do wypełnienia wtedy, kiedy będą decyzje kierunkowe, kiedy zostanie podjęta wiążąca dla mnie decyzja rządu. Po prostu dlatego, że czujemy presję czasu. Przyjęliśmy założenie, że projektowana ustawa powinna zacząć obowiązywać od października bieżącego roku, po to, żeby płynnie można było zakontraktować świadczenia medyczne i po to, żeby nie było z tym trudności i żeby na tym tle nie dochodziło do konfliktów. To oznacza, że procedowanie w parlamencie tejże ustawy, uwzględniając ewentualną przerwę wakacyjną, zajęłoby czerwiec, lipiec i wrzesień, co jest możliwe do zrealizowania, wydaje mi się. Oznacza to również, że projekt do konsultacji zewnętrznej, do konsultacji społecznych trwających... Określony przepisami tryb nakazuje jak najpilniejsze przygotowanie projektu i zaakceptowanie



go na posiedzeniu rządu, a więc w okresie między końcem kwietnia a początkiem maja.

Chcę w związku z tym teraz przedstawić, jaka jest moja ocena tego materiału i które z jego elementów na pewno będą przedmiotem założeń, a które zostaną pominięte i dlaczego. Powiem też które elementy są nadal przedmiotem dyskusji. Bo ostateczna decyzja będzie należała do zespołu międzyresortowego i przede wszystkim oczywiście do rządu.

Ja przedstawiałem już dwukrotnie na posiedzeniu rządu pewne informacje o stanie zaawansowania tych prac i tu też będę się nimi posiłkował. Państwu jest znany ten stu pięćdziesięciostronicowy dokument, więc nie będę go streszczać. Chcę jednak wydobyć z niego najważniejsze elementy.

Pierwszy element to jest oczywiście diagnoza, szczególnie diagnoza dotycząca sprawy odczuwanej najboleśniej przez pracowników, przez świadczeniodawców, a więc przyczyn powstałego zadłużenia. Myślę, że w tej ośmiopunktowej specyfikacji przyczyn istniejącego stanu rzeczy nie trzeba niczego dodawać, jest to pełny katalog przyczyn zaistniałej sytuacji. On mi odpowiada i jest zgodny z moimi doświadczeniami w kierowaniu szpitalem, jak również w nadzorowaniu placówek służby zdrowia. Oczywiście można by tę diagnozę jeszcze rozbudowywać, ale najistotniejsze jej elementy, mówiące o przyczynach obiektywnych, o przyczynach leżących w sferze polityki i w sferze finansów, ten dokument jasno ujmuje. Oczywiście dobra diagnoza jest podstawą zastosowania dobrych rozwiązań, które miałyby tę trudną, jeśli użyć języka medycznego, chorobliwą sytuację uzdrowić. W związku z tym eksperci przykładali dużą wagę do postawienia dobrej diagnozy.

W części dotyczącej projekcji zmian, które mają nastąpić, przyjęto podstawową filozofię, która mówi o tym, że reformowanie systemu jest procesem ciągłym, są to zmiany następujące jedne po drugich, co oznacza, iż trzymając się jednej linii, należy stwarzać możliwości modyfikacji tych zmian, nie usurpując sobie prawa do naprawy systemu jednorazowym aktem.

Ta filozofia jest cenna również dlatego, że uwzględnia pewien harmonogram czasowy, jak również realia polityczne. Pokazuje, iż wiele z tych rozwiązań, jeżeli zostaną przyjęte i zaakceptowane, może być dalej realizowane niezależnie od zmieniających się układów politycznych.

Ta filozofia pokazuje również, że lepiej jest modyfikować obecnie istniejące instytucje i nie powodować gwałtownych zmian, że lepiej jest nadawać nowe reguły istniejącym podmiotom i poprawiać ich funkcjonowanie niż wprowadzać zmiany ruchem wahadłowym, od jednej strony do drugiej, gdyż na tak realizowane zmiany nakładają się wszystkie znane z teorii zarządzania kłopoty i dodatkowe obciążenia.

W związku z tym można powiedzieć, że eksperci kierują się daleko idącym pragmatyzmem i mają racjonalne podejście do sytuacji. To racjonalne podejście sprowadza się również do konstatacji, iż w obecnej sytuacji gospodarczej możemy liczyć tylko na ograniczoną poprawę sytuacji ekonomicznej, a więc budowanie systemu w myśl filozofii, że oto musimy dorównać innym poziomem, standardem, bo nie jesteśmy gorsi, może być oczywiście dążeniem – bo nie chcę powiedzieć marzeniem – ale musi jednak być korygowane ze względu na możliwości i realia. Tak budowany system jest bardziej racjonalny i rozsądny niż przekonywanie się, że w obecnej sytuacji można na przykład w radykalny sposób dokonać zwiększenia nakładów na system ochrony zdrowia.

Kluczową sprawą, na którą zwracają uwagę eksperci, jest to, żeby zagwarantować ciągłość udzielania świadczeń, żeby pacjent był o to rzeczywiście spokojny, żeby w momencie zagrożenia swego zdrowia czy życia miał poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i jasny określony zakres świadczeń, które gwarantuje mu jako obywatelowi konstytucja.

I druga sprawa. Chodzi o to, aby przywrócić konstytucyjne rozwiązania, przywrócić taki porządek prawny, który wynika z praw określonych w konstytucji, które w poprzedniej ustawie, zanegowanej przez Trybunał Konstytucyjny, nie zostały wyartykułowane. To są dwa główne cele.

Rozwiązania proponowane w tym zakresie prowadzą do wprowadzenia zasad systemu zrównoważonego, a więc takiego, w którym z jednej strony szanujemy zdobycze medyczne i dążymy do poprawy i zapewnienia coraz bardziej skutecznych metod leczenia, a z drugiej strony realizujemy zasady zrównoważonego płatnika, wychodząc oczywiście z prostego założenia, że płatnik, który dysponuje określonymi środkami finansowymi, dysponuje nimi w naszym imieniu i to są tak naprawdę nasze środki gromadzone w odpowiedni sposób przez instytucję, która służy celowi wykupywania dla nas świadczeń.

W związku z tym jest sprawą istotną – i to nakazał Trybunał Konstytucyjny – aby jasno określić, jakie są kryteria uzyskiwania tych świadczeń medycznych, które obywatelowi gwarantuje konstytucja. Eksperci uważają – i tu będę się czasami odwoływał do opinii, które są gdzie indziej formułowane – że nie ma możliwości ani też celowości wprowadzania do ustawy enumeratywnie wypisanego z procedur tak zwanego koszyka, niezależnie od tego, czy byłoby on opisywany negatywnie, czy pozytywnie, przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, czas, który mamy do dyspozycji, nie pozwala na wykonanie takiej pracy. A po drugie, określenie koszyka świadczeń jest i będzie procesem dynamicznie się zmieniającym, choć oczywiście nie z dnia na dzień czy z miesiąca na miesiąc. W związku z tym, tak jak wskazał to Trybunał Konstytucyjny, w ustawę zostaną wpisane czytelne zasady tworzenia pozytywnego koszyka świadczeń, które należą się obywatelowi z pieniędzy publicznych.

Tu może przejdę już do rozwiązania szczegółowego, które zostało zaproponowane i które jest akceptowane na etapie prac zespołu międzyresortowego. Chodzi mianowicie o powołanie instytucji, która będzie budowała ten koszyk, co jest procedurą dość skomplikowaną. Nie tworzymy tutaj żadnych nowych rozwiązań, posiłkujemy się rozwiązaniami obowiązującymi w krajach, które rozpoczęły budowanie koszyka od 1970 r. i które przechodziły kolejne etapy zmian w tym zakresie. Otóż ma to być instytucja bardzo mała, jeśli chodzi o administrację, aby była tania dla nas jako podatników. Będzie ona jednak korzystała z opinii ekspertów, których wiedza, doświadczenie i niezależność formułowanych poglądów czy opinii nie będą budziły wątpliwości. Ta instytucja, na podstawie analiz raportów oceniających skuteczność technologii medycznych i ich koszty, będzie wskazywała na świadczenia, które w relacji skuteczności klinicznej i relacji kosztowej powinny być świadczeniami gwarantowanymi, to znaczy takimi, do których dostęp będzie gwarantowany każdemu potrzebującemu.

Dochodzenie do tego rodzaju protokołów i do tego rodzaju listy jest procesem, który tylko zasygnalizuję – zresztą państwo mają to w opracowaniu – bo to jest jakby oddzielna teoria i praktyka budowania odpowiednich priorytetów, eliminowania najpierw procedur, które nie są korzystne, które albo klinicznie są nieudokumentowane, albo kosztowo nieuzasadnione.

Drugą grupą będą tak zwane świadczenia rekomendowane, a więc takie, których skuteczność kliniczna jest właściwa, ale których koszty nie pozwalają na tym etapie na ich finansowanie przez płatnika publicznego. Eksperci uważają, że uzyskiwanie świadczeń rekomendowanych będzie możliwe dzięki dopłatom czynionym przez pacjentów, czy to w formie bezpośredniej, czy też w formie korzystania z dodatkowego ubezpieczenia.

Wreszcie trzecią grupą świadczeń będą świadczenia uzupełniające, czyli takie, gdzie relacja kosztów i efektu klinicznego jest jakby na trzecim miejscu. Te świadczenia będą pokrywane bezpośrednio przez pacjentów bądź poprzez ich ubezpieczenia. Proces wprowadzania tego rodzaju świadczeń jest oczywiście najbardziej kontrowersyjny, dlatego że on pokazuje w sposób dobitny, że płatnika publicznego nie stać na zagwarantowanie wszystkich możliwych świadczeń pacjentom. Z tym, że nie jest to żadną nowością, nie ma takiego kraju na świecie, który by mógł zagwarantować pacjentom wszystkie świadczenia, które są wykonywane, bez pieniędzy. Istotą sprawy jest to, żebyśmy umieli wybrać te świadczenia, które zapewniają bezpieczeństwo zdrowotne, te świadczenia, które mają najlepsze relacje kosztów i efektów, oraz te, które zapewnią pacjentowi właściwe leczenie.

Oddzielną sprawą jest zaproponowane w tym eksperckim materiale, a znajdujące potwierdzenie również w naszych projektach, powołanie podmiotu, instytucji, która zajęłaby się oceną i taryfikacją cen i stawek. Jest to pewnego rodzaju wyjście naprzeciw potrzebom, ponieważ możemy obserwować – zwłaszcza w ostatnim okresie lobbowania różnych grup i różnych środowisk z poszczególnych poziomów referencyjnych czy z poszczególnych przedziałów opieki zdrowotnej – że toczą się spory o to, co ile powinno kosztować. Dodatkowym utrudnieniem jest tu fakt, że od momentu usamodzielnienia zakładów opieki zdrowotnej płatnik nie ma bezpośredniego wglądu – i nie może go mieć – w koszty świadczeniodawców. Mimo że oczywiście ciągle obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia bodaj z 18 grudnia 1998 r. o sposobie liczenia kosztów, jest tajemnicą poliszynela, że to liczenie nie jest najmocniejszą stroną naszego systemu. Ponadto pokazywanie, jak wyglądają te koszty, nie jest realizowane przez te samodzielne podmioty.

W związku z tym istnieje konieczność znalezienia instytucji, która będzie w sposób obiektywny ważyć relacje kosztowe i ustalać pewne optymalne stawki i taryfy. Oczywiście, podobnie jak w tym pierwszym przypadku, to rozwiązanie zakłada pewnego rodzaju model idealny, który nigdy nie występuje w rzeczywistości, czego mamy pełną świadomość. Ale jeśli zważyć zalety takiego rozwiązania i rozwiązania, które dzisiaj obowiązuje, to myślę, że warto jest podjąć taki wysiłek i warto taką instytucję powołać, bo nasze obecne doświadczenia i różnice cen pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami sięgające 100–140% są wystarczającym dowodem na to, że w obecnym układzie to nie funkcjonuje. A naciski różnych środowisk na to, żeby eksponować właśnie ich stawki, ich ceny, nigdy nie znajdują rozsądnego uzasadnienia, jeżeli nie będziemy mogli się odwołać do opinii osób, które w profesjonalny, ekspercki sposób będą do tego podchodzić.

Co do techniki powoływania obu instytucji, to na tym etapie mogą tylko zasygnalizować rozwiązania i propozycje. Otóż jeśli chodzi o to, co eksperci nazwali Agencją do spraw Oceny Technologii, to rozwiązanie, do którego ja osobiście się w tej chwili skłaniam, sprowadza się do powołania w ramach własnych sił i środków finansowych resortu ministra zdrowia jednostki budżetowej, która już teraz – bo wiemy, że

taka praca będzie musiała być wykonana – rozpocznie prace nad ocenianiem tego, które świadczenia będą zaliczane do świadczeń gwarantowanych, wykorzystując oczywiście opinię ekspertów skupionych wokół instytutów naukowo-badawczych, szpitali klinicznych czy jednostek uniwersyteckich. Ta praca, wykonywana praktycznie już od momentu powołania w ramach ministerstwa odpowiedniej komórki i prowadzona przez nadchodzące miesiące, może zaowocować tym, że w momencie wejścia w życie ustawy nastąpi zgodnie z tą ustawą przekształcenie tej komórki w podmiot niezależny, a wcześniej przygotowany dorobek ekspercki zostanie automatycznie przejęty przez nową instytucję. Tym sposobem po prostu zyskamy na czasie, nie będzie sytuacji, w której cała procedura rozpoczęłaby się dopiero w momencie wejścia w życie ustawy.

Podobnie rzecz się ma, jeśli chodzi o kwestię taryf i stawek. W tym przypadku również wydaje się, że już dzisiaj należy wykorzystać zarówno doświadczenia Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i innych ośrodków i osób, które publikują na temat liczenia kosztów i cen, i stworzyć warunki do przygotowania tego rodzaju analizy finansowej, analizy kosztowej, po to, żeby później za pomocą podobnego zabiegu uwzględniającego konieczność budowania oszczędnego państwa i oszczędnej administracji powołać instytucję, która miałaby spełniać te zadania, o których mówiłem.

I może zamknę tę sprawę odniesieniem się do wątpliwości, które oczywiście tu się pojawiają i które moim zdaniem są obecnie niezręcznie dyskutowane publicznie – choć rozumiem tego powody – i które wywołują pewnego rodzaju nastrój niepokoju i zdenerwowania wśród pacjentów, obawiających się, że oto po podziale na świadczenia gwarantowane i rekomendowane czy uzupełniające zostanie ograniczone ich prawo do korzystania ze świadczeń, a mówiąc wprost, do skutecznego leczenia. Oczywiście to wymaga bardzo precyzyjnego wytłumaczenia, chociażby na przykładzie leków, które stosowane obecnie w tym samym schorzeniu, o tych samych wskazaniach, mogą być jedne od drugich droższe, i to znacznie. Leki tańsze, generyczne zapewniają skuteczne leczenie i nikomu nie ograniczają skutecznego leczenia, a są właśnie takim świadczeniem gwarantowanym. Zaś jako świadczenie uzupełniające mogą być traktowane leki podlegające obecnie refundacji, z dopłatami. Obawa, która się rodzi wśród obywateli, że w ogóle nie będzie dostępu do części świadczeń, jest oczywiście nieuzasadniona.

Pozostaje otwarta kwestia tego, jak współpłacenie za świadczenia – bo tak należy otwarcie powiedzieć – które już dzisiaj ma miejsce, maksymalnie ograniczyć, na przykład wprowadzając określony czas przejściowy wdrożenia tego rozwiązania czy też pokazując, o jakiego rodzaju współpłaceniu możemy mówić i za co. Wiąże się to, proszę państwa, między innymi z oceną tego, co było również dyskutowane w zespołach parlamentarnych, czy to, co nie jest wprost świadczeniem medycznym, oczywiście oprócz żywienia pozajelitowego, a więc koszty pobytu w szpitalu – może trochę niezręcznie określonym jako doba hotelowa, bo przecież to nie jest hotel – nie mogłyby być na określonych zasadach częściowo odpłatne w formie zryczałtowanej. Na ten temat wypowiadają się eksperci. Na ten temat dyskutuje zespół międzyresortowy, nie podejmując ostatecznej decyzji w tej sprawie, pozostawiając te rozwiązania, jako najważniejsze pod względem swojego wymiaru, Radzie Ministrów.

Ja w tym momencie chcę powiedzieć, że nie należy, z wielu powodów, eksploatować tego problemu, ale nie można chować głowy w piasek i udawać, że takiego problemu nie ma. Wydaje mi się, że w sytuacji, w której przyjdzie nam prowadzić poważną dyskusję, wiedząc z góry, że nie będziemy mogli przy obecnych środkach i nakła-

dach finansowych zagwarantować wszystkiego, co byśmy chcieli i co nam serce i wiedza medyczna dyktują, musimy jednak postulować wprowadzenie pewnych ograniczeń i zastanowić się nad priorytetami, nad wyborami. Zarówno w przypadku kolejności zabiegów operacyjnych, kiedy najpierw wybiera się te, które są pilne, pochodzące ze wskazań nagłych i ratujące życie, pozostawiając zabiegi planowe do wykonania w terminie, jak i w aspekcie zaproponowania publicznej dyskusji i zdobycia akceptacji dla współpłacenia w formie zryczałtowanej za wyżywienie i dobę hotelową, czyli pobyt w szpitalu, nie można abstrahować od sytuacji, z którymi mamy do czynienia na co dzień, na przykład konieczności wyboru spośród trzech pacjentów z chorobą nowotworową, że pozwolę sobie użyć tego może drastycznego przykładu. Oczywiście możemy zaproponować im gwarantowane świadczenie, gwarantowaną terapię, ale jeżeli proponujemy ją wszystkim trzem bez uszczuplenia kosztów poprzez częściową ich refundację, to na pewno trzecia osoba w kolejności do tego świadczenia, będzie czekała na nie dłużej, bo po prostu dla niej już nie wystarczy pieniędzy. Sądzę więc, że każdy, kto teraz musi wybierać spośród trzech takich osób, choć mógłby im zapewnić w tym samym czasie świadczenia medyczne skutecznie leczące, ograniczając nakłady finansowe poprzez pobieranie tych częściowych odpłatności, nie będzie miał... To znaczy zawsze będzie miał dylemat, ale będzie skłonny się zgodzić z takim rozwiązaniem.

Oczywiście jest tu też miejsce na zabezpieczenie tego z tej trójki, kogo nie stać nawet na tego rodzaju opłatę. Tu jest miejsce na interwencję państwa, tu jest miejsce na opiekę społeczną, tu jest miejsce na jasne wskazanie, zgodnie z zapisami konstytucyjnymi, tej, że tak powiem, grupy chronionej, czyli osób najuboższych, inwalidów etc., etc., inaczej mówiąc, na określenie osób, które państwo będzie wspomagało.

Kolejną sprawą – już kończę omawianie koszyka świadczeń – jest ustawowe określenie zasady tworzenia kolejki do świadczeń, zasady czytelnej, transparentnej, przedstawionej w sposób niebudzący wątpliwości, po to, aby wyeliminować wszelkiego rodzaju powszechnie znane zjawiska mające znamiona korupcji. To również jest przedstawione w założeniach jako element uzupełniający świadczenia gwarantowane, bo oczywiście musimy mieć pełną świadomość tego, że będą się zdarzały takie sytuacje, że nawet do świadczeń gwarantowanych będzie musiała być pewna kolejka, choćby porządkowa. W związku z tym tematem również jest dużo skrótów myślowych i uproszczeń.

Ja jestem w posiadaniu wyników ankiety, którą wysyłałem niedawno do szpitali klinicznych, z której wynika, że w wielu ośrodkach klinicznych czas oczekiwania na niektóre procedury jest tak krótki, że pacjent naprawdę bardzo łatwo może go zaakceptować, planując swoje przyjsie do szpitala jako pewien element zmiany trybu życia i konieczności wprowadzenia pewnych regulacji w swoim życiu rodzinnym, czas oczekiwania jest tu w pełni akceptowalny. Ale są oczywiście też takie procedury uzyskiwania dostępu do świadczeń, takich jak protezoplastyka czy niektóre zabiegi radio-terapeutyczne, w których kolejka jest podyktowana po prostu koniecznością zapewnienia właściwej logistyki.

Drugim elementem, który znajdzie się w założeniach i który jest również zgodny z tym, co zapisali eksperci, jest instytucja płatnika. Eksperci wyszli z założenia – i tu jakby od samego początku taka myśl wynikająca z pragmatyzmu i racjonalnego podejścia do sytuacji nam wspólnie przyświecała – że trzeba utrzymać Narodowy Fundusz Zdrowia jako instytucję płatnika, jako instytucję ubezpieczeniową. Wynika to

z oszczędności, ale również z tych wcześniej wspomnianych założeń. Przy czym ma nastąpić bardzo istotne wypełnienie właściwie wszystkich zapisów, o których mówi wyrok Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał stwierdza, że oczywiście nie on ma rozstrzygać o tym, czy przyszły płatnik ewentualnie przyszli płatnicy mają funkcjonować w systemie jednej instytucji centralnej, czy też zdecentralizowanej, ale wyraźnie wskazuje na dysfunkcyjność tego układu, który jest obecnie. Nie będę się nad tym rozwodził, bo państwo to doskonale wiedzą.

Proponujemy zmiany, które polegają na jasnym określeniu, jakiego rodzaju osobowość prawną ma posiadać narodowy fundusz i jak ma się kształtować powoływanie władz tej instytucji, łącznie z propozycją zbieżną z tą, która była prezentowana w zespole parlamentarnym, a więc, żeby była powoływana rada funduszu, w której znaleźliby się przedstawiciele desygnowani przez samorząd, przez reprezentantów obywateli. Jest zgłoszona propozycja, aby było dwóch takich przedstawicieli. Ponadto jeden z przedstawicieli ma być desygnowany przez rzecznika praw obywatelskich, a pozostali przez Radę Ministrów. Ta rada powoływałaby na wniosek ministra zdrowia i ministra finansów prezesa będącego centralnym organem narodowego funduszu. Projekt ustawy wprowadza więc prezesa i radę jako organy funduszu, decentralizację kompetencji na oddziały wojewódzkie oraz jasno określa kompetencje dyrektora oddziału odpowiedzialnego za cały szereg spraw: kontraktowanie świadczeń, finanse etc., etc., a powoływanego po zasięgnięciu opinii środowiska wyrażonej opinią sejmiku wojewódzkiego.

Sprawa funduszu to jest również sprawa nadzoru wynikającego zarówno z ustawy o finansach publicznych, jak i z odpowiedzialności ministra zdrowia za system ochrony zdrowia. A więc jest to dokładne skonsumowanie orzeczenia wyroku Trybunału Konstytucyjnego.

Jest to odejście od wszelkich praktyk, które mogłyby być odczytywane jako samowolne czy bezprawne decyzje funduszu, na rzecz zapisów określonych ustawowo. Mieszczą się w tym zarówno ustawowe określenie zasad alokacji środków na poszczególne regiony, jak i umocowane w rozporządzeniach Rady Ministrów szczegółowe rozwiązania w tym zakresie. Z jednej strony musi tu być zrealizowany postulat sprawiedliwego rozdziału środków na wszystkie regiony kraju, bo wszędzie mieszkają tacy sami obywatele mający to samo prawo dostępu do świadczeń, a co za tym idzie również dostępu do środków finansowych. A z drugiej strony musi tu być uwzględniony element, którego dzisiaj nie sposób nie dostrzegać, a mianowicie niejednolite nasycenie różnych regionów kraju jednostkami ochrony zdrowia.

Wreszcie chcę powiedzieć kilka słów na temat innych kwestii związanych z zawartymi tutaj propozycjami, obserwacjami czy celami. Jeśli chodzi o kwestię kontraktowania świadczeń, eksperci wyraźnie wskazują na to, czego my byliśmy świadkami na co dzień w ostatnich latach, właściwie od momentu kiedy zaczęły funkcjonować kasy chorych aż do chwili obecnej, kiedy jest fundusz. W wielu wypadkach konkurs ofert był tylko z pozoru konkursem. Trudno bowiem jest go prowadzić w sytuacji, kiedy jest jeden podmiot, z którym nikt nie może w żaden sposób konkurować. Więc tak naprawdę tworzy się tu tylko fikcję i podejmuje się pewnego rodzaju działania, które nie są racjonalne.

Ekspert proponują w tym zakresie – zespół jeszcze ostatecznie tego nie zaakceptował, ale jest bliski przyjęcia takiego zapisu – bardziej elastyczne dochodzenie do wyboru świadczeniodawców na podstawie jasnych, czytelnych kryteriów, wszystkim

znanych, publicznie eksponowanych i kontrolowanych, które jednocześnie nie będą sztywnymi zasadami, takimi samymi dla różnych poziomów opieki medycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyki czy szpitali.

Eksperti wskazują również na celowość elastycznego podejścia do globalnych budżetów placówek, po to, żeby wyeliminować znany nam z obserwacji wyścig w produkcji świadczeń, który zaowocował prawie trzydziestoprocentowym wzrostem hospitalizacji, a który wynikał z takiego a nie innego ustawienia sposobu kontraktowania. Nie oznacza to odejścia od rozliczania wykonywanej pracy, opierając się na czytelnych kryteriach, takich jakie zostały zaproponowane etapowo na przykład dla procedur zabiegowych. Z takim wszakże zastrzeżeniem, że oczywiście nie możemy doprowadzić do sytuacji nieskorelowania tychże wartości i tychże procedur, ale że w każdym systemie, czy to w systemie budżetu globalnego, czy to w systemie procedur, czy to w systemie jednorodnych grup pacjentów, mogą się pojawić mechanizmy, które będą sprzyjały rozwiązaniom wcale niezamierzonym przez płatnika, a więc znane zjawisko mnożenia procedur w przypadku ich rozliczania albo inne znane zjawisko zaliczania coraz to większej liczby pacjentów do jednorodnej grupy, aby uzyskać większy współczynnik płatności za dane świadczenia.

Eksperti wskazują w związku z tym na konieczność istnienia bardziej dopasowanych sposobów kontraktowania oraz zwracają uwagę na element koniecznego nadzoru i badania jakości, i to na trzech poziomach. Chodzi zarówno o kontrolę wewnętrzną, z wyeksponowaniem konieczności badania jakości przez sam podmiot, jak i kontrolę zewnętrzną, czyli badanie jakości przez odpowiednie instytucje, towarzystwa naukowe i specjalistów. Wyróżnia się na rolę specjalisty krajowego i specjalistów wojewódzkich. Zresztą mogę potwierdzić, mając ostatnio spotkania zarówno ze specjalistami krajowymi, jak i wojewódzkimi, że tego rodzaju rozwiązanie wywołuje żywy oddźwięk. Jest to szczególnie ważne w sytuacji częściowo sprywatyzowanej opieki zdrowotnej, gdzie kontrola jakości świadczeń jest w zasadzie jedynym instrumentem nadzoru, dlatego jest ona tak ważna i dlatego jest tak wyeksponowana.

Nie chciałbym nadużywać państwa cierpliwości. Myślę, że najistotniejsze elementy z zapisów proponowanych w eksperckim materiale i z tego, nad czym pracuje zespół międzyresortowy, zostały przeze mnie przedstawione. Reszta to są pewne szczegółowe rozwiązania, które są szeroko opisane. Na przykład koordynowana opieka zdrowotna, a więc pewnego rodzaju funkcjonalne połączenie różnych poziomów opieki po to, żeby nie było zjawiska przerzucania kosztów na szpitale albo w drugą stronę. To są opinie eksperckie, które wymagają przełożenia na konkretne zapisy w rozporządzeniach, które będą musiały jeszcze uwzględnić obecną sytuację, a więc na przykład różnorodność podstawowej opieki zdrowotnej, bo są takie miejsca, gdzie jest ona całkowicie sprywatyzowana, i takie, gdzie ona funkcjonuje jakby w ramach restrukturyzowanych dawnych zakładów opieki zdrowotnej. Wydaje się, że to, co zaproponowali eksperci w tym zakresie, jest pokazaniem drogi do możliwego pogodzenia jednej i drugiej formy funkcjonowania, i to nie na zasadzie konkurencji, tylko na zasadzie pewnych lokalnych rozwiązań, które mają określone tradycje, które się sprawdziły i które gwarantują optymalne świadczenia dla ubezpieczonych.

Aha, przepraszam, jeśli pani senator pozwoli, powiem jeszcze o ostatniej sprawie, która mi się przypominała. Jest ona mocno eksponowana przez ekspertów, choć ich grono nie jest do końca jednomyślne w tej sprawie. Kwestia ta wiąże się z koncep-

cją obywatelskiego prawa do świadczeń, które mnie osobiście bardzo odpowiada, bo uwalnia i pacjenta, i świadczeniodawcę od mitręgi udowadniania, czy pacjent jest ubezpieczony, czy nie, i przerzuca ten obowiązek na płatnika i na inne instytucje w państwie. Jednak ta koncepcja spotkała się na tym etapie z brakiem akceptacji zespołu międzyresortowego, który wskazał na kilka problemów z nią związanych. Chodzi mianowicie o problemy wynikające, że tak powiem, z odejścia od elementu motywującego każdego obywatela do płacenia składek ubezpieczeniowych, który jest również związany z naszą integracją z Unią Europejską i wszystkimi relacjami między nami, co szczególnie państwu łatwo jest wychwycić teraz po zakończeniu prac nad tą nowelą. Nie przesądzając o wyniku, mogę powiedzieć, że choć na razie zespół międzyresortowy nie przyjął tego rozwiązania, to jednak jest otwarty na prowadzenie dyskusji na ten temat. Między innymi dziś o godzinie 13.30 dojdzie do spotkania zespołu ekspertów z zespołem międzyresortowym, na którym ta kwestia będzie mocno artykułowana przez panią doktor Tymowską i pana profesora Włodarczyka. Nie ukrywam, że w trakcie prac nad tą strategią przedstawiłem moje odczucia, ale nie wstydę się powiedzieć, że w tym momencie mam za mało argumentów czy wiedzy, mówiąc wprost, aby bronić tezy o tym obywatelskim prawie w kontekście budowania systemu ubezpieczeniowego w ogóle. Ta sprawa będzie jeszcze przedmiotem wyjaśnień i myślę, że dojdzie do zbliżenia stanowisk i że jedna ze stron powie, że rozumie argumenty i albo się z tego wycofa, albo to zaakceptuje. Oczywiście najgorszym rozwiązaniem byłoby, gdyby każdy pozostał przy swoich racjach. Ale być może po prostu nie można tak szybko uzyskać konsensusu. W każdym razie sygnalizuję, że obecnie jest to jedna z kluczowych spraw, które eksperci wpisali w strategię, a których zespół międzyresortowy na tym etapie nie zaakceptował.

Jeśli pani senator i państwo będziecie sobie życzyli jeszcze więcej informacji o uwagach, które napłynęły z innych resortów, mniej lub bardziej zasadniczych, to oczywiście ja nimi dysponuję. One co prawda pewnie były zamieszczane przez Centrum Informacji Rządu, zgodnie z procedurą. W każdym razie, gdyby była taka potrzeba, jestem do dyspozycji.

### **Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

To bardzo dobrze, że pan minister przybliżył nam tę strategię zmian, którą dostaliśmy jako dokument ekspercki, używając ludzkiej mowy wiązanej. Muszę powiedzieć, że mnie szczególną lubość sprawiało czytanie tego dokumentu, ponieważ lubię złote myśli, zapisuję je sobie, a tutaj jest ich obfitość, na przykład „zła diagnoza z reguły uniemożliwia sformułowanie sensownych rekomendacji”, „dobra diagnoza otwiera możliwości podjęcia racjonalnej terapii”, „punkt wyjścia bardziej niż punkt dojścia jest czynnikiem organizującym koncepcję zmian”. Mogłabym wiele cytować. Ten dokument – to nie odnosi się do pana tylko do dokumentu – jest napisany językiem charakterystycznym dla stosunków przemysłowych: koszt, efekt, produkt. A przecież one nie dają się przenieść do tak specyficznej dziedziny jak ochrona zdrowia, mimo że my nie pochylamy się nad chorym człowiekiem, tylko nad chromym, chorym, ułomnym prawem, które próbujemy naprawiać, chociaż sami żeśmy je uchwalili, naciskając odpowiednie przyciski.

Ten dokument czytałam kilkakrotnie, jak mówię. Podoba mi się niezależna agencja profesjonalna. Instytucje arbitrażowe, jako drugi system wymiaru sprawiedli-



wości i rozstrzygania sporów w ochronie zdrowia, podobają mi się zdecydowanie mniej, bo lubię jasność systemu. Instytucja czy agencja do definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych – bardzo dobrze.

Ale często gęsto – strony 15, 17, 22, 25, 27 – przewija się prognoza polityczna. Być może ma ona uzasadnić racjonalność propozycji. Cytuję: „proponowane zmiany są projektowane dla biednego systemu zdrowotnego działającego w biednym kraju, w warunkach niestabilizowanej sytuacji politycznej”. No, przyjęcie takiej charakterystyki pozwala oczywiście uznać racjonalność rozwiązań, i z tym nie ma sporu.

Ale są tutaj wpisane takie instytucje, co do których rada byłabym poznać... Zresztą państwo senatorowie na pewno też wyartykułują takie pytania, jak również goście, którzy na tych samych prawach mogą brać udział w dyskusji. Na przykład partnerstwo publiczno-prywatne. No nijak nie mogę tego pojąć, no nijak. To jest zupełnie tak, jakby komornik był przedsiębiorcą i prowadził prywatną działalność, a jednocześnie reprezentował państwo w egzekucjach. Budowanie partnerstwa publiczno-prywatnego... Może rzeczywiście mam za małą wiedzę, ale natychmiast wyobraźnia podpowiada mi najróżniejsze, najprzeróżniejsze... No już dobrze, dajmy spokój temu, co ona mi tam podpowiada.

Następnie są świadczenia rekomendowane. My tu w Senacie zwykliśmy określać słowem „rekomendowane” to co najlepsze: rekomendujemy Wysokiej Izbie takie rozwiązanie, rekomendujemy tegoż pracownika, rekomendujemy konwencję taką i taką, czyli rekomendowane oznacza najlepsze. A w tym materiale rekomendowanie jest zupełnie inaczej usytuowane.

Nie chciałabym uszczuplać państwu możliwości zabierania głosu, ale mam jeszcze jedno pytanie. Może pan minister, obcując z ekspertami, nabył wiedzy o tym, co to jest moralny hazard uprawiany przez pacjentów? Jest to opisane na stronie 49: moralny hazard uprawiany przez pacjentów. Byłam przez trzydzieści lat czynną zawodowo pielęgniarką. Różne rzeczy pacjenci uprawiali. Jeżeli nawet chorzy na schizofrenię mieli się ku sobie, była to oznaka zdrowia, bo ludzie o zdeintegrowanej osobowości zbliżali się do siebie, a jeżeli ludzie się kochają, jest to objaw zdrowia. Ale jeśli eksperci piszą: „zachowania pacjentów, które są typowe dla stosowanego przez nich moralnego hazardu i z rzadką analizą prawnych uwarunkowań zachowania stron umowy”, to ja nie wiem, co to jest. No ale być może to już nie znajdzie się w tym przedłożeniu i nie będzie przedmiotem analizy.

Na stronie 149 jest zaproponowana infolinia. Ucieszyłam się jak rzadko kiedy, bo infolinia jest niezbędnie potrzebna. Tylko że jak dzwonią do mnie moi wyborcy, obywatele z mojego obszaru, to pytają: „Pani, gdzie materac można wypożyczyć? Pani, gdzie kupić kaczkę? Pani, jak załatwić wózek inwalidzki?”. No a ta infolinia ma w jakiś sposób prowadzić ranking placówek. Uważam, że to jest nieporozumienie. Czy dokładna informacja ułatwiająca świadome podejmowanie wyboru o miejscu leczenia z uwzględnieniem wskaźników jakości opieki to jest infolinia? Czy to znaczy, że ktoś wynajęty do pracy tam będzie ustawiał te placówki? No i kto w ogóle bada wskaźniki jakości opieki?

I ostatnie pytanie.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, Panie Senatorze, widzę. Pani senator Krzyżanowska, pan senator Pawłowski, pan senator Bielawski.

Otóż, Panie Ministrze, pytanie będzie niezręczne, ale ja muszę je zadać. We wczorajszej „Rzeczpospolitej” był artykuł „Eksperci sobie, a ministerstwo sobie”. Otóż w tym tekście pani Małgorzata Solecka informuje, że autorką wersji ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia prezentowanej Radzie Ministrów była pani Ewa Kralkowska. Ona prezentowała nam tę ustawę. Konsekwencje polityczne poniósł pan Mariusz Łapiński, i bardzo dobrze, bo w końcu każdy ma swego szefa. Jednak pani Kralkowska identyfikuje się z ustawą o narodowym funduszu. No, taka identyfikacja też jest wielką wartością. Teraz pani Kralkowska ma nadzorować prace nad nową ustawą i na posiedzeniu Rady Ministrów zaprezentowała zupełnie inną, nie wiem, czy autorską, czy przygotowaną przez kogoś innego wersję tej ustawy. Jeżeli pan zechce, Panie Ministrze, odpowie pan na to pytanie. Jeżeli pan nie zechce, nie będzie nad tą sprawą żadnej dyskusji, bo pan również funkcjonuje w pewnych regułach zespołowej, grupowej lojalności. Czy jakiegokolwiek konsekwencje z tego tytułu spotkały sekretarza stanu, panią Ewę Kralkowską?

To zaledwie kilka moich pytań.

A teraz, proszę bardzo, pani senator Krzyżanowska, pan senator Pawłowski, pan senator Bielawski, w tej kolejności, i pani senator Sadowska.

Będzie pan musiał teraz przeżyć grad naszych pytań.

### **Senator Olga Krzyżanowska:**

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze!

Ja nie chcę się odnosić aż tak bardzo wnikliwie jak pani przewodnicząca do tego dokumentu, bo rozumiem, że jest to dokument opracowany przez różnych ludzi, o różnych pozycjach zawodowych, różnie myślących na temat tego, co należałoby w służbie zdrowia zrobić, i że jest to – może tylko część z tego, a nie wszystko – punkt wyjścia do opracowania ustawy. Bo praktycznie rzecz biorąc, przed Ministerstwem Zdrowia i przed nami, jako parlamentem, stoi twarda konieczność, żeby w ciągu kilkunastu tygodni, ponieważ więcej czasu już nie mamy, uchwalić ustawę poprawiającą zasadnicze błędy, które popełniliśmy, przyjmując ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia, i jednocześnie czyniącą zadość wyrokowi trybunału.

Ja chcę konkretnie zapytać pana ministra. Co tak naprawdę – wyciągnąwszy wnioski z tego materiału przygotowanego przez ekspertów, lepszego, gorszego, różnie można go oceniać – musi być zawarte w tej ustawie?

Moim zdaniem niesłychanie istotne jest to, co powiedział pan minister na początku, że właściwie po raz pierwszy publicznie się przyznajemy, że nie jesteśmy w stanie za te pieniądze, którymi dysponuje państwo, zapewnić każdemu pacjentowi wszystkiego. Po prostu taka jest gorzka prawda. Wolelibyśmy, żeby tak nie było, ale tak jest. Mnie się wydaje, że w tej ustawie muszą być zawarte pewne warunki: co musimy zapewnić za te pieniądze, które mamy, co ewentualnie rozwiązujemy za pomocą kolejki, a co za pomocą dodatkowych dopłat, i jaka ma być forma tych dopłat, jeżeli będzie na nie zgoda.

I następna sprawa, którą pan minister omówił i która według mnie musi być zawarta w ustawie. Na jakiej podstawie Narodowy Fundusz Zdrowia... Bo zgadzam się, że nie można tego wszystkiego zacząć od nowa. Niech więc to będzie ten sam narodowy fundusz, tylko z większymi uprawnieniami w regionach, bo przecież nie zdążymy tego wszystkiego od nowa zbudować. Ale na jakiej zasadzie będą one zawierały kon-

trakty? Bo wydaje mi się, że to były główne błędy w ustawie o narodowym funduszu i to między innymi zarzucał trybunał.

I chcę jeszcze zadać niesłychane, powiedziałabym, wręcz dramatyczne, pytanie. Czy zdążymy? Bo według mnie tu jest pies pogrzebany. Naturalnie – już kończę – niektóre pomysły zawarte w tej ekspertyzie są słuszne, jak przypuszczam, i będą wymagały dalszego opracowania, szukania nowych kierunków i instytucji. Ale co konkretnie ma być teraz? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Proszę bardzo.

**Senator Wojciech Pawłowski:**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, z przyjemnością wysłuchałem pana wypowiedzi, bo ona była tak różna od tego, co napisano w tym zeszycie, że aż przyjemnie było pana słuchać.

Ja przeczytałem na początku nazwiska ekspertów – a jako że kiedyś, jak byłem troszkę młodszy, bardzo solidnie się kształciłem w Project Hope, u pana profesora Włodarczyka i jeszcze gdzie indziej, więc znam wiele nazwisk – i przerażenie mnie ogarnęło, jak zobaczyłem nazwisko na przykład byłego wiceministra Michała Kornatowskiego, który wprowadził te słynne umowy menedżerskie. Nie chcę mówić o innych nazwiskach, ale ci sami ludzie ciągle reformują, tylko nigdy nic dobrego nie udało im się zrobić. Ja zaś uważam, że system, który ma być stworzony, ma być systemem skutecznego leczenia i o dobrym odbiorze społecznym. Takie jest zadanie.

Tak się zastanawiam. Niedawno nam wmawiano, że w naszym systemie pieniądze się marnują. Jak one mogą się marnować, jeśli na jednego Polaka jest 200 euro, a na Niemca jest 2000 euro? 200 euro nie można marnować.

Mam jeszcze jedną uwagę, Panie Ministrze. Byłem w hotelu Holiday Inn na sympozjum organizowanym między innymi przez szefa ekspertów – niektórzy obecni tutaj też tam byli – i tam były towarzystwa ubezpieczeniowe, które nawet finansowały pewne rzeczy, jak sądzę. Przerażenie mnie ogarnęło, gdy usłyszałem, że będą dodatkowe ubezpieczenia, a dla tych biedniejszych, których nie będzie na nie stać, będą subwencje z budżetu państwa. Naprawdę wymyślić to mogła tylko osoba, której zależy na uszczupleniu budżetu państwa. Sądzę, że pan minister do tego nie dopuści.

I jeszcze nad jednym się zastanawiam. Dlaczego u nas ciągle obowiązuje ten stuletni system bismarckowski? Czy skandynawski nie jest lepszy, nie jest sprawiedliwszy? Dlaczego u nas tyle się mówi o korupcji, a zostawia się tę bismarckowską funkcję ordynatora, który jest czasem o wiele gorszy od swoich asystentów, bo w medycynie jest szalony postęp, ona idzie do przodu, więc asystenci, którzy niedawno zdali egzamin, są lepsi od ordynatora. No ale jest napis na drzwiach, że informacji udziela tylko ordynator. W systemie skandynawskim ordynatorem jest pielęgniarka z wyższym wykształceniem. I ona prowadzi sprawy administracyjne, a każdy lekarz odpowiada za siebie.

Uważam, że tutaj jest wiele spraw, które trzeba zmienić, ale powiem jeszcze tylko o jednej sprawie. Sądzę, że eksperci powinni się zająć także problemem refundacji leków, bo u nas leki są za drogie, są droższe niż w krajach je produkujących, a to doprowadza do tego, że pacjent wybiera najdroższy system leczenia. Nie wykupuje

leków, więc za trzy – cztery dni znajduje się w szpitalu i jest tam leczony w najdroższy sposób. Wiele można by było jeszcze powiedzieć.

Eksperci, którzy doradzają panu ministrowi, powinni się przede wszystkim zająć ustaleniem standardów leczenia wszystkich schorzeń oraz najmniejszych kosztów, bo jeżeli są standardy, można i koszty odpowiednio ustalić.

Pani Ministrze, wierzymy w pana ministra, bo jednak poznański sposób myślenia gwarantuje lepsze podejście niż poprzednio. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Proszę.

**Senator Janusz Bielawski:**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, pani przewodnicząca była na wstępie uprzejma określić po swoim treści tego stu pięćdziesięciodwustronicowego memoriału. Ja powiem krócej, to jest pseudonaukowy bełkot. Tak jest, Panie Ministrze.

A teraz wracając do grona ekspertów, o których już wspomniał pan senator Pawłowski, muszę powiedzieć, że w okresie, kiedy była formułowana ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w gronie ekspertów i organizatorów różnych sympozjów był również pan profesor Włodarczyk. Przyznam się, że byłem na takim sympozjum w Krakowie, gdzie zresztą nie dopuszczono mnie do głosu, bo i po co, wystąpi taki i znowu nazwie coś po imieniu. Uważam, że to grono ekspertów chyba nie najlepiej będzie panu doradzało, ponieważ już spieszyło ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która nawiasem mówiąc, mogła by być równie dobrze zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego jako niekonstytucyjna, czyli rozmiijająca się z prawem do opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli w Polsce.

To wszystko, co pan minister był uprzejmy powiedzieć na temat finansowania świadczeń dla nieubezpieczonych, jest piękne, ale w ten sposób jakby wrzuci się do funduszu również tych nieubezpieczonych, czyli wszystkich po kolei. No a skoro budżet będzie do tego dopłacał, to tylnymi drzwiami wrócimy do budżetowego finansowania opieki zdrowotnej.

Poza tym jest kwestia jakości świadczeń, i ona bardzo różnie wygląda. No a przecież, Panie Ministrze, nadzór specjalistyczny, wojewódzki i krajowy, praktycznie nie istnieje, przynajmniej ja tego nie odczuwam.

Wracając do tego memoriału, w jego części diagnostycznej jest parę rzeczy zapisanych bardzo sensownie, wbrew powszechnie przyjętym i stale powtarzanym opiniom. Chcę się tu odnieść do stwierdzenia, że wbrew często powtarzanym opiniom zasoby ludzkie i rzeczowy są w Polsce mniejsze niż w większości krajów Unii Europejskiej. Chodzi tu o liczbę lekarzy, pielęgniarek i innych kategorii personelu, liczbę łóżek szpitalnych spełniających standardy. Przy zastosowaniu bardziej rygorystycznych kryteriów te porównania byłyby jeszcze bardziej niekorzystne. Nie jest więc prawdą, że istnieją proste nadwyżki zasobów, których wyeliminowanie z systemu mogłoby dać wyraźne oszczędności dzięki zmniejszeniu bieżących zasobów przeznaczonych na ich utrzymanie.

I to jest to, co się dzieje, przynajmniej na Dolnym Śląsku. Jest stosowany na wszystkie możliwe sposoby eufemizm „restrukturyzacja”. Za czasów II Rzeczypospolitej mówiło się po prostu redukcja. Do czego prowadzi taka restrukturyzacja? Takim modeb-  
wym przykładem może być szpital w Dzierżoniowie. Ja z uporem powtarzam ten przy-  
kład. Samorząd powiatu dzierżoniowskiego zdecydował się na przejęcie długów szpitala. Szpital zrobił tak zwaną restrukturyzację, to znaczy, ponieważ tam były dwa szpitale, więc je skonsolidował, w efekcie zwolnił połowę personelu, zlikwidował połowę łóżek. No a wtedy fundusz obciął limit. I dalej szpital popada w zadłużenie. Ponieważ ja tę sprawę poruszałem na konferencji u marszałka województwa, zapytałem wprost, co ten szpital ma dalej robić. Ano – uzyskałem odpowiedź od pana wicemarszałka Moszczyńskiego – dalej się restrukturyzować. No więc, gdzie jest koniec tego absurdu?

Wracając jeszcze do tego memoriału, chcę się odnieść do dwóch rzeczy. Ja to sobie zaraz znajdę. Mianowicie jest tu na stronie 71 powiedziane: „świadczona ratująca życie (ale również z ograniczeniem odwołującym się do szans uzyskania sukcesu oraz jego kosztu, co oznacza rezygnację z hasła ratowania życia za wszelką cenę)”. Przepraszam bardzo, ale inaczej nazywa się to eutanazja.

Ja tu mam takie dwie ładne fotografie – proszę je podać panu ministrowi. Jest to przykład z 12 marca, kiedy na oddział do szpitala, którym do niedawna jeszcze kierowałem, przywieziono z ciężkiego wypadku w kopalni pod ziemię górnika ze zmiażdżoną jedną nogą, która się kwalifikowała wyłącznie do amputacji, co też zostało zrobione, ale żeby było weselej, to jeszcze miał złamane udo i oskalpowaną stopę, był też wykrwawiony, bo zanim go wyciągnęli z miejsca wypadku minęło sporo czasu.

I teraz tak. Zgodnie z tym, co tu zaleca ekspert, skoro przywieziony górnik nie miał pulsu – przepraszam najmocniej, ale ja bardzo lubię takie ostre porównania – można by od razu przyłożyć mu poduszkę do twarzy zamiast intubować i podawać tlen. Ja nie wiem, jak można pisać tego typu rzeczy.

Pragnę jeszcze się odnieść do powoływania agencji, o których pan minister był uprzejmy mówić tak bardzo ostrożnie. Jest tu Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych, której „działalność byłaby finansowana z budżetu. Jej dyrektor byłby powoływany przez premiera na wniosek ministra zdrowia na pięcioletnią kadencję. Odwołanie przed upływem kadencji było możliwe tylko w wyjątkowych sytuacjach”. No, przepraszam najmocniej, przecież to jest superministerstwo. Wśród zadań tej agencji byłaby „ocena procedur medycznych w celu ustalenia, które z nich charakteryzują się najlepszą efektywnością kliniczną i ekonomiczną, a które najgorszą” – pięknie – oraz „określenie czy interwencyjne procedury medyczne użyte w celu zdiagnozowania i leczenia są wystarczająco bezpieczne i efektywne klinicznie i kosztowo”. No, najlepiej by było zatrudnić tam liberalnych ekonomistów, prawda, wtedy wszystko by się bardzo ładnie rozwiązało, no i byłoby pięknie.

Wracam jeszcze do tego górnika. Po dziesięciu dniach walki o życie on zmarł, między innymi z powodu niewydolności nerek. Zużyto w tym przypadku trzydzieści jednostek krwi, czyli zrobiono ze dwie transfuzje wymienne, ponieważ on tracił krew. Wobec tego te wszystkie działania były nieefektywne. Ale ja przepraszam, przepraszam najmocniej, ja jestem lekarzem od pięćdziesięciu dwóch lat i mnie by nie było stać na zaniechanie ratowania tego życia, mimo że stało się na straconych pozycjach, albowiem w wielu wypadkach, które pamiętam z mojej praktyki, podejmowane czynności ratunkowe jednak dawały efekt. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Mam następne dwa zgłoszenia, pani senator Sadowska i pani senator Krzyżanowska. Proszę awizować, kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos. Pan senator Lubński. Pani Bożena Banachowicz, tak? Dobrze. Jeszcze ktoś? Czy na tym zakończymy tę serię?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Dobrze, dobrze. I pani Bożena Banachowicz.

Proszę bardzo, pani senator Sadowska.

**Senator Wiesława Sadowska:**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Koledzy senatorowie właściwie wyczerpali czy jak gdyby skonsumowali pytania, które zamierzałam zadać. W związku z tym odniosę się do ostatniej wątpliwości, jaką zaprezentował pan senator Bielawski. Otóż chodzi mi o te agencje, o te dwie instytucje, z których jedna miałyby się zajmować koszykiem usług medycznych, a druga – liczeniem kosztów procedur, jak zrozumiałam.

Czy pan minister nie obawia się powoływania takich nowych instytucji? Bo raz powołana do życia struktura ma to do siebie, że przeważnie nie daje się zlikwidować, nawet wtedy kiedy jej użyteczność jest już wątpliwa albo kiedy w ogóle nie ma wątpliwości, że powinna być zlikwidowana. Mój profesor Kieżun na studiach podawał kiedyś przykład właśnie takiej niedającej się zlikwidować struktury. Po pierwszej wojnie światowej powołano we Włoszech instytucję, potężny urząd, do opieki nad sierotami z pierwszej wojny światowej i ta instytucja funkcjonowała jeszcze kilkanaście lat temu, ale nie wiem, czy teraz też funkcjonuje. Więc tak to jest ze strukturami. Zatem, czy pan minister się nie obawia, że te nowe struktury powołane do życia będą się rozrastać i nie dadzą się zlikwidować, i że będą wysysać pieniądze z systemu? Dziękuję.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Pani senator Krzyżanowska powtórnie.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Ja mam nie tyle pytanie, ile uwagę ogólną, powiedziałabym, na temat emocji, które wywołuje język tego raportu czy tej ekspertyzy. Ja chcę powiedzieć, że my, w tym pani przewodnicząca, uczestniczymy w pracy zespołu parlamentarnego, który też ma opracować – no, trudno powiedzieć wytyczne – jakieś ogólne kierunki zmian, które musimy umieścić w ustawie. I wnioski, które dotychczas zebrał ten zespół, niezależnie od tego, z jakiego klubu poselskiego czy ugrupowania politycznego pochodzą, rzeczywiście są sformułowane może mniej kwiecistym językiem, ale również są ogólne. My się nie spodziewajmy, że jakikolwiek zespół ekspertów wszystko za nas zaktwi. To jest robota rządu i parlamentu. I myślę, że samo krytykowanie języka czy użytych tutaj przez specjalistów sformułowań nie posuwa sprawę do przodu. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Pan senator Lubiński, proszę bardzo.

**Senator Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo.

Ja mam dwie uwagi i postaram się skrócić swoją wypowiedź. Pierwsza uwaga dotyczy gospodarki lekami. Muszę powiedzieć, że ten problem został dostrzeżony i ujęty w tym opracowaniu, tyle że w bardzo krótkiej formie, w postaci jednego punktu. To mnie bardzo niepokoi, chociaż podzielałam uwagi, które są tutaj zapisane. Jeżeli jednak chcemy reformować jakikolwiek system w jakikolwiek sposób, to pierwszą rzeczą, którą trzeba zrobić, jest zatkanie dziur w systemie, przez które wycieka największa ilość środków. A nie od dziś wiadomo, że taką czarną dziurą jest właśnie gospodarka lekami.

Jest tutaj takie sformułowanie, od którego zaczyna się ten punkt: „W przyszłości, po wdrożeniu systemu informacji”. Tymczasem potrzeba jest taka, żeby kontrola gospodarowania lekami, kontrola ordynacji leków, receptariusze powinny być jak najszybciej wdrożone. Już teraz są takie możliwości i one są wykorzystywane przez płatnika do określania lekarzy czy, powiedzmy, tych miejsc, gdzie następują nieprawidłowości. Tylko gorzej jest z ewentualnym ponoszeniem konsekwencji, no bo takowe nie są zapisane w prawie. Tak więc ta sprawa na pewno wymaga rozbudowania i ona powinna być szybko załatwiona, a przynajmniej powinna być podjęta zdecydowana walka z tym zjawiskiem.

Poza tym co do pierwszej wypowiedzi pani senator Krzyżanowskiej. To jest sprawa czasu, czas ucieka. Dobrze, że dyskusje się toczą i niech one się toczą nadal, ale tak na dobrą sprawę właściwie nie ma na nie czasu. Tak więc to, co powiedział pan minister, bardzo mnie ucieszyło. Jednak jest zespół, który już pisze projekt ustawy, i siłą rzeczy muszą w nim być białe plamy, i choć trzeba je będzie uzupełnić, to jednak on musi być. Bardzo za to dziękuję, ponieważ moment, kiedy konkretny projekt ustawy ujrzy światło dzienne, powinien nastąpić jak najszybciej, żebyśmy mogli nad nim pracować, bo właściwie już nie ma czasu. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

Naszym dobrym prawem jest wręcz poniewieranie wszelkim dorobkiem po to, żeby w trakcie tego ścierania się poglądów, choćby nawet na temat języka dokumentów... Przecież bardzo obcy naszej kulturze jest taki język techniczny, typowy dla sfery produkcyjnej. Jest to bariera nie do przekroczenia dla takich osób jak pan profesor Bielawski, który przez pięćdziesiąt dwa lata ratował ludzkie życie za wszelką cenę. Tak więc, Pani Senator, proszę nie odmawiać nam prawa do krytyki również języka. Tym bardziej że jest to Zespół do spraw Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, czyli zespół umocowany, istniejący, którego wskazania będą lub nie będą poddane naszym decyzjom politycznym. To prawda, że my jesteśmy, że tak powiem, na końcu. Ale jeżeli przyjmujemy złe założenia i złe rozwiązania, jeżeli nie będziemy o tym rozmawiać, tylko pozostawimy je ekspertom, by rozważali je w ciszy swoich gabinetów, no to będziemy mieli taką ustawę, jakich już tutaj kilka było.

Proszę bardzo.

**Senator Mirosław Lubiński:**

Przepraszam, Pani Przewodnicząca, jeżeli pani pozwoli, to mam do pana ministra jeszcze jedno pytanie, które wynika z tego, o czym mówiłem. Chodzi o leki. Czy dalej będzie taka sytuacja – bo to chyba nie zostało poddane surowej ocenie Trybunału Konstytucyjnego, nie odniesiono się do tego, niemniej jest do tego sporo zastrzeżeń – że świadczeniodawcy będą otrzymywać środki finansowe raz w miesiącu, a apteki co dwa tygodnie? To jest właściwie pytanie natury konstytucyjnej, bo chodzi o to, czy wszyscy będą traktowani jednakowo. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Pani Bożena Banachowicz z Forum Związków Zawodowych, proszę bardzo.

**Członek Zarządu Głównego Forum Związków Zawodowych  
Bożena Banachowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bożena Banachowicz, Forum Związków Zawodowych.

Panie Senator i Panowie Senatorowie! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja chcę powiedzieć, że strona społeczna nie otrzymała, to znaczy nie zapoznana jest jeszcze do tej pory z dokumentem eksperckim i na ten temat nie mogę się wypowiadać, bo go nie znam. Troszeczkę strachem powiało to, co pani senator Sienkiewicz na ten temat już zdążyła tu na tej sali powiedzieć.

Niemniej jednak chcę zapytać pana ministra, czy ta grupa ekspercka to są osoby, które naprawdę stąpają po ziemi, to znaczy po naszych zakładach opieki zdrowotnej, i czy widzą to, co obecnie przeżywają te zakłady? Czy wiedzą o ich brakach finansowych? Zapewne wiedzą. Ale czy zastanawiali się, co ewentualnie zrobić z zadłużeniem, jakie mają dziś zakłady opieki zdrowotnej. Bo niestety nie będzie żadnego nowego programu eksperckiego dopóki to, co obecnie jest złe, nie zostanie wyeliminowane względnie nie będzie miało pokrycia finansowego. To jest jedna sprawa.

I druga sprawa. Panie Ministrze, zakładacie państwo, że powołacie w Ministerstwie Zdrowia nowe agendy do spraw wyceny finansowania procedur medycznych. Czy tak naprawdę musi być? Ja panu ministrowi powiem, że porządna pielęgniarka oddziałowa i ordynator znają już teraz cenę wszystkich świadczeń i procedur medycznych, bo liczą to codziennie. Więc tak naprawdę tylko w tym kierunku trzeba pójść, żeby wiedzieć, co ile kosztuje i jakie procedury są odpłatne, a w jakiej wysokości są one opłacane przez dany szpital. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

*(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Już można?)*

Tak, tak. Nie chciałam panu przeszkadzać, bo pan notował.

**Minister Zdrowia Leszek Sikorski:**

Dziękuję bardzo.



Proszę państwa, odnośnie do kilku rzeczy proszę, żebyście państwo przyjęli moje szczegółowe wyjaśnienia, tak jak ja to odbieram, zaś pewne kwestie pozostawię otwarte, do dopracowania i doprecyzowania przez ekspertów. Może postaram się odpowiadać w kolejności, choć niektóre z państwa pytań się zająbiają.

Zacznę od pani przewodniczącej. Określenie „moralny hazard” funkcjonuje w literaturze dotyczącej zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ja postaram się poprosić moich współpracowników o zrobienie wyciągu z publikacji dotyczących tego, co określa się tym terminem. Jest to bardzo szerokie, pojemne pojęcie, które dotyczy zarówno pacjentów, jak i środowiska służby zdrowia. Mogę powiedzieć – proszę się nie obrazić, Panie Senatorze – że pewnym elementem tego, co się nazywa moralnym hazardem, było między innymi to, co pan senator tutaj prezentował, pokazując to zdjęcie i opisując tego rodzaju sytuację. To nie jest żaden wymysł, tylko obowiązująca, choć może dla niektórych nieakceptowalna, nazwa zjawiska, które ma swoje podłoże i swoje korzenie.

Co do infolinii, oczywiście jesteśmy świadkami tego, że media kształtują popyt na usługi zdrowotne. Kształtują je każdego dnia, tworząc rankingi najlepszych placówek wykonujących określone zabiegi operacyjne i nagradzając te placówki takimi czy innymi nagrodami i certyfikatami.

Opinia publiczna, czyli pacjenci, jest również w jakiś sposób namawiana do korzystania z pewnego rodzaju świadczeń. No bo czymże innym jest informowanie o tym, że w takiej czy innej placówce jest kolejka do badania, kolejka do diagnozy albo do leczenia. To jest przecież wskazywanie podmiotu, do którego można się zwrócić, albo podmiotu, do którego nie warto się zwracać, dlatego że tam się będzie długo czekało.

Przedstawiona koncepcja infolinii jest to jeden z tych elementów opracowania eksperckiego, które wskazują na pewne konieczne zjawiska. Chodzi o jasne i czytelne przedstawienie pacjentom jego praw i możliwości oraz o odejście od częstego przekazywania tego typu informacji na zasadzie, przepraszam, jedna pani drugiej pani... Tak przekazywane informacje nie oddają faktycznych możliwości danej placówki ani umiejętności jej zespołu lekarskiego. Końcowa informacja, niczym w zabawie w głuchy telefon, jest mocno zniekształcona. Oczywiście od sposobu umocowania ludzi w takiej infolinii i od ich kultury będzie zależało, czy będą tam podawane jasne i czytelne informacje, czy też będzie to lobbing.

Co do świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych, oczywiście można toczył semantyczne spory o to, że może rozsądniej byłoby nazwać świadczenia gwarantowane na przykład świadczeniami uzupełniającymi lub świadczeniami dodatkowymi albo świadczeniami ponadstandardowymi itd., itd. Eksperci uznali, opierając się na tłumaczeniu pewnych pojęć, że mają to być świadczenia rekomendowane. Jeśliby nawet przyjąć ten język, który sugeruje pani senator, to rekomendacja kogoś dane stanowisko nie oznacza jednoznacznego wskazania tej osoby czy konieczności jej wybrania. Ale sens tego jest taki, jak mówię. Jesteśmy przekonani, że musimy sklasyfikować świadczenia na te, które są gwarantowane, które są niezbędne, których relacja skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej – bo o tym trzeba pamiętać – jest najwyższa, i na te, które są rekomendowane, bo mają równie wysoką czy nawet nieco wyższą skuteczność kliniczną, ale zdecydowanie mniej korzystne efekty kosztowe. I stąd właśnie takie pojęcie.

Co do pytania dotyczącego pani minister Kralkowskiej, będzie sprostowanie tej informacji, która była w gazecie. To sprostowanie musi polegać na tym, że pani minister

Kralkowska została przeze mnie desygnowana do prac w zespole międzyresortowym jako osoba, która w resorcie zdrowia koordynowała pracę tych wszystkich, którzy brali udział w przygotowywaniu materiałów dla zespołu międzyresortowego. Jeśli więc chodzi o tę część informacji, to owszem ona przygotowywała ten materiał. Ja nie ze wszystkimi jego tezami się zgadzałem. Jak się nie zgadzam, to zgłaszam to. Ale stało się tak, że przygotowywanie tego materiału dla zespołu międzyresortowego odbywało się pod moją nieobecność, ponieważ w tym czasie spotykałem się z konsultantami krajowymi na targach SANMED i było to spotkanie, którego nie mogłem w żaden sposób odwołać, zresztą ono pozostawało w ścisłym związku z dyskusją na temat obecnych prac. Jednak w momencie, w którym uznałem, że te rozwiązania nie są zgodne z moim podejściem, w normalny sposób przystąpiliśmy ponownie do pracy, bo tak czy inaczej to ja tę pracę koordynuję i tak czy inaczej odpowiedzialność za to, co się dzieje, jest moją odpowiedzialnością. Krótko mówiąc, zamierzam osobiście koordynować tę pracę i przedstawiać jej wyniki.

Ale jakby wając wszystkie oceny dosyć krytycznie, wydaje mi się, nie zamierzam w żaden sposób powodować dodatkowych komplikacji na wstępie budowania pewnego konsensusu politycznego w zakresie proponowanych zmian. Chociaż myślę, że rozumiem niuanse tego wszystkiego. Być może często na tym tracę politycznie, tracę też zdrowie, ale nie to jest w tym momencie istotne. Ważniejszą kwestią jest to, żeby skutecznie doprowadzić do konsensusu w sprawach najistotniejszych, bo czasu, tak jak państwo powiedzieli, rzeczywiście nie ma.

Chcę powiedzieć, że te prace są prowadzone bardzo intensywnie, ale pośpiech jest złym doradcą, zwłaszcza pośpiech w pracach, które mają zaważyć nad kształtem przyszłych rozwiązań. Tak naprawdę sprowadza się to do tego, czy będzie to tydzień wcześniej, czy tydzień później, przy tak zarysowanym przedziale czasu przeznaczonym na pracę w parlamencie i na konsultacje. Uważam więc, że lepiej jest dostać trochę po głowie i wysłuchać uwag, że nie ma czasu i że trzeba skończyć dyskusję i przystąpić do pracy, ale jednak oprzeć tę pracę na założeniach i zasadach, których nikt nie będzie kwestionował. To jest niestety, powiem z bólem, cecha wszystkich naszych projektów, a miałem okazję pracować też w innych miejscach, że my bardzo szybko się zapalamy, podejmujemy decyzję i już mamy gotowy projekt, tylko jak przychodzi do jego realizacji, to okazuje się, że trzeba w trakcie prac dokonywać bardzo istotnych zmian i korekt, bo jedno do drugiego nie pasuje. A ja wołę mieć nieco dłuższą – choć jak państwo widzą, i tak bardzo krótką – fazę przygotowawczą, a później spokojniejszą realizację. Oczywiście akurat ta realizacja wcale nie będzie spokojna, a dyskusja na ten temat będzie się ciągnęła jeszcze bardzo długo.

Co do tego, czy zdążymy, to odpowiadam, Pani Senator, że zdążymy, jeśli nie będziemy blokowali pewnych rozwiązań i nie będziemy udawali, że można to rozwiązać inaczej, i nie będziemy opacznie odczytywali intencji. Ja tę tezę uzasadnię w dalszej części mojej wypowiedzi.

Jeśli chodzi o ekspertów, to proszę zwrócić uwagę, że jest to grono dwunastu osób powołanych przeze mnie. To jest tak, proszę państwa, jakbyście powiedzieli, że nie pójdziecie się leczyć do danego szpitala, bo przecież kiedyś chorowaliście i już was tam leczono, raz lepiej, drugi raz gorzej, ale tak naprawdę ci lekarze nigdy państwa nie wyleczą. No ale nie ma innych, i to nie tylko w najbliższej okolicy. To grono osób, które tutaj jest – powiem to z całą odpowiedzialnością – zajmuje się profesjonalnie tymi sprawami. To nie są ludzie, którzy mają jednakowe poglądy na wszystko. To nie są

ludzie, którzy mogą się podpisać jakby jedną ręką pod wszystkimi pomysłami. Oni coś budują i na pewno potrafią wykrzesać z siebie, bazując na swoich doświadczeniach, pewien element, który nam jest potrzebny – pewien element kompromisu. Bo są to osoby, które były konsultantami czy doradcami przy poprzednich ustawach, tak jak powiedział pan senator, i to zarówno przy tych ostatnich, jak i przy tych wcześniejszych. Są to osoby, które potrafią krytycznie podejść do tego, co same zaproponowały, i wyciągnąć z tego wnioski. Jest tu miejsce i dla ekonomisty, i dla prawnika, i dla etyka, i dla księgowego, i dla rewidenta pracującego jednocześnie na dole, że tak się wyrażę, prowadzącego kontrolę finansów szpitala i budującego system ich naprawy. Jest tu również miejsce dla byłego wiceministra, który tworzył pewne koncepcje i miał szansę w dobrym i złym tego słowa znaczeniu skonsumować ich efekty. Jest tu miejsce dla praktyków pracujących na co dzień w szpitalu i dobierających wszystkie słabe i mocne strony funkcjonowania tego szpitala. Jest tu też miejsce dla organizatorów, dla ludzi, którzy pełnią do dzisiaj funkcje administracyjne w życiu publicznym i którzy potrafią zważyć to, co jest być może pociągające i idealne, ale nie zawsze możliwe do wykonania. I oczywiście są też osoby, które zostały poproszone przez tych ekspertów jako ich konsultanci i doradcy. Jednym z nich jest akurat pan doktor Kornatowski. Ale są tu też inne nazwiska ludzi z bardzo różnych opcji politycznych. Jeżeli tak na to spojrzeć, to mam wrażenie, że jest to pewna mozaika poglądów, które są prezentowane na arenie Sejmu czy Senatu.

Co do diagnozy, to, jak sądzę, jest ona jedną z wartości, do których chciałbym państwa przekonać – szczególnie zwracam się tu do pani przewodniczącej. Zresztą sam pan senator podkreślił, że zgadza się z elementami tej diagnozy. Eksperti nie mówią w niej, że mamy za dużo lekarzy, że mamy za dużo pielęgniarek, że trzeba likwidować łóżka szpitalne itd., itd. Ta diagnoza jest obiektywna. Dlatego myślę, że pan senator wycofa się z tak ostrego sformułowania, że jest to pseudonaukowy bełkot. Ja rozumiem, że inny jest język w polityce. Ale tu jest używany język pewnej profesji. I ja poczuwam się do obowiązku, ponieważ jestem przekonany o autorytecie naukowym, i nie tylko, tych osób, przeciwstawienia się takiemu sformułowaniu.

Teraz kwestia dotycząca refundacji leków, która się pojawiła w wypowiedzi zarówno pana senatora Pawłowskiego, jak i pana senatora Lubńskiego. Ja chcę powiedzieć, że zespół jakby specjalnie nie poświęcał większej uwagi tym zagadnieniom z tej przyczyny, że był dokładnie poinformowany o stanie zaawansowania prac nad dokumentem „Polityka lekowa państwa”. Ten dokument został przyjęty na wtorkowym posiedzeniu rządu. Tak więc tym, czym resort zdrowia będzie się kierował i co będzie realizowane, są wnioski wynikające z tego opracowania. My mamy ten dokument i będziemy konsekwentnie realizować tę politykę lekową, która między innymi poprzez czytelne, konsekwentne zasady wprowadzania leków generycznych, czyli tańszych odpowiedników leków opatentowanych, ale skutecznych i bezpiecznych, ma doprowadzić do zmniejszenia wydatków na refundację, które obecnie sięgają kwoty ponad 6 miliardów zł, podczas gdy narodowy fundusz dysponuje nieco ponad 30 miliardami zł. I chcę państwa poinformować, że z analiz i ekspertyz, które mamy, dotyczących kosztów, wynika, że następuje wyraźne zmniejszenie wydatków z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków.

Ale ta polityka, proszę państwa, również kosztuje, a jej ceną jest olbrzymia krytyka w mediach, dlatego że naiwnością byłoby sądzić, że tego rodzaju decyzje wy-

chodzą naprzeciw interesom wszystkich. Odwołuję się tu tylko do niektórych dyskusji na ten temat i do lobbingów. Jeśli mieli państwo okazję oglądać wczoraj audycję w telewizji „Polsat”, to mogli państwo zobaczyć przykład takiego właśnie lobbingu przed podjęciem decyzji o wprowadzeniu leku generycznego na listę leków refundowanych stosowanych w chorobie Alzheimera. Proszę więc zrozumieć, że ta polityka musi być bardzo wyważona i wprowadzana etapowo, bo każdy gwałtowny ruch wywołuje tu bardzo ostre sprzeciwy i po prostu lobbing. Niemniej zapewniam państwa, że ona jest realizowana i będzie realizowana, a dokument w tym zakresie, jak powiedziałem, jest już przyjęty.

Co do jakości świadczeń, to już mówiłem, że ona musi być wielopoziomowa. I tu jest bardzo jasno zarysowane, o jakiej kontroli jakości wewnątrz instytucji i o jakiej kontroli jakości zewnętrznej mówimy. To jest przecież nic innego, jak konsumowanie wieloletniej tradycji akademickiej połączonej z nowoczesną teorią i praktyką zarządzania i powoływaniem instytucji, które muszą w pewnych sytuacjach wkraczać i w imieniu nas wszystkich, jako obywatele, certyfikować w sposób obiektywny i niebudzący wątpliwości. Więc kiedy pani senator mówi o agencji i o obawach związanych z jej powołaniem, że później nie da się jej zlikwidować, to oczywiście aż się boję. Ale czy mogę sobie pozwolić na dowcip, Pani Senator?

(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: Może pan.)

To jest tak, Pani Senator, jakby powiedzieć, że raz powołany Senat nie da się już zlikwidować, czego życzę. Ale koncepcja powołania tej agencji – i proszę to zrozumieć, bo przecież można znaleźć argumenty przeciwne, prawda, i zawsze znajdzie się ktoś, kto je będzie miał – to nie jest koncepcja powołania instytucji, która później będzie bezużyteczna. Bardzo jasno wskazujemy, że metodologia tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych to nie jest jednorazowy akt wpisania czegoś tam do ustawy czy do rozporządzenia, tylko to jest akt weryfikowania na podstawie dwu elementów: oceny skuteczności technologii medycznych i bezpieczeństwa technologii medycznych, czyli tego, co się w skrócie nazywa raportem HTA i *evidence based medicine*, medycyny opartej na faktach, gdzie w dużych opracowaniach określa się, czy dane świadczenie jest efektywne klinicznie i kosztowo i do jakiej grupy się je zalicza.

To są teoria i praktyka, które zostały wprowadzone w latach siedemdziesiątych i nie potrzeba tu wyważać otwartych drzwi, tylko trzeba realizować pewne standardy. Ta instytucja ma funkcjonować w sposób ciągły i ona nigdy nie zaprzestanie swojej działalności, dlatego że rozwój technologii medycznych nie ma końca, a pewne elementy kosztowe trzeba ciągle analizować.

Ale to nie ma być instytucja całkiem nowa. Może to umknęło państwa uwadze, więc chcę to wyraźnie pokazać, że najpierw chcemy ją budować w ramach istniejącej struktury, wykorzystując obecny budżet, ludzi pracujących w administracji i jakby koszty z tym związane. Potem jednak ona musi się oddzielić, bo musi mieć niezależną pozycję, ponieważ budowanie obiektywnego systemu polega na tym, że nie skupia się tego w jednym ręku, bo w takim przypadku, proszę państwa, wprowadzilibyśmy królestwo, gdzie wszystkie kompetencje są w rękach króla. Ktoś mógłby powiedzieć, że możemy tak zrobić: dać ministrowi zdrowia wszystkie kompetencje, pieniądze, decyzje, odwołania, bo wtedy byłby porządek. Ale to jest iluzja. Trzeba budować systemy, które wzajemnie się kontrolują i uzupełniają, ale ustawowo, zatem to państwo określa kompetencje tej instytucji.

Nie chodzi o stworzenie superministerstwa, tylko o zbudowanie instytucji, która dzięki poczuciu autonomii będzie miała zagwarantowaną możliwość tworzenia niezależnych ekspertyz. To jest warunek powodzenia tego przedsięwzięcia. Ludzie, którzy będą robić te ekspertyzy, nie będą urzędnikami, tylko ekspertami pełniącymi funkcje merytoryczne, naukowe i kliniczne. A więc chcę tak pana profesora jak i wszystkie panie oraz panów zapewnić, że to właśnie państwo będziecie tymi, którzy będą dostarczali materiału i argumentów do tego, żeby te ekspertyzy przyjmować lub odrzucać.

Na koniec może kwestia standardów i tego sformułowania „ratowanie życia za wszelką cenę”. Rozumiejąc odczucia i wrażenia pana profesora, znowu chcę powiedzieć, że poglądy na ten temat proszę argumentować, nie pokazując na przykład ciężkiego urazu kończyny dolnej, co się skończyło tak, jak się skończyło, bo w takich przypadkach podejmowanie działań ratujących życie jest zupełnie normalne, oczywiste i nikt nie będzie się wstrzymywał przed tego rodzaju działaniami. No ale gdyby ten nieszczęśliwy pacjent miał amputowaną głowę, to nikomu z personelu medycznego nie przyszłoby do głowy, żeby przystępować do przyszywania tej głowy za wszelką cenę. To jest oczywiście skrajny przykład, ale jest cały szereg innych sytuacji, kiedy takiego wyboru trzeba dokonywać. Przecież reanimowanie i ratowanie osoby z chorobą nowotworową i rozwiniętymi przerzutami, która wcześniej nie wyrażała zgody na to, żeby prowadzić uporczywe zabiegi ratujące życie, nie jest działaniem, jakie można by zaliczyć do eutanazji. To jest normalne, akceptowane przez wszystkie środowiska, o różnych poglądach, działanie zgodne ze sztuką medyczną i z sumieniem. My mamy przecież do czynienia z sytuacjami, kiedy nie potrafimy dokonać właściwego wyboru.

Jeżeli tu mówimy o pewnego rodzaju rekomendowanych i świadczenia gwarantowanych, ja tu się starałem podać bardzo miękko na przykładzie leków, bo to już funkcjonuje, jesteśmy do tego przyzwyczajeni. Ale przecież na przestrzeni ostatniego roku czy dwóch lat pojawiły się takie technologie medyczne – i one są stosowane w obecnej technice medycznej – co do których można mieć wątpliwości, czy należy je od razu wprowadzać jako procedury gwarantowane. Weźmy przykład stentowania w przypadku choroby wieńcowej, które stało się świadczeniem gwarantowanym i jest realizowana koronaroplastyka z zastosowaniem stentów, nazwijmy je, klasycznych. Daje to określone efekty kliniczne i ma swój określony efekt kosztowy. Możemy to robić i robimy to. W związku z tym śmiertelność szpitalna w sytuacjach ostrych zespołów wieńcowych zmalała z 9,5 do 3%, a w niektórych ośrodkach spadła nawet poniżej 3%. Ale na dzisiejszym etapie stentowanie stentami powlekanymi środkami farmakologicznymi, zapewniającymi mniejsze prawdopodobieństwo tworzenia się skrzepin i co za tym idzie zapobiegającymi ponownemu niedokrwieniu, ze względu na znacznie większe koszty może być tylko świadczeniem rekomendowanym.

Jeśli rozważać to w takich kategoriach, jak pan profesor, to powinniśmy odstąpić od stentów klasycznych i wszystkim proponować stenty wyższej generacji, a to jest po prostu niemożliwe. Zatem w moim przekonaniu zarówno z powodów etycznych, jak i z powodów uzyskiwania efektów w zdrowieniu w pojedynczych przypadkach oraz w całych populacjach jest właśnie stworzenie podziału świadczeń na gwarantowane i rekomendowane, żebyśmy jasno wiedzieli, co możemy zaproponować pacjentowi. A proponować powinniśmy właśnie takie świadczenia i w takiej liczbie, żeby uratować jak najwięcej pacjentów i dać im szansę na powrót do zdrowia. Ale nie będziemy w stanie tego zrobić, jeżeli będziemy próbowali inaczej to formułować, bo to będzie

oznaczało, że nie potrafimy uczciwie postawić sprawy i że chcemy to zrobić, ale nie mamy do tego odpowiednich instrumentów i nie umiemy do tego przekonać wątpliwych. I tylko w tym kontekście chciałem państwu powiedzieć o tych wątpliwościach.

Jeszcze na koniec chcę się wytłumaczyć przed panią przewodniczącą. Eksperci – ze względu na zauważone i przez państwa, i przez nas, i przez nich samych różne konieczne poprawki, które trzeba wnieść do sporządzonego dokumentu, na przykład poprawić pewne lapsusy, no bo gdzieś tam wypadło jedno czy dwa zdania – poprosili o trochę czasu, żeby to przepisać. Ponadto jest już na ukończeniu również streszczenie tej strategii, jakby jej przełożenie na dokument łatwiejszy w odbiorze, dwudziesto- czy dwudziestodwustronicowy, bardziej uporządkowany. Jak tylko dostanę oba te dokumenty, i ten poprawiony, i ten streszczony, to oczywiście drogą mailową albo jakkolwiek inną przedstawię je wszystkim państwu, którzy będą nimi zainteresowani.

### **Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy chcą państwo jeszcze pytać pana ministra? Pan senator profesor Bielawski? Już nie.

Ja jednak chcę jeszcze wykorzystać pana obecność, jak również obecność mocno zaniepokojonych dyrektorów szpitali różnego szczebla. Otóż, proszę powiedzieć, Panie Ministrze, czy ma pan wizję tego, co się stanie po 30 czerwca, kiedy związek powiatów rzeczywiście zamknie szpitale powiatowe? Brutalnie to określiłam, mówiąc: zamknie. W każdym razie chodzi mi o to, że spełni swoją groźbę.

### **Minister Zdrowia Leszek Sikorski:**

Ja sam jestem z pochodzenia samorządowcem, jak państwo wiedzą, i jeszcze ciągle piastuję tę funkcję, bo prawo na to pozwala, a ja sobie bardzo cenię, że zostałem wybrany jako radny sejmiku wojewódzkiego. Dlatego jest mi bardzo przykro, że kole-dzy samorządowcy z powiatów wysyłają takie sygnały i prezentują takie stanowisko. Na szczęście, jak wynika z mojego oglądu, nie jest to stanowisko wszystkich powiatów i wszystkich konwentów. Ja jestem przekonany, że pokazując, jaki jest obecnie mecha-nizm współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i jakie są finanse, uda się ich przekonać i odwieść od tego pomysłu.

Ja spotkałem się ze szczególnie chłodnym przyjęciem na tym spotkaniu, bo nie omieszkałem zwrócić uwagi na to, że sam fakt, iż to sformułowanie zostało zapisane jako tak zwane porozumienie wieluńskie, w jednoznaczny sposób nawiązuje do porozumienia zielonogórskiego i wykazałem zasadniczą różnicę pomiędzy nimi. Porozu-mienie zielonogórskie skupia osoby prywatne, świadczeniodawców, lekarzy rodzin-nych czy ich przedstawicieli, więc jest ono czymś innym niż porozumienie przedstawi-cieli władzy publicznej, jakimi są starostowie. Oczywiście to, że ośmieliłem się przy-pomnieć tę zasadniczą różnicę, spotkało się z krytyką, którą ja przyjmuję, ale nadal podtrzymuję swoje zdanie, że to jest zasadnicza różnica.

Ja oczywiście mam pełną świadomość wszystkich kłopotów, ale powiem to, co mówiłem starostom i co mówiłem nieraz z trybuny sejmowej w odpowiedzi na interpelacje poselskie, chociażby ostatnio. Że mimo wszystko trzeba zachować pewien umiar w ocenie obecnej sytuacji i w ocenie tych szpitali, które, jak powie-

dział jeden ze starostów, zamieniają się w umieralnie. A mówił to starosta szpitala w Wieluniu, który mówiąc to, rozłożył na stołach folder informujący o szpitalu wieluńskim, którego – zapewniam państwa – nie powstydziliby się niejeden powiat, niejeden okręg czy nawet land u naszych sąsiadów. Tak więc mówimy o tej trudnej sytuacji, a przecież stoimy też w obliczu takich spraw, jak otwieranie każdego prawie miesiąca i na pewno w wielu miejscach w kraju nowych wyremontowanych oddziałów, nowych pracowni i pojawiania się nowych możliwości terapeutycznych.

Ja zamierzam doprowadzić do rozwiązania tej sytuacji poprzez pokazanie, jakie elementy z tego pakietu, który niepokoi starostów, można usunąć, nawet jeśli one się wiążą z finansami, i jakie są warunki brzegowe poprawy finansów. Oczywiście powrót do poziomu finansowania z pierwszej połowy 2002 r. jest niemożliwy, bo wszyscy państwo wiedzą, ponieważ jest to powtarzane do znudzenia, że był to rok wyjątkowy. Była wtedy trzynasta składka ze względu na inny sposób liczenia i była nadwyżka środków zaoszczędzonych w 2001 r. przez kasy chorych, co zasiliło system w pierwszej połowie 2002 r. do takiego poziomu, że później nie zrekompensował tego nawet wzrost składki o 0,25%.

Obecnie my wspólnie ze szpitalami powiatowymi musimy tylko wyśrodkować, jak zapewnić tę 1/12 finansowania, ale tak, żeby jednocześnie było sprawiedliwie, żeby nie było tak, że ktoś dostaje 1/12, a w gruncie rzeczy robi 3/4 tego, co powinien zrobić, a drugi dostaje też 1/12, mimo że robi o 10–20% więcej. Tu powstanie konflikt interesów. Ale uważam, że nie rozwiążemy go w żaden inny sposób, jak tylko poprzez ocenienie, kto w tym momencie ma rację, i wykazanie tej racji albo poprzez pokazanie, jak różne racje pogodzić. Rezygnacja do niczego dobrego nie doprowadzi. No bo jaki będzie efekt? Bezumowne wykonywanie świadczeń.

Padła taka propozycja – już kończę – że można by wypowiedzieć kontrakty po to, żeby je spisać na nowo. Ale czy jest sens robić to w momencie, kiedy będziemy już zaawansowani w pracach nad nowym projektem ustawy? Czy jest celowe wzbudzenie dodatkowego niepokoju, przede wszystkim wśród pacjentów? Moim zdaniem nie i będę pracował nad tym, żeby przekonać o tym naszych partnerów.

### **Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

A czy pan minister już zaakceptował zmieniony plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia?

### **Minister Zdrowia Leszek Sikorski:**

Ja wniosek o zmianę planu wystosowałem już bardzo dawno temu.

*(Głos z sali: Kiedy?)*

1 marca. Ale prace nad tym projektem są prowadzone w Ministerstwie Finansów.

*(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: Dziękuję...)*

Ja przepraszam, ale już od dziesięciu minut powinienem być u pana premiera Hausnera, właśnie z ekspertami, więc gdybyście państwo, a przede wszystkim pani przewodnicząca, mnie zwolnili...

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze. Za sprawą tych wszystkich słów, które tutaj padły, będzie lżej potem podczas prac nad ustawą. Nadal ma pan całą naszą sympatię, pełny kredyt zaufania.

*(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Dziękuję bardzo.)*

*(Rozmowy na sali)*

O godzinie 14.30 będzie dalszy ciąg posiedzenia komisji, niestety nie możemy zacząć wcześniej ze względu na zaproszonych gości.

*(Przerwa w obradach)*

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Komisja zawsze posiada swoje kworum, aczkolwiek czasami jest ono trochę zajęte. Niemniej jednak ja to przeczekam, a co najwyżej mogę mówić głośniej.

Możemy więc przystąpić do czwartego punktu porządku posiedzenia, czyli do rozpatrzenia ustawy o zmianie ustawy o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców. Jest to nowelizacja niewielka, aczkolwiek niezwykle ważna.

Pan minister Pater poinformował mnie o tym, iż ministerstwo gospodarki nie będzie reprezentowane, tylko Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jako że jest zainteresowany tą sprawą, a także Ministerstwo Finansów. Taka reprezentacja jest na sali. Jest również pan poseł sprawozdawca, co niezwykle cieszy. Może pan poseł sprawozdawca zechce wyręczyć administrację rządową i powie, czego dotyczą te zmiany, tak syntetycznie, bo przecież senatorowie też uczestniczyli w pracach nad poprzednimi zmianami, a więc je znają.

Dziękuję bardzo, że pan zechciał przyjść. Proszę bardzo.

**Posel Stanisław Janas:**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Witam państwa.

Oczywiście intencją nowelizacji tej ustawy było umożliwienie ogromnej liczbie przedsiębiorstw spłaty należności, szczególnie wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, należności, które nie podlegają restrukturyzacji z mocy tej ustawy. Otóż okazało się, że na koniec lutego 2004 r. spośród czterdziestu siedmiu tysięcy przedsiębiorstw, które jakby przystąpiły do realizacji tej ustawy, tylko 25%, czyli około dwunastu tysięcy, mogło na niej skorzystać. Oznacza to, że ponad trzydzieści tysięcy przedsiębiorstw miało problemy z uzbieraniem środków na spłatę ZUS, bo to było największe ich zadłużenie. Dlatego też postanowiliśmy stworzyć taką konstrukcję ustawy, żeby przedsiębiorstwa mogły być oddłużane do końca kwietnia bieżącego roku, tak aby nie weszły w okres akcesyjny zadłużone. Przesunęliśmy spłatę zobowiązań wobec ZUS, tych, które nie podlegają restrukturyzacji z mocy tej ustawy, o jeden rok, czyli do 28 lutego 2005 r. I to jest cała idea tej ustawy.

Konstrukcja tej ustawy jest trudna. Ustawa była kilkakrotnie nowelizowana, więc jej materia jest nieco skomplikowana, ale do pracy nad nią zasiedli prawnicy



i wiem – przynajmniej taka informacja jest na dzień dzisiejszy – że jest to chyba jedyna możliwa konstrukcja tej ustawy. A jej idea jest taka, jak mówiłem. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy pani mecenas zechciałaby przedstawić opinię Biura Legislacyjnego?

(*Głos z sali:* Biuro Legislacyjne nie zgłasza zastrzeżeń do tej ustawy.)

Dziękuję bardzo.

Czy przedstawiciele ministra finansów i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych życzą sobie zabrać głos? Nie. Dziękuję.

Czy państwo senatorowie chcecie podyskutować, czy też zgodzicie się z moim wnioskiem o przyjęcie tej ustawy bez poprawek? Jak mówię, to nie jest na kredyt, bo przecież myśmy się zapoznawali z tą materia, ponieważ nowelizacja tej ustawy też była nie tak dawno.

Czy mogę poddać pod głosowanie wnioski o przyjęcie ustawy bez poprawek?

Kto z państwa jest za? (7)

Kto jest przeciw? (0)

Kto wstrzymał się od głosu? (0)

7 senatorów głosowało za, a zatem proponujemy Senatowi przyjęcie ustawy o restrukturyzacji niektórych należności publicznoprawnych od przedsiębiorców bez poprawek.

Czy mogę prosić pana senatora Franciszka Bobrowskiego, jako zasłużonego, doświadczonego związkowca, żeby zechciał być sprawozdawcą tej ustawy?

**Senator Franciszek Bobrowski:**

Tylko z tego względu, Pani Przewodnicząca, że ja pani niczego nie potrafię odmówić.

**Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję. I uzgodnimy te pozostałe daniny już poza mikrofonem.

Dziękuję państwu bardzo, dziękuję panom, dziękuję panu, dziękuję panu posłowi i pani mecenas. Dziękuję wszystkim państwu.

Zamykam dzisiejsze posiedzenie komisji.

Chyba że są jakieś sprawy różne? Nie ma.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 44)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Małgorzata Radecka

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851