



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(600)

72. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniach 9 i 10 stycznia 2003 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 31)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Marek Balicki)

Przewodniczący Marek Balicki:

Otwieram posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Witam panie i panów senatorów. Witam przedstawicieli rządu, z panią minister Kralkowską na czele. Witam wszystkich zaproszonych gości, przedstawicieli innych ministerstw, instytucji centralnych.

Przystępujemy do rozpatrzenia projektu porządku dziennego posiedzenia komisji. W porządku dziennym obrad jest rozpatrzenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, druk senacki nr 305. I to jest jeden tylko punkt w projekcie porządku dziennego.

Czy ktoś z państwa, pań i panów, senatorów chciałby zgłosić uwagi do porządku dziennego? Rozumiem, że nie ma uwag i w ten sposób porządek dzienny został przyjęty.

Możemy zatem przystąpić do rozpatrywania projektu ustawy.

Przypomnę, że ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia była wynikiem inicjatywy legislacyjnej rządu i do prezentowania stanowiska rządu w toku prac parlamentarnych został upoważniony minister zdrowia. Do reprezentowania w imieniu ministra zdrowia stanowiska rządu upoważniona jest pani minister Kralkowska.

Proponowałbym następujący porządek prac. Przewidzieliśmy dwudniowe posiedzenie komisji, ponieważ jest to duża ustawa i wymaga wnikliwego rozpatrzenia. Dzisiaj chcielibyśmy zapoznać się ze stanowiskiem rządu w sprawie ustawy przyjętej przez Sejm, wysłuchać opinii Biura Legislacyjnego, wysłuchać stanowiska pana posła sprawozdawcy i pozostałych posłów, członków sejmowej Komisji Zdrowia, z panią przewodniczącą Błońską-Fajfrowską na czele, których serdecznie witam. Następnie dyskusja, zgłaszanie wniosków i później, jeśli będzie ich dużo, stanie się konieczne przejście wszystkich wniosków i ich uporządkowanie przez Biuro Legislacyjne. Dopiero potem moglibyśmy przystąpić do głosowania.

Jeśli dyskusja będzie długa i wniosków będzie dużo, to wtedy głosowania byłyby dopiero jutro o godzinie 9.00. Byłyby wtedy czas na odpowiednie przygotowanie wszystkich wniosków, poprawek, jeśli oczywiście takowe będą. Jeśli poprawek będzie mało, to byłoby możliwe zakończenie prac komisji dzisiaj w godzinach wieczornych. Ale zobaczymy, jaki będzie przebieg prac. Przewiduję przerwę gdzieś około 14.00, niezależnie od tego, jak będą przebiegały obrady komisji.

Czy panie i panowie senatorowie chcieliby zgłosić jakieś uwagi do takiego trybu procedowania? Jeśli nie ma uwag, to może prosiłbym w pierwszej kolejności panią

minister Kralkowską o przedstawienie stanowiska rządu w sprawie ustawy przyjętej przez Sejm i jednocześnie porównania tego ze stanowiskiem, czy z projektem, który został przez rząd przedstawiony Sejmowi, jak również stosunku rządu do wszystkich zmian, które zostały przygotowane w toku prac sejmowych.

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Chciałabym przedstawić państwu projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Na początek chcę powiedzieć kilka słów na temat, czym różni się propozycja związana z tą ustawą od obecnie istniejącego systemu.

Obecnie istniejący system jest regulowany ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która to ustawa sankcjonuje funkcjonowanie siedemnastu kas chorych o olbrzymiej autonomii. Chciałabym powiedzieć na początek, że propozycja przedstawiona przez rząd dotyczy zmiany płatnika, a nie organizatora systemu. Płatnikiem w obecnie istniejącym systemie pod rządami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym są kasy chorych, według naszej propozycji płatnikiem byłby Narodowy Fundusz Zdrowia. Proponowane zmiany dotyczą więc tylko płatnika, nie zaś organizacji systemu ochrony zdrowia.

Istota zmiany płatnika polega głównie na tym, że będzie to jeden fundusz, który by działał w strukturze dwustopniowej. Fundusz, którego zadaniem byłoby ujednoczenie zarówno w formalny, jak i praktyczny sposób zawierania kontraktów, słownik kontraktacyjny, doprowadzenie do porównywalnych cen kontraktów. Przede wszystkim ma to na celu ujednoczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych obywateli naszej ojczyzny. W tej chwili dostęp do świadczeń zdrowotnych jest różny, w zależności od, co tu dużo mówić, zasobności kasy chorych i od wewnętrznych regulacji, które są w tejże kasie chorych. Wydaje się natomiast, że zgodnie z ustawą zasadniczą ten dostęp musi być jednakowy dla wszystkich. I taka jest główna przesłanka proponowanej ustawy.

Proponowana ustawa składa się z kilku rozdziałów, które w sposób naturalny mają podobny układ jak ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. A zatem ustawa reguluje zarówno ogólne zasady ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, jak i zasady szczegółowe dotyczące tego, kto jest uprawniony do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków funduszu, czyli z systemu ubezpieczeniowego. Następnie jest rozdział, który określa sposób naliczania i poboru składek, następnie rozdział, który mówi o strukturze organizacyjnej funduszu, następnie rozdział na temat sposobu zawierania kontraktów na świadczenia zdrowotne, sposobów konstrukcji planów zdrowotnych, co jest też pewnym novum w stosunku do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, następnie ustawa mówi o gospodarce finansowej funduszu, o przechowywaniu i ochronie danych osobowych oraz o sprawach nadzoru nad funkcjonowaniem systemu i jego kontroli.

Pozwolę sobie z zagadnień, o których mówią poszczególne rozdziały, wybrać, powiedzieć może troszeczkę bardziej szczegółowo o różnicach między obecnie funkcjonującym systemem a tym, który proponujemy. Na te różnice, według mnie, należałoby bowiem zwrócić szczególną uwagę. Jednocześnie podkreślam, że osiągnięcia, które zostały pozytywnie ocenione przez świadczeniobiorców i świadczeniodawców, a które wynikają

z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, staramy się zachować. Uważamy, że nie należy zmieniać sprawdzonych rozwiązań, które mają pozytywne konotacje. Chcemy natomiast zmienić te rzeczy, które mają negatywny odbiór i źle funkcjonują.

Z zagadnień, które są w naszych propozycjach inaczej rozwiązane, przede wszystkim chcę powiedzieć o szczegółach funkcjonowania instytucji funduszu. Narodowy Fundusz Zdrowia, proszę państwa, według tej propozycji, jest państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną i będzie działał w strukturze dwustopniowej. W strukturze tej w skład funduszu wchodzi centrala i oddziały wojewódzkie. Fundusz, jako całość, naturalnie posiada osobowość prawną, oddziały wojewódzkie natomiast tej osobowości prawnej nie mają. Działają z upoważnienia zarządu i wtedy zakres kompetencji i działania dyrektorzy oddziałów jest zawarty w upoważnieniu.

Organami funduszu są rada i zarząd funduszu. Zarząd funduszu składa się z czterech osób: z prezesa i trzech wiceprezesów z następującym podziałem funkcji: do spraw finansowych, do spraw zdrowia oraz do spraw mundurowych. W tym ostatnim przypadku szczególnie chodzi o szeroki zakres zapewnienia odrębnych świadczeń zdrowotnych, niezbędnych przy wykonywaniu specjalnych zadań tychże służb.

Rada funduszu składa się z trzynastu osób. Jej skład jest instytucjonalny, są to przedstawiciele ministerstw, zainteresowanych prawidłowym funkcjonowaniem tegoż organizmu. W posiedzeniach rady funduszu mogą uczestniczyć przedstawiciele samorządów zawodowych, to jest Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pięknianek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów. To jest ta odrębność organizacyjna, zawarta w tymże projekcie ustawy.

Teraz kilka słów o samym funkcjonowaniu ubezpieczeń. Proszę państwa, składka na ubezpieczenie zdrowotne, które w przedłożeniu rządowym wynosiła 7,75%, została ostatecznie zmieniona przez Sejm. Ta składka wynosi teraz 8% i jest to spójne z nowelizacją ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która już jest faktem i obowiązuje w tej chwili. W ustawie uchwalonej przez Sejm jest również przewidywana składka na następne lata. To też jest novum w porównaniu z przedłożeniem rządowym.

Sposób naliczania składki od poszczególnych grup społecznych i ustalenie kto płaci za kogo tę składkę w zasadzie nie odbiega w większym stopniu od zapisów w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Sposób naliczania składki za osoby będące osobami bezrobotnymi i całe grupy osób, które są wymienione w tychże artykułach, jest taki jak w roku 2002, taki jak to wynika z decyzji zapisanych w ustawach o budżetowych w zeszłym roku i wynosi 40% podstawy zasiłku.

Z innych odrębności warto wymienić sposób zawierania kontraktów. Otóż, tutaj zastosowano troszeczkę inną filozofię określania w ogóle zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Wpisujemy tutaj konieczność konstruowania planów potrzeb zdrowotnych, które będą konstruowane na poziomie samorządów wojewódzkich, naturalnie w oparciu o samorządy powiatowe, przy szerokim udziale ciał społecznych. Plany potrzeb zdrowotnych i osobno konstruowane plany potrzeb dla resortów mundurowych będą skierowane do centrali funduszu i na tej podstawie będzie opracowywany krajowy plan zdrowotny.

Krajowy plan zdrowotny będzie konfrontowany z planem finansowym i dopiero na podstawie tych dwóch elementów zostanie dokonany, że tak to określe, podział wykonania tego planu, dostosowany do podziału terytorialnego, a więc podziału na województwa. Oddziały wojewódzkie będą według tych planów zawierały umowy na

świadczenia zdrowotne i te świadczenia zdrowotne będą realizowane przez świadczeniodawców. Oddziały wojewódzkie będą tym miejscem, które będzie zarówno podpisywało kontrakty, rozliczało je oraz kontrolowało ich wykonanie. Na wszystkich szczeblach funduszu jest zapewnione przedstawicielstwo służb mundurowych, resortów mundurowych, które będzie czuwało nad prawidłowym zabezpieczeniem szczególnych potrzeb resortów związanych z wykonywaniem szczególnych obowiązków przez funkcjonariuszy tychże resortów.

Następne zagadnienie, które było ujęte w przedłożeniu rządowym i różni się nieco w druku, który został państwu senatorom przekazany, to jest nadzór nad funduszem. W przedłożeniu rządowym nadzór nad funduszem został podzielony na dwie części: nadzór pod względem finansowym został przekazany do Komisji Nadzoru nad Ubezpieczeniami i Funduszami Emerytalnymi, nadzór nad merytorycznym wykonaniem tychże zadań został natomiast powierzony ministrowi zdrowia. W przedłożeniu zaś, które państwo macie do dyspozycji, w druku sejmowym, cały nadzór został przekazany do ministra zdrowia. Jest to zasadnicza różnica w stosunku do przedłożenia rządowego.

I to są, proszę państwa, zasadnicze kwestie, dotyczące różnic między proponowanymi rozwiązaniami a rozwiązaniami zawartymi w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jeżeli natomiast chodzi o szczegółowe wyjaśnienia, to służę nimi zarówno podczas odpowiedzi na pytania, jak i przy omawianiu poszczególnych artykułów.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Teraz chciałbym prosić panią mecenas Langner o przedstawienie opinii Biura Legislacyjnego, jednocześnie chcę powitać wiceministra finansów, pana Uczkiewicza. Witamy na posiedzeniu naszej komisji.

Proszę bardzo, Pani Mecenas.

Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Dziękuję bardzo.

Nie będę mówiła o bardzo szczegółowych kwestiach, chociaż przyznam, że jestem w kłopotcie, ponieważ nasza opinia nie odnosi się do kwestii ogólnych, ale już takich bardzo konkretnych, związanych z poszczególnymi artykułami. Nie będę więc może omawiała tego, co jest w opinii, uwag drobniejszej rangi.

Chcę powiedzieć, że wszystkie uwagi mają charakter nie tyle merytoryczny, ile chodzi raczej o poprawienie brzmienia ustawy i o poprawny charakter legislacyjny. Nie kwestionujemy założeń merytorycznych ustawy. Może w takim razie nie będę omawiała tych uwag, które dotyczą kwestii nie tyle gramatycznych, co logicznych, związanych ze spójnikami czy z interpunkcją. Ominę też, Panie Senatorze, bardzo konkretne sprawy. Skupię się zaś na kilku zawartych w opinii problemach, jak na przykład tych w uwadze szesnastej. Chodzi tu o kwestię dotyczącą spójności systemu prawnego.

W uwadze szesnastej, która dotyczy zapisów w art. 179 i 180, chodzi o kwestie związane z ustawą o powszechnym obowiązku obrony i o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych. W toku prac legislacyjnych dotyczących ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia pojawił się błąd, który jednak należy poprawić

i ja tutaj przedstawiam tego propozycję. Chodzi o to, że aby zachować zgodność z zasadami techniki prawodawczej, spójność systemu, a jednocześnie myśl, którą wyraża ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, należałoby dokonać zmiany w art. 179 i 180. Zmiany w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia wchodzić wcześniej niż w styczniu 2004 r., a właśnie w styczniu 2004 r. wchodzi zapisy, które nadałyby inne brzmienie uregulowaniom przyjętym przez art. 179 w art. 69, 69a i tak samo w art. 183 jest zmiana dotycząca ustawy o służbie wojskowej żołnierzy. Tak więc ta zmiana wydaje się niezbędna, bo jeśli nie będzie wprowadzona, to po prostu 1 stycznia wejdzie inne brzmienie wymienionych tam przepisów.

Chciałabym też powiedzieć o art. 194, który zawiera ogólne pojęcia, pojawiające się w innych ustawach, będące konsekwencją zmian wprowadzonych ustawą o narodowym funduszu. I tutaj właśnie chcę wskazać na problem, który się pojawia w związku z UNUZ. Otóż, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia niewątpliwie znosi ten urząd. Pracownicy i mienie przechodzą do Ministerstwa Zdrowia. Jednakże jest jeszcze ustawa o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych z 1 marca i w listopadzie wykreśliliśmy z tej ustawy zniesienie UNUZ. To wykreślenie zniesienia urzędu oznacza jego istnienie i to istnienie bezterminowe. Oczywiście, rozwiązania przyjęte w ustawie o narodowym funduszu są jasne, jednakże dla spójności i czystości systemu należałoby również zmienić tamtą ustawę poprzez dokonanie zmian w stosunku do UNUZ. Chciałam o tym powiedzieć, żeby państwo mieli tego świadomość. Państwu pozostaje podjąć w tej kwestii decyzję.

To byłoby tyle z takich właśnie problemowych kwestii. Chcę jeszcze powiedzieć o tym, że okres *vacatio legis*, jak na ustawę o takiej randze, wydaje się zdecydowanie za krótki. W opinii znajdują się również konkretne przykłady pewnych przecen, które należałoby poprawić, tak jak na przykład w art. 221 jest powołanie art. 94 ust. 6, podczas gdy chodzi o art. 93.

To może tyle na razie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Mecenass.

Prosiłbym teraz o zabranie głosu, jeśli mają ochotę, pana posła sprawozdawcę, posła Owoca, i pozostałych przedstawicieli Sejmu.

Proszę bardzo, Panie Pośle.

Posel Alfred Owoc:

Dziękuję serdecznie.

Muszę powiedzieć, że jestem w ułatwionej sytuacji, bo po pierwsze, wypowiedź pani minister Kralkowskiej była wyczerpująca, a po drugie znakomita większość twarzy jest rozpoznawana przeze mnie jako uczestników tych kilkunastu posiedzeń podkomisji i komisji. Tak więc pozwolę sobie zwrócić uwagę tylko na kilka rzeczy, niekoniecznie je hierarchizując, które wzbudziły szczególne emocje, najczęściej merytoryczne, ale uczciwie muszę powiedzieć, że nie tylko.

Oczywiście, ranga problemu, który ma być rozwiązany w ustawie, jest z absolutnie najwyższej półki społecznej, jak to powiedział jeden z posłów. Takich ustaw,

które praktycznie dotyczą każdego Polaka, od tego pieluszkowego, najmłodszego, po najstarszego, robi się w kadencji jedną, dwie, trzy.

Oczywiście, różna też była ranga problemów. Jeśli mogę, to chciałbym zwrócić uwagę na dokonane zmiany. Rzeczywiście, w ostatniej chwili dokonano zmian, jeśli chodzi o konstrukcję, nazwałbym to, wątku kadrowo-organizacyjnego, czyli powoływanie prezesa, wiceprezesów, w tym szczególnie dość oryginalne nowe rozwiązanie – a między innymi rolą Senatu i oczekiwaniem naszym jest dokonanie oceny tego pod kątem optymalizacji – wiceprezesa do spraw mundurowych, który jako jeden z wiceprezesów znalazł tutaj wyróżnienie w ustawie, są jeszcze dwaj pozostali wiceprezesi. Oczywiście, w ustawie jest zapis, który upoważnia prezesa Rady Ministrów do powołania prezesa na wniosek ministra zdrowia, jak dzisiaj „Rzeczpospolita” donosi, jest propozycja i sugestia, żeby to było szerzej stosowane.

To są te problemy, które już jakby ze swojej istoty, rzeczywiście, wzbudzają zawsze szereg dyskusji. Ale jeśli chodzi o rangę problemu, to zdecydowanie dwie sprawy są ważne, które – muszę zaznaczyć – zarówno na forum podkomisji, komisji, jak i później posiedzenia plenarnego, praktycznie były jednomyślnie rozwiązane. To jest istotne z tego względu, że rozwiązania proponowane w ustawie są inne aniżeli to było w przedłożeniu rządowym. Myślę przede wszystkim o składce, zarówno tegorocznej, co wymusza już inna obowiązująca ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jak i o latach następnych. Nie będę mówił o szczegółach, bo myślę że wszyscy je znamy.

Chodzi również o ważną sprawę nadzoru. W przedłożeniu rządowym zawarty był dualizm, z jednej strony nadzór nad funduszem sprawować miał minister, w podtekście minister finansów, a z drugiej strony minister zdrowia. Uznaliśmy, że taki krzyżowy nadzór jest niepraktyczny. Oczywiście, bezsporne są kompetencje konstytucyjne w zakresie funduszy publicznych ministra finansów, bezsporne są również kompetencje, jeśli chodzi o zdrowie obywateli, ministra zdrowia. Uznaliśmy, że w tym wymiarze lepszym zapisem będzie jednak jednoznaczność odpowiedzialności tego ministra, który odpowiada za sprawy zdrowia. Nie kwestionując roli ministra finansów, uznaliśmy że konsumpcja jego nadzoru będzie się dobrze wyrażać w takim zapisie, że minister finansów wnioskuje przewodniczącego rady funduszu, jak i również kontrasygnuje coroczny plan finansowy funduszu, czyli jakby sprowadza to do poziomu całorocznego bilansu wielkości wydatków. W ramach tego zaś obowiązuje już zasada optymalizacji działań prozdrowotnych i ochrony zdrowia. Tak uznaliśmy na posiedzeniach – od posiedzeń podkomisji, po plenarne, i zaznaczam, że jednomyślnie, zarówno posłowie koalicji, jak i posłowie opozycji.

I to chyba byłyby wszystkie zasadnicze uwagi. Oczywiście jestem do dyspozycji, wspólnie z panią przewodniczącą Fajfrowską, panią przewodniczącą Gajecką-Bożek. Chcielibyśmy jak najrzetelniej służyć w doskonaleniu ustawy. Nie odnoszę się oczywiście do tych szczegółowych uwag, które w części podniosła pani mecenas z Biura Legislacyjnego. Jeśli one są zasadne, to cóż, mój Boże, taka jest konstrukcja naszego parlamentaryzmu, że rolą Senatu jest udoskonalić to, co wyjdzie niedoskonałe z Sejmu, a to, co już podpisze, mam nadzieję, pan prezydent i szybko będzie wdrożone w życie, to będzie to najlepsze. Nie ulega bowiem wątpliwości chyba dla nikogo z nas tutaj na sali, że sytuacja w opiece zdrowotnej jest bardzo poważna i takie sformułowanie to jest chyba eufemizm. System, który funkcjonuje do dzisiaj, przechodzi wielki

kryzys na poziomie bankructwa. To, co się dzieje w szpitalach Dolnego Śląska, to, co się dzieje na Śląsku, jest tylko materialnym dowodem na to, że chyba nie jest doskonałe. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu posłowi sprawozdawcy.

Chciałbym zapytać, czy pani przewodnicząca Fajfrowska-Błońska lub Gajecka-Bożek chciałyby zabrać głos?

Proszę bardzo.

(Poseł Barbara Błońska-Fajfrowska: Nie. Dziękuję, Panie Przewodniczący.)

Dziękuję bardzo za te trzy wystąpienia.

Myślę, że w tym momencie moglibyśmy zadawać pytania, zwracać się o wyjaśnienie.

Czy ktoś z państwa, pań i panów, senatorów chciałby skierować jakieś pytanie do pani minister, do Biura Legislacyjnego bądź do posła sprawozdawcy, zanim przystąpimy do dyskusji, do omawiania poszczególnych spraw, prezentowania stanowisk czy zgłaszania wniosków?

Pani senator Krzyżanowska. Proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

Chcę skierować pytanie do pani minister i właściwie częściowo do pana posła sprawozdawcy. To jest rzeczywiście ustawa dramatycznie ważna, budząca ogromne, i zainteresowanie, i niepokoje społeczne.

Z wypowiedzi i pani minister, i pana sprawozdawcy wynika, że w ogóle wszystko jest ładnie, takie proste, takie jasne i takie bez kontrowersji, że muszę powiedzieć, że jestem troszkę tym zdumiona. Rozumiem, że Senat nie jest tym etapem, żeby tę ustawę zmieniać zasadniczo. Nie mamy takich uprawnień. Możemy tylko wносить poprawki. Chciałabym natomiast w głosach państwa, ludzi, którzy nad tym pracują, również pani minister, usłyszeć, jakie naprawdę widzicie niepokoje. Czy rzeczywiście nałożenie innego płatnika na już istniejący system nie wywołuje żadnych komplikacji? Z tego, co my obserwujemy w terenie – wywołuje. Moim zdaniem, to jest nie tylko kwestia braku pieniędzy, o którym się ciągle mówi, to jest kwestia zaniepokojenia, niejasności tego, co ludzi czeka, i pacjentów, i placówki służby zdrowia.

Pani minister była uprzejma powiedzieć, że właściwie nic się nie zmienia, jeśli chodzi o organizację na dole struktury. Wydaje mi się, że już się zmieniło. Nie ma już kas, takich jakie były. Już to, co jest w tej chwili, jakiś twór przejściowy, powoduje niepokój i bałagan. Czy rzeczywiście państwo uważacie, że czternaście dni *vacatio legis* wystarczy na wprowadzenie tak zasadniczej zmiany, tylko dlatego że musimy się śpieszyć, bo jesteśmy szalenie spóźnieni, przepraszam, według mnie, w dużej części z winy ministerstwa?

Już może taka, powiedziałabym, bardziej szczegółowa sprawa. Mnie na przykład szalenie niepokoi, że w radzie funduszy nie ma zupełnie przedstawicieli z prawem posiadania głosu – mają prawo uczestniczyć w pracach, ale nie głosować, nie decydować – zawodów, które będą to wszystko wykonywać. Czy naprawdę uważacie państwo, że to będzie lepiej funkcjonować, jak decyzje będą podejmowane tylko przy obecności przedstawicieli lekarzy, pielęgniarek, diagnostów, bez ich prawa głosu?

I ostatnia rzecz, może do dalszej dyskusji, mianowicie sprawa samorządów. Obawiam się, że konstrukcja ustawy doprowadza do tego, że teraz chłopcem do bicia będą praktycznie samorzady. To one mają ustalić plany i jeżeli będzie brakowało pieniędzy, to będzie do samorządu... A samorzady tych pieniędzy nie będą miały. Proszę bardzo o odpowiedź, jak te kompetencje będą rozdzielone.

Przepraszam za długą wypowiedź. Ostatnia rzecz, o którą chcę zapytać, mianowicie jak jest z rozporządzeniami wykonawczymi? Ja nie chcę przypominać głośnej w ostatnich dniach sprawy leku za złotówkę i, przepraszam, bulwersującej wypowiedzi pana wiceministra na temat tego, że wpieryw ustawa, a potem uzgodnienia na temat rozporządzeń wykonawczych. To jest niezgodne z Regulaminem Sejmu, z Regulaminem Senatu, ale przede wszystkim ze zdrowym rozsądkiem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Zgłaszał się również pan senator Cieślak. Proszę bardzo.

Senator Jerzy Cieślak:

Dziękuję uprzejmie.

Kieruję pytanie do pani minister Kralkowskiej. Chodzi mi o doprecyzowanie lub też dointerpretowanie określonych zapisów ustawy, które mogą budzić wątpliwości. Akt prawny, nad którym pracujemy, jest zbyt ważny w sensie zmian systemowych, abyśmy mogli pozostawić jakiegokolwiek niedomówienia.

Jeżeli pani minister uprzejma otworzyć tekst ustawy, w art. 10 ust. 1 jest zapis, że obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do funduszu oraz opłaceniu składki. A zatem, żeby obowiązek został spełniony, muszą być spełnione dwa warunki: zgłoszenie osoby i opłacenie składki. W ust. 2 tego artykułu mamy zapis, że „osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia, po zgłoszeniu do funduszu uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego”. Czyli, żeby spełnić obowiązek, trzeba spełnić dwa warunki, jak rozumiem, a żeby uzyskać prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wystarczy spełnić jeden warunek, a więc zgłoszenia, ale nie opłacenia składki. Czy to są zapisy zamierzone czy też przeoczenie? Jeżeli zamierzone, to jakie jest uzasadnienie takiego zróżnicowania tych dwóch zapisów?

Art. 51, przepraszam, że mówię tak powoli, ale chodzi mi to, żeby można było to dokładnie prześledzić... Również chodzi o pewne zróżnicowanie zapisów. Ubezpieczony ma prawo leczenia szpitalnego w szpitalu, który podpisał umowę z funduszem, na podstawie skierowania lekarza, lekarza stomatologa lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne i – wynika z tego – że każdego lekarza, każdego stomatologa, każdego felczera. Ale już, jeżeli chodzi o świadczenia z zakresu rehabilitacji, to mamy w ust. 1 i 2 art. 52, próbuję te zapisy porównać, uprawnienie do skierowania ograniczone jest wyłącznie do lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, a więc już nie każdy lekarz. Art. 51 mówi o każdym lekarzu, lekarzu stomatologu i felczerze, art. 52 ust. 1, 2 zaś mówi o możliwości skierowania do świadczeń rehabilitacyjnych już tylko przez lekarza ubezpieczenia i w art. 54, który mówi o prawie do badań diagnostycznych, również jest mowa już tylko o lekarzu ubezpie-

czenia zdrowotnego. Jeżeli to zróżnicowanie jest zamierzone, też prosiłbym o uzasadnienie tego zróżnicowania.

Następne pytanie w związku z art. 71. Chodzi mi dokładnie o zapis ust. 6 tego artykułu. Art. 71 nakłada określone obowiązki na osobę ubezpieczoną, która korzysta ze świadczeń zdrowotnych. Obowiązkiem jest przedstawienie dowodu ubezpieczenia zdrowotnego i są podane określone nieprzekraczalne terminy dostarczenia tych dowodów w szczególnych warunkach, na przykład pacjenta po wypadku, lub jeżeli nie można w określonych terminach ich dostarczyć... I tu ust. 6 ma bardzo dziwną konstrukcję, powiedziałbym, redakcyjną: „późniejsze niż przewidziane w ust. 2 i 3 przedstawienie karty ubezpieczenia zdrowotnego nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w ust. 4, albo ich zwrotu”. Jeżeli przedstawienie dowodu ubezpieczenia po terminach określonych wcześniej nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów lub zwrotu, to po co te terminy określone wcześniej? Zapis ust. 6 mówiłby wtedy, że takie dowody można przedstawić w dowolnych terminach. Czy dobrze czytam, czy to też jest działanie zamierzone, czy może błąd redakcyjny, który powoduje, że gdzieś nastąpiło potknięcie interpretacyjne?

Teraz pytanie do Biura Legislacyjnego, do pani magister Langner. Mam pewne wątpliwości dotyczące drogi odwoływania od decyzji funduszu. Wydaje mi się, że wszystkie drogi odwołań powinny być dokładnie doprecyzowane, od jakiej instancji funduszu decyzji odwołuje się do której instancji, i w którym dopiero momencie następuje interwencja właściwego sądu, który jest wskazany zresztą w ustawie. Otóż, w art. 96 mamy ogólne pojęcie funduszu, czyli tym pojęciem obejmujemy zarówno oddziały wojewódzkie funduszu, jak i zarząd funduszu. No i mamy napisane, że świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może złożyć do funduszu odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia w postępowaniu w terminie siedmiu dni od daty ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Do funduszu, czyli jak rozumiem do instytucji, ale nie jest wskazana instancja tego funduszu. Wolałbym, żeby droga odwoławcza była taka, jeżeli mamy delegację w art. 43 ust. 5 pkt 9 zapis, że „negocjowanie umów ze świadczeniobiorcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola wykonania”, to są zadania zarządu funduszu, to rozumiem, że z indywidualną praktyką lekarza rodzinnego w Pińsku, na mocy tego zapisu, negocjować i podpisywać umowy powinien również zarząd funduszu.

Można uważać, że częściowo sprawę wyjaśnia art. 43 ust. 8, w którym mówi się, że zarząd funduszu może udzielać dyrektorom oddziałów wojewódzkich funduszu i innym pracownikom funduszu pełnomocnictw dokonywania określonych czynności prawnych. Ale wtedy w postępowaniu odwoławczym powinniśmy zapisać wyraźnie, że chodzi o decyzję oddziału wojewódzkiego, od której odwołać się można do zarządu funduszu, a w przypadku jeżeli odwołujący się nie jest usatysfakcjonowany sposobem rozpatrzenia przez zarząd funduszu, to kieruje sprawę na drogę sądową, która jest określona w innym miejscu ustawy. Mam po prostu wątpliwości. Nie pytam o to pani minister, oczywiście nie wyklucza to odpowiedzi pani minister, ale ponieważ zastrzeżenia moje dotyczą raczej strony legislacyjnej, formalno-prawnej, dlatego pytanie kieruję do Biura Legislacyjnego.

Przepraszam, że nazbierałem troszkę tych pytań, ale powinniśmy nad tym pracować dosyć starannie.

W art. 116 ust. 2 mówi o zakresie obowiązków lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Mamy w nim zapisane, że „w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia ubezpieczonym dostęp do badań diagnostycznych oraz dziennej i nocnej pomocy wyjazdowej, zgodnie z zakresem swoich kompetencji”. Jest to bardzo poważne obciążenie. Jest to jak gdyby powrót do niezrealizowanego fundamentu reformy systemu ochrony zdrowia, którym miał być lekarz rodzinny sprawujący całodobową opiekę nad swoimi pacjentami. Tylko czy my dzisiaj mamy warunki do praktycznej realizacji takiego zapisu? Wiemy, że mamy niedostateczną liczbę lekarzy rodzinnych. Właściwie nie mamy pełnego rozeznania, czy w każdym miejscu na terenie kraju lekarze podstawowej opieki zdrowotnej będą w stanie wywiązać się z obowiązku nakładanego na nich przez ten zapis ustawy. A jeżeli nie, to prawo nie może działać wybiórczo i nie może być tak, że ten zapis funkcjonuje tam gdzie są warunki, ale tam gdzie nie ma warunków, to nie funkcjonuje, bo narażalibyśmy w tym momencie autorytet regulacji prawnych.

I wreszcie nie ma tu ani słowa o dniach wolnych od pracy i świątecznych, mówi się zaś o opiece dziennej i nocnej. Ja rozumiem i mówiłem od początku, wiele lat temu, że indywidualna praktyka lekarza rodzinnego w takich warunkach się nie sprawdzi. Nie jest bowiem możliwe, żeby lekarz pracował trzydzieści dni i nocy w rytmie całodobowym. Grupowe praktyki lekarzy rodzinnych mogą spełnić ten wymóg, który był – jak powiedziałem – założeniem reformy, a więc całodobowej opieki. Ale, wydaje mi się, że tu jest niedookreślone, że te zapisy powinny być jakoś doprecyzowane.

Art. 117 ust. 2: „w uzasadnionych przypadkach, uwzględniając konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych, zarząd funduszu może, na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, po uzyskaniu opinii właściwego sejmiku województwa, ustalić maksymalną liczbę ubezpieczonych podstawowej opieki zdrowotnej indywidualnie”, a więc przekroczyć normy określone w akcie wykonawczym przez ministra zdrowia. I teraz powstaje pytanie, w jakiej formie ma być wyrażona ta opinia sejmiku. Sejmik to dość liczne grono radnych sejmiku. Czy to ma być uchwała sejmiku w tej sprawie? Stanowisko sejmiku w tej sprawie? Czy musi aż sejmik na kolejnej swojej sesji podejmować taką uchwałę, że w jednej praktyce grupowej lekarzy rodzinnych będzie zwiększał na terenie województwa liczbę podopiecznych? Czy nie wystarczy opinia prezydium sejmiku? To też jest jakiś organ funkcjonujący w sejmiku. A może wystarczy opinia zarządu województwa? Prosiłbym o rozważenie tej sprawy, bo jak mówię, to musiałyby być sesja, odpowiednia uchwała. Sejmik zbiera się raz na jakiś czas. Decyzja wobec tego będzie się odwlekała. Na najbliższej sesji sejmiku do porządku dziennego dopisze się punkt, że się rozpatrywać będzie sprawę określonej praktyki grupowej lekarzy rodzinnych w sprawie zwiększenia limitu pacjentów w tej praktyce.

I wreszcie ostatnie, to pocieszająca informacja z mojej strony dla obecnych na sali, pytanie dotyczące art. 119. Pani Minister, wydaje mi się, że w ust. 2, która określa gdzie i w jakich sytuacjach nie jest wymagane skierowanie, jest pewna niekonsekwencja. Mam po zapoznaniu się z tymi zapisami dyskomfort. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń ginekologa położnika – rozumiem, stomatologa – rozumiem, wenerologa – rozumiem, okulisty – rozumiem, psychiatry – rozumiem. Nie wiem, dlaczego jest tu wpisany dermatolog i prosiłbym o uzasadnienie merytoryczne tej decyzji. Potem jest, jak gdyby, złamanie reguły. Do pktu 7 mamy bowiem wymienione specjalności

lekarskie, ale od pktu 8 przechodzimy do sytuacji zdrowotnej pacjenta. Zapisane jest to w jednym ustępie. Mamy więc okulistę, psychiatrę, a potem osoby chore na gruźlicę. Ktoś musi to rozpoznać i postawić, żebyśmy wiedzieli, że to jest osoba chora na gruźlicę i sam pacjent powinien wiedzieć o tym, że jest chory na gruźlicę. I w następnym punkcie mamy zapis, że skierowanie nie jest wymagane do świadczeń „dla osób zarażonych wirusem HIV”. Jeżeli tak, to do jakich poradni? W następnym punkcie: „dla inwalidów wojennych”... Jest to dla mnie zrozumiałe, ale mówię, że wymieniamy do pktu 7 specjalizacje lekarskie, a od pktu 8 sytuacje zdrowotne. Pkt 11 o treści: „dla uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych – w zakresie leczenia odwykowego”, jest w miarę doprecyzowany. Specjalnie więc bym się go nie czepiał, ale chodzi mi o to, że mamy w tym ustępie pomieszanie kryteriów zwolnienia od obowiązku skierowania. Z jednej strony, w pierwszej części, mamy specjalizacje lekarskie, a w drugiej części – sytuacje zdrowotne pacjenta. Może by to rozpisać jakoś inaczej, żeby to było zrzęczniejsz legiscylacyjnie ujęte.

Tyle pytań z mojej strony. Przepraszam, że aż tyle. Ale, jak powiedziałem, powinniśmy starannie się pochylić nad tą ustawą.

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi Cieślakowi.

Pan senator Kulak również zgłaszał chęć zabrania głosu.

Senator Zbigniew Kulak:

Dziękuję bardzo.

Też mam pytanie do pani minister. Czytając tę ustawę, nie dopatrzyłem się jasnych zapisów, które określałyby koniec funkcjonowania kas chorych. Chodzi mi o przekazanie majątku, obiektów, mienia ruchomego, zbilansowanie finansów, przekazanie – i komu – archiwów, dokumentacji, a nawet korespondencji w toku. Jeżeli bowiem ta zmiana będzie następować praktycznie z dnia na dzień, to przecież trzeba zaplanować nad tym jednak niemałym majątkiem kas chorych w całym kraju.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

To jeszcze pozwolę sobie zadać cztery pytania.

Chciałbym wrócić do początkowego wystąpienia pani minister. Chciałbym, żebyśmy mieli jasność, jeśli chodzi o stanowisko rządu do całości ustawy przyjętej przez Sejm. Mam zatem trzy pytania o charakterze szczegółowym, które jednak dotyczą spraw niezwykle istotnych z punktu widzenia praktycznego funkcjonowania ustawy, dotyczą bowiem osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Pierwsze pytanie dotyczy sprawy, która już była poruszana przez senatora Cieślaka. Chodzi o art. 20, który wprowadza, co zresztą jest w obecnej ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, obowiązek posiadania karty ubezpieczenia zdrowotnego. To jest art. 20, art. 71. Oczywiście jest w przepisach przejściowych napisane, że do czasu wydania karty, dowodem ubezpieczenia jest każdy dokument. I ja

mam takie pytanie: ponieważ przez trzy lata karta nie została wydana, w jakim okresie, na ile w ogóle jest realne wydanie takich kart, które będą powszechnym dokumentem używanym przez pacjentów i które będą powszechnym dokumentem stanowiącym podstawę do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych? Czy coś się zmieni, jeśli chodzi o korzystanie ze świadczeń, nim będzie ta karta? Czy rzeczywiście za każdym razem pacjent będzie musiał mieć poświadczenie, nie wiem, odcinek wynagrodzenia czy to, że są składki opłacone, czy też będzie to tak luźno stosowane w praktyce? Może to być powodem wielu napięć w podstawowej relacji pacjent – placówka opieki zdrowotnej. Wydaje się, że warto byłoby mieć uregulowania, które wyeliminują wszystkie wątpliwości w praktycznym stosowaniu prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. A przecież 99% obywateli jest ubezpieczonych.

Druga sprawa dotyczy art. 49, skądinąd słusznego, który mówi, że ubezpieczony ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy itd., w ramach posiadanych przez fundusz środków finansowych. Podobny zapis jest w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, w której jest mowa o tym, że w przypadku niemożności udzielenia świadczeń, pacjent ma prawo do rzetelnej, ustalonej wyłącznie na podstawie kryteriów medycznych kolejki. W ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia takiego przepisu nie ma i również mam pytanie do pana posła sprawozdawcy, jak to należy rozumieć, że ustawa uchwalana później nie uwzględnia tego, co było w ustawie uchwalonej wcześniej. Jakie w związku z tym są rzeczywiste gwarancje pacjenta? Nie ma bowiem takiego systemu, mimo że niektórzy uważają, że jest, nie ma więc takiego systemu, w którym wszyscy nagle mogą uzyskać to świadczenie, które jest potrzebne. W związku z tym, na jakiej podstawie pacjent ma prawo wiedzieć, że on jest równo traktowany, zgodnie z zasadami, które są wprowadzone w pierwszych przepisach ustawy, a mianowicie o zapewnieniu równego dostępu?

I ostatnie pytanie, które również wiąże się z uprawnieniami pacjentów, a mnie się wydaje, że jest wynikiem albo mojego złego czytania ustawy, albo jakiegoś przeoczenia, dotyczy mianowicie limitów cen na leki refundowane. Art. 60 utrzymuje zasadę limitów cen na leki podstawowe i uzupełniające, czyli jest to ta sama zasada, która jest zawarta w art. 38 obecnej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jednakże w obecnym brzmieniu prawa jest przepis, który mówi, że apteka może wydać lek umieszczony w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, którego cena przekracza limit ceny, pobierając dodatkową opłatę od pacjenta. I ten przepis zniknął. W art. 60 tylko się wprowadza limit cen, a nie ma podstawy do tego, żeby od pacjenta pobrać różnicę pomiędzy limitem ceny a ceną leku. W związku z tym mam pytanie, czy doszło w toku prac legislacyjnych do jakiegoś opuszczenia, czy to jest świadome, bo ja mam obawę, że nie ma w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia podstawy do tego, żeby pobierać od pacjenta różnicę pomiędzy limitem ceny a ceną leku. A to ma dalekosiężne skutki finansowe. Stąd sprawa jest istotna. Chodzi o to, żeby nie było wątpliwości, można bowiem zgłosić odpowiednią poprawkę i tę sprawę naprawić.

To tyle mam pytań.

Jeszcze zgłosił się pan senator Pawłowski.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To może teraz będzie odpowiedź, a później pytania zadadzą pan senator Pawłowski i pani senator Sienkiewicz.

Prosiłbym zatem panią minister, później Biuro Legislacyjne i pana posła sprawozdawcę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Dziękuję bardzo.

Chciałabym spróbować odpowiedzieć po kolei na wszystkie pytania. Jeżeli bym coś pominęła, to bardzo proszę o przypomnienie, bo to naturalnie nie będzie wynikało ze złej woli.

Pani senator Krzyżanowska była uprzejma zapytać, w jaki sposób fundusz przejmie to wszystko, co się dzieje w kasach chorych. Pani senator była uprzejma powiedzieć, że teraz jest tam jakiś twór przejściowy, który jest pewną, że tak powiem, może źle to wyrażę, karykaturą tego, co się dzieje.

Otóż, w tej chwili kasy chorych działają pod rządami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Działają z tymi wszystkimi obowiązkami i uprawnieniami i według tych samych reguł, które ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym narzuca na kasy chorych. Fundusz będzie następcą prawnym kas chorych. Będąc następcą prawnym kas chorych przejmuje wszystkie zobowiązania, prawa, obowiązki, wszystko to, co kasy chorych, że tak powiem, mają zarówno w stosunku do świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców, wszystkie zobowiązania. W związku z tym uważamy, że nie będą zaburzone procesy, które w tej chwili funkcjonują, w celu spełnienia potrzeb świadczeniobiorców, gwarantuje to bowiem następstwo prawne.

Rozumiem, że to pytanie wynika również z sytuacji, która w tej chwili zaistniała, chodzi o protesty wokół aneksów, które podpisują kasy chorych itd., tak to rozumiem. Ponieważ przedłuża się wejście w życie ustawy o funduszu, aby nie zaistniała żadna luka w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, kasy chorych podjęły decyzję o aneksowaniu umów na świadczenia zdrowotne na pierwszy kwartał tego roku, według umów, które były zawarte na rok 2002. Naturalnie, kasy chorych aneksując te umowy, musiały aneksować na podstawie planów finansowych, które są opracowywane przez kasy chorych na zasadach zgodnych z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Jednym z elementów opracowywania planów finansowych jest naturalnie element, który mówi o ściągłości składki. Na podstawie prognoz, którymi dysponują kasy chorych, dysponowały w połowie grudnia, kiedy te plany były aktualizowane, są aneksowane umowy dotyczące świadczeń. Ściągłość składki w różnych kasach różnie była prognozowana, ale generalnie rzecz biorąc w granicach 92–93%. Tak zresztą jest mniej więcej co roku, że są takie prognozy, później zaś rzeczywista ściągłość jest większa i następują korekty planów finansowych. I tak też prawdopodobnie będzie w tym roku, zakładamy, że tak będzie i szereg kas chorych już takie korekty zaczyna wprowadzać.

W różnych kasach chorych wysokość zawieranych do umów aneksów na pierwszy kwartał była różna. Generalnie rzecz biorąc, w stosunku do stycznia zeszłego roku nie było dużej różnicy. W niektórych kasach natomiast zostały podniesione kontrakty w trakcie roku. Szczególnie w kasie śląskiej w połowie roku wielkość kontraktów została tak podniesiona, że gdyby w tej chwili chciało się podnieść ich wartość, zawrzeć aneksy według tych półrocznych kosztów kontraktów, to z punktu widzenia planów finansowych byłoby to niemożliwe. A zatem te kontrakty musiały niejako wrócić do realnych wysokości z początku roku 2002. I stąd to zamieszanie.

Naturalnie, my wiemy że jest bardzo trudna sytuacja w kasach chorych. Bardzo trudna. Część kas chorych jest, że tak powiem, na skraju bankructwa i dlatego uważamy, że jak najszybsze możliwe przywrócenie równowagi finansowej musi polegać również na ujednoczeniu środków finansowych, którymi te kasy chorych będą dysponowały.

Nie wiem, czy odpowiedziałam na całe pytanie pani senator, ale z przyjemnością, jeżeli będzie dodatkowe, odpowiem.

Następnie były pytania dotyczące rady funduszu. Czy rzeczywiście samorządy terytorialne są bez prawa głosu? Otóż, w przedłożeniu rządowym, które to przedłożenie było kierowane do Sejmu, rada funduszu składała się, tak jak powiedziałam, z przedstawicieli instytucji. A zatem była przedstawicielstwem instytucjonalnym, instytucji, które mają wpływ na prawidłowe funkcjonowanie całego systemu. Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją, która dysponuje środkami publicznymi, pieniędzmi będącymi środkami publicznymi o ogromnej wartości, i dlatego tak została w przedłożeniu rządowym skonstruowana rada funduszu. Z tym że to absolutnie nie wyklucza kontroli, a wręcz przeciwnie, wszystko jest jawne. Kontrola i ogłód społeczny nad użytkowaniem tych środków finansowych był zagwarantowany już w przedłożeniu rządowym poprzez rady społeczne w oddziałach wojewódzkich, gdzie były i są bardzo szeroko reprezentowane zarówno samorządy zawodowe, samorządy terytorialne, związki zawodowe, z absolutnie pełnym dostępem do wszystkich dokumentów.

Tak więc ogłód społeczny i jawność jest zapewniona. Koncepcja utworzenia rady funduszu była koncepcją instytucjonalnej rady funduszu. W sejmowej wersji tegoż projektu ten zapis został zmieniony. Do rady funduszu zostali decyzją posłów doproszeni przedstawiciele samorządów zawodowych bez prawa głosu. Taka jest decyzja Sejmu. Ja tej decyzji absolutnie nie komentuję, wskazuję tylko na różnice w przedłożeniu rządowym i w druku sejmowym.

Następne pytanie: czy są gotowe rozporządzenia? Otóż, Pani Senator, wszystkie rozporządzenia, 100% rozporządzeń, w tej chwili są gotowe. One są w takiej formie, że w dniu, kiedy ustawa będzie miała swój kształt formalny, czyli już nie będzie podlegała zmianom, w tym dniu zostaną przekazane do uzgodnień międzyresortowych. Naturalnie wcześniej tego dokonać nie możemy, bo to parlament ustala ostateczny kształt ustawy, a my musimy się temu podporządkować i tak też muszą potem być wykonane rozporządzenia. Ale wszystkie rozporządzenia są w tej chwili gotowe. W momencie przekazywania do parlamentu jeszcze brakowało kilku rozporządzeń, ale większość rozporządzeń była już dołączona do przedłożenia rządowego, które zostało skierowane do parlamentu.

To jest odpowiedź na pytania pani senator.

Teraz odpowiedzi na pytania pana senatora Cieślaka. Chcę powiedzieć w odpowiedzi na pytania dotyczące początkowych artykułów ustawy, że są to zapisy identyczne do tych, które są w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. To są zapisy, które nie były zmieniane, ponieważ w funkcjonowaniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym artykuły te akurat nie budziły kontrowersji, nie były nigdy kwestionowane i sprawdziły się w praktyce. W związku z tym zostały, jak gdyby, powtórzone.

Pan senator ma pewną wątpliwość w przypadku art. 51 i art. 52, z których wynika, że skierowanie do szpitala mogą wystawiać wszyscy, skierowanie na rehabilitację i diagnostykę zaś tylko lekarz ubezpieczenia. Otóż skierowanie do szpitala wynika często ze stanu zagrożenia życia i chcemy tutaj otworzyć bardzo szeroko możliwość skie-

rowania do szpitala. Lekarz izby przyjęć zaś, ten, który przyjmuje pacjenta, decyduje de facto o przyjęciu do szpitala, czyli o wejściu do systemu. Chcemy dać bardzo szeroko możliwość oceny przez tego lekarza, po to, żeby żaden pacjent nie znalazł się w sytuacji, że ograniczenie administracyjne nie pozwoli na skierowanie go do szpitala. Skierowanie na rehabilitację i diagnostykę, które to skierowanie jest już wejściem do systemu, noszącym również skutki finansowe, pozostawiamy dla lekarza, który jest w systemie, czyli lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. I stąd jest tutaj ta różnica. Skutki dla systemu w pierwszym przypadku rodzą się dopiero po podjęciu decyzji, że ten pacjent podlega diagnostyce, terapii szpitalnej, przy tych dwóch skierowaniach zaś od razu to rodzi skutki finansowe.

Następnie pan senator Cieślak zgłasza brak konsekwencji w przypadku art. 71 ust. 6, mianowicie dlaczego wydłużamy termin dostarczenia dokumentu uprawniającego do korzystania z ubezpieczenia, a równocześnie w innym miejscu określamy ramy czasowe. Otóż, w zapisie tego ustępu wychodzimy naprzeciw pacjentom, którym czasami zdarza się, że – nie z własnej winy, ale na przykład z powodu kradzieży dokumentu – nie są w stanie dostosować się do tego terminu, jednakże dopełniają obowiązku i przedstawiają dokument po tym terminie. A zatem, żeby wyjść naprzeciw pacjentom, otwieramy taką furtkę. Myślę, że ona nie narusza w niczym samej zasady, a w momentach trudnych życiowo pozwala pacjentowi na wywiązanie się z obowiązku dostarczenia dokumentu.

Jeśli chodzi o art. 116 i pytania o nocną pomoc w podstawowej opiece zdrowotnej, to ten zapis również już był w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Naturalnie ten zapis nie został dotychczas skonsumowany z powodu trudności organizacyjnych. I my też widzimy tę trudność organizacyjną. Istnieje jednak możliwość innego rozwiązania problemu. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie jest, naturalnie, w stanie pracować trzydzieści jeden dni w miesiącu po dwadzieścia cztery godziny. Może jednak tę opiekę nocną, na przykład na zasadzie zawartej z kimś umowy, zlecić. Mogą być umowy między kilkoma lekarzami rodzinnymi, którzy wspólnie rozwiązują ten problem, wzajemnie sobie przekazując tę opiekę w różnych godzinach nad całością wspólnych pacjentów. Opiekę nocną można zawrzeć w różnych formach organizacyjnych. Założeniem tego systemu jest, zresztą w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym było tak samo, żeby opieka nad pacjentem była jednak ciągła i w jednym ręku, bo ten lekarz zna najlepiej pacjenta, jego rodzinę i warunki, w których ten pacjent żyje.

Następnie, było zastrzeżenie do art. 117. Chodzi o opinię sejmiku. Otóż, w naszym pojęciu ta opinia sejmiku musi być faktycznie w formie uchwały, bo w taki sposób sejmik podejmuje swoje decyzje. W jaki zaś sposób sejmik wyda tę uchwałę, to myślę, że to jest do zorganizowania, tym bardziej, że takie decyzje indywidualne, to nie są decyzje często zmieniane i *ad hoc* podejmowane, tylko decyzje wymagające przemyśleń i dostosowania do okoliczności i warunków w danym miejscu i na danym terytorium.

Następnie były uwagi pana senatora Cieślaka do art. 119 ust. 2, gdzie są wymienieni lekarze specjaliści, do których ubezpieczony może udać się bez skierowania. Taka konstrukcja, w której są wymienione również okoliczności zdrowotne, w przypadku których ubezpieczony może korzystać bez skierowania z pomocy specjalistycznej, była w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Nie budziło to dotychczas wątpliwości, w związku z tym pozwoliliśmy sobie to powtórzyć. Naturalnie, można to inaczej zapisać, rozbijając ustęp na dwie grupy, formułując osobno zapis podmiotowy

i osobno przedmiotowy. Uważam, że uwaga jest słuszna i nie widzę żadnego powodu, żeby nie poprawić tego zapisu, jeżeli on budzi jakiegokolwiek wątpliwości.

Wątpliwość pana senatora Kulaka dotyczyła sposobu zakończenia funkcjonowania kas chorych itd. Reguluje to art. 204. Chciałabym również powiedzieć, że przygotowując projekt ustawy i przygotowując tę zmianę systemu płatnika, w Ministerstwie Zdrowia od wielu miesięcy trwają prace, które są w tej chwili już zakończone, które przygotowały sposób przejścia jednego systemu w drugi. To jest bardzo precyzyjnie przygotowane. Jeżeli więc będzie decyzja parlamentu o wdrożeniu ustawy w takim kształcie, to jesteśmy przygotowani, żeby wykonać tę pracę.

Przechodzę teraz do wątpliwości pana senatora Balickiego. Najpierw odnośnie do art. 20, czyli karty ubezpieczenia zdrowotnego. Ten pomysł był już w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. On był niezrealizowany. Różnie jest w różnych miejscach. Chcę zwrócić uwagę, że w tym artykule proponujemy ogromne uproszczenie karty. Uproszczenie to wiąże się, po pierwsze, z łatwiejszym sposobem jej wdrożenia, wykonania tego zadania, a poza tym, przede wszystkim, zmniejsza koszty wykonania takiej karty. Wydaje nam się, że w zależności od możliwości finansowych funduszu, już po roku, myślę, powinniśmy taką kartą dysponować. Rok, półtora roku to jest maksymalny czas, kiedy taką kartę uda nam się wdrożyć.

Następna uwaga, czy w tej chwili posługując się różnymi dokumentami, pacjent będzie miał jakiegokolwiek perturbacje czy utrudnienia w legitymowaniu swoich uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego? Otóż, nie będzie miał żadnych dodatkowych trudności, dlatego że będzie się posługiwał tymi samymi dokumentami. W tych dokumentach płatnik potwierdza, że na przykład pacjent jest zatrudniony albo ma inny tytuł, że płatnik za niego płaci i tak długo, dokąd nie ma tam stempla, że nie płaci albo my nie mamy takiej wiadomości, pacjentowi przysługuje to uprawnienie.

Tutaj ma ogromne znaczenie również identyfikacja, która jest prowadzona przez ZUS. ZUS prowadzi identyfikację płatnika ubezpieczonego. Z każdym miesiącem ta identyfikowalność jest znacznie wyższa. W związku z tym w funduszu będą się zbiegały informacje ze sprawozdań od świadczeniodawców, komu zostało udzielone świadczenie, a od ZUS i KRUS, komu przysługuje to świadczenie. Tak więc rolą funduszu będzie, żeby wprowadzić do tego ewentualne korekty, ale sam pacjent nie będzie z tego tytułu miał żadnych trudności ani perturbacji.

Następnie, art. 49 i kwestia kolejki i uprawnień pacjenta. Otóż, w proponowanej przez nas ustawie takich zapisów nie ma. Jednakże zapisy, które regulują tę sprawę, znajdują się w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. W zapisach dotyczących praw pacjenta zostały wyartykułowane zapisy, które gwarantują pacjentowi równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, a więc również zapisy, które mówią o ich organizacji. Powiedziałam na początku, że ta ustawa jest ustawą o zmianie płatnika, organizacja świadczeń natomiast jest zawarta w innych ustawach, między innymi w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Wydaje nam się więc, że jest to czytelne. Gdyby były jakiegokolwiek wątpliwości, to jesteśmy naturalnie za tym, żeby to prawo było jak najlepsze.

Limity cen i płatność ponad limit cen. Takie zapisy były w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, są również w pakiecie ustaw mówiących o prawie farmaceutycznym, ale przez uwagę pana senatora, przyjmując że jest zasadna, będziemy proponować wyprostowanie tej wątpliwości.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Zgłaszali się pan senator Pawłowski i pani senator Sienkiewicz. Oczywiście pozostali senatorowie również mogą, jeśli mają taką chęć, zabrać głos.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Przepraszam, były jeszcze pytania do Biura Legislacyjnego i do pana posła Owoca. Przepraszam.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Odpowiem krótko. W moim przekonaniu, Panie Senatorze, nie ma żadnego uchybienia w ustawie, jeśli chodzi o kwestie odwoławcze. Jest po prostu tak, że przyjęto pewną określoną koncepcję struktury funduszu, czyli struktury składającej się z oddziałów wojewódzkich i centrali – z jednej strony, a z drugiej strony fundusz posiada organy, które są umocowane do pewnych działań. Jakby nie ma takiej możliwości prawnej, żeby wewnątrz funduszu było jakieś postępowanie instancyjne.

Z całą natomiast pewnością jest zapewniona droga sądowa, a art. 96 ust. 3 stanowi że zarząd funduszu lub osoba przez niego upoważniona rozpoznaje i rozstrzyga odwołanie. Jest to więc taka furтка. Trudno jest mi odpowiedzieć, jak będzie umocowana w strukturze funduszu ta osoba, ale zapewne będzie to poczynione tak, aby było to sprzyjające sprawnemu rozpoznawaniu wszelkich kwestii spornych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pan poseł sprawozdawca, proszę bardzo.

Poseł Alfred Owoc:

Krótko. Jeśli chodzi o art. 49, to, Panie Przewodniczący, wydawało nam się, że tego rodzaju zapis formułujący jednoznacznie prawo ubezpieczonego to jest optimum. Mam natomiast świadomość, że może się pojawić wrażenie luki, co dalej, czyli chodziłoby o problem kolejkowy. Uznaliśmy, że cokolwiek będziemy pisać, to tylko skomplikujemy, a wcale nie rozwiążemy sprawy, pamiętając jakby, że wszystkie te problemy są wypadkową tego, co oczywiście niesie życie, a więc możliwości finansowych, możliwości organizacyjnych w rozumieniu tego, co jest w jednostkach służby zdrowia i w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, a następnie kolejności zgłaszania i wskazań zdrowotnych, których nie da się po prostu zdefiniować, wymierzyć. Można dyskutować, rozumiem, przesłanki, ale nie znaleźliśmy lepszego sposobu. Jednoznacznie natomiast i wręcz imiennie jest zapisane prawo ubezpieczonego, powtarzam, do skorzystania z takich świadczeń, które konsumują aktualną wiedzę, żeby najkrócej powiedzieć.

Co zaś do limitu, czyli art. 60, to kłamałbym, gdybym powiedział, że nie rodzi się we mnie wątpliwość i jakby zaczynam skłaniać się ku temu, co pan mówił, Panie Senatorze, że jest tu jednak chyba luka, aczkolwiek mam przeświadczenie, że posłowie w pełnej świadomości ten zapis tak sformułowali. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Teraz udzielam głos panu senatorowi Pawłowskiemu. Proszę bardzo.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Proszę państwa, diabeł tkwi przeważnie w szczegółach. Krytyka, która dotyczy służby zdrowia, moim zdaniem, stanowi nie tylko podłoże tej ustawy, ale dotyczy istnienia dwóch systemów: publicznych i niepublicznych, a w szczególności w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej. I tu mam pytanie do pani minister. Czy pani minister już w rozporządzeniach uwzględni fakt tego rodzaju, że skierowania do badań diagnostycznych z niepublicznych zespołów są przerzucone na publiczne zespoły. Nie wszyscy lekarze chętnie dają skierowania, i to jest krytyka pacjentów, że nie mogą otrzymać skierowań na badania diagnostyczne. Pacjenci są wysyłani na izbę przyjęć do pogotowia i w ten sposób przerzuca się ciężar kosztów. Z kolei jest nadmiar skierowań z publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Trzeba by tutaj znaleźć jakiś zdrowy, rozsądny środek.

Pani minister była uprzejma powiedzieć, że zapisy z art. 116, o które pytał pan senator Cieślak, pochodzą z poprzedniej ustawy i nie budzą kontrowersji. Ja jednak nie wiem, czy zapis zobowiązujący lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do nocnej, całodobowej opieki, nie może w razie czego wywołać jakichś skutków prawnych. Trzeba jednak zastanowić się, czy ten zapis powinien dalej funkcjonować. Jeżeli bowiem uchwalamy nową ustawę, to pewne braki można dzięki niej poprawić. To jest natomiast ustawa antyludzka i może pociągnąć za sobą skutki prawne w razie odmowy... Ja wiem, że niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej wykupują świadczenia w pomocy doraźnej, ale lekarz publicznej podstawowej opieki zdrowotnej nie ma takich możliwości, bo nie ma na to środków. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Proszę bardzo panią senator Sienkiewicz.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Z częścią pytań zostałam wyprzedzona przez kolegów. Na część pytań uzyskałam przy okazji odpowiedź, bo rozszerzona była wypowiedź pani minister, i to jest cenne. Jestem natomiast bardzo kontenta, że jeszcze może kiedyś doczekam tej karty ubezpieczenia zdrowotnego, za półtora roku, może za dwa lata, ale jestem ogromnie ciekawa, jeżeli już jej doczekam, z jakich środków zostanie ona sfinansowana. Czy wytworzenie tej elektronicznej zapewne karty, inteligentnej karty magnetycznej, nie uszczupli środków pochodzących ze składek, środków przeznaczonych na ubezpieczenie zdrowotne? Czy właśnie koszty te nie znajdują się w środkach, których ciągle brakuje na ochronę zdrowia? Ale to jest takie pytanie przy okazji.

Mój niepokój wzbudził art. 111, czytany w konkretnej sytuacji dnia dzisiejszego. Otóż fundusz może dokonać zmiany krajowego planu w trakcie roku, którego ten plan dotyczy, i są podane dwa przypadki: uzasadnione potrzebami zdrowotnymi i w związku z innymi niż prognozowano wpływami do funduszu. A do tego ta zmiana musi odpowiadać zasadom określonym w art. 109, czyli świadczenia powinny wynikać z aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, czyli powinny być na odpowiednim poziomie.

I teraz, czy fundusz, będąc następcą prawnym kas chorych, będzie kontynuato-rem również ich praktyki, bardzo negatywnej praktyki, w postaci degresywnego finansowania, z jakim mamy obecnie do czynienia? Czy to nie jest taki przepis już z wyprzedzeniem, który pozwoli funduszowi przejąć na dzień dzisiejszy zawierane umowy i w momencie przejścia tych umów, łącznie z tymi niesławnymi aneksami, nie stanie się tak, że fundusz w związku z innymi niż prognozowano wpływami zechce spowodować zmiany, które będą pogorszeniem warunków finansowych zawartych umów?

Oczywiście, moje pytanie można natychmiast skategoryzować jako gdybanie, ale wynika ono z praktyki, z którą mamy dzisiaj do czynienia i z rzeczywiście degresywnym finansowaniem świadczeń zdrowotnych. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Kolejny zgłaszający się to pan senator Bielawski.

Proszę bardzo.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chcę się odnieść do art. 38, mianowicie w ust. 3 jest powiedziane, że oddziały wojewódzkie funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. W oddziałach wojewódzkich funduszu mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach wynikających ze statusu funduszu. W licznych wypowiedziach, w publikacjach pan minister Łapiński mówił, że główną oszczędnością przy przejściu majątku kas chorych będzie likwidacja placówek terenowych. Nie wiem więc, dlaczego ten zapis tutaj się znalazł. Uważam, że powinien być z tego ust. 3 usunięty ten zapis o tworzeniu placówek terenowych. Z praktyki, jaką osobiście, że tak się wyrażę, doświadczyłem, istnienie terenowej placówki tylko spowalnia dostarczenie dokumentacji do kas chorych. W zasadzie placówka terenowa jest czymś w rodzaju skrzynki kontaktowej, a wymaga odpowiedniego zatrudnienia.

Pragnę również odnieść się do tego przepisu, że fundusz jest następcą prawnym kas chorych. Dalej, wydaje mi się, że jest marzeniem nierzeczywistym, że ludzie, którzy są w tej chwili w kasach chorych zaczną inaczej działać w funduszu. Wyjawszy jakichś merytorycznych urzędników, to nie wydaje mi się, że jest to pomysł nie wymagający zmian również personalnych.

Pragnę jeszcze odnieść się do tej nieszczęsnej pomocy wyjazdowej. Ponieważ, tak jak zapis w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym był z tą wyjazdową pomocą martwy, tak nadal będzie martwy w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wydaje mi się, że bezpieczniejsze jest wykreślenie, nawiązując do wypowiedzi senatora Pawłowskiego, pomocy wyjazdowej i jeżeli

zaistnieją warunki, które pozwolą na wprowadzenie tego przepisu, to przecież... Sądzę zresztą, że jeszcze do końca tej kadencji ta ustawa będzie na pewno nowelizowana, ponieważ pewne rzeczy okażą się mało praktyczne.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Zgłasza się jeszcze pani senator Janowska. Proszę bardzo.

Senator Zdzisława Janowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Mnie niepokoi tutaj pewien zapis, a mianowicie poprawka, jak zrozumiałam, wprowadzona w Sejmie i już my tego zapisu nie mamy, otóż chodzi o art. 9 ust. 2 ustawy, gdzie pozbawia się ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin z grup społecznych najbiedniejszych. W tymże mianowicie zapisie w art. 9 ust. 2 pktach 24, 25, 26 mówi się o osobach ubezpieczonych, wymienia się bezrobotnych, osoby pobierające zasiłek przedemerytalny, osoby pobierające rentę socjalną, wyklucza się natomiast członków rodzin tych osób, zakładając że właśnie te osoby zapłacą same za członków tychże rodzin. Jest to przecież absolutnie niemożliwe do wykonania i stawia na marginesie kolejne grupy społeczne. Tak więc bardzo proszę o wyjaśnienie tej kwestii i przedstawienie w tym względzie stosunku resortu.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani senator Janowskiej.

Czy ktoś jeszcze z państwa, pań i panów, senatorów chce zabrać głos?

Jeśli nie, to chcę jeszcze wrócić, już ostatni raz, do karty ubezpieczenia zdrowotnego. Przypominam sobie bowiem informacje telewizyjne z ostatnich dni tego roku dotyczące prawa jazdy i obowiązku wymiany przez kolejne roczniki prawa jazdy, tak żeby móc z niego korzystać, i problemy jakie były z tym związane. A dotyczyło to przecież bardzo ograniczonego kręgu osób. Zapis w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nie jest szkodliwy, bo po prostu, gdy nie będzie wykonany, to nic się nie stanie. Ale to jest zapis, który z powodów czysto praktycznych ma niewielkie szanse na to, żeby był zrealizowany. Nie da się bowiem wprowadzić trzydzieści osiem milionów kart ubezpieczenia zdrowotnego, będzie ich trochę mniej, jednego dnia. W związku z tym, w jaki sposób to będzie to wprowadzane?

I teraz, czy zakłady opieki zdrowotnej, inni świadczeniodawcy, którzy mają podpisaną umowę, za każdym razem będą musieli jej wymagać... Muszę powiedzieć, że obawiam się, że to jest logistycznie – w przypadku, gdy ubezpieczenie ma charakter powszechny i nie ma w tej chwili takiego dokumentu, który byłby w tej liczbie wydany dla wszystkich obywateli, bo dowody osobiste mają tylko osoby dorosłe – tak trudne przedsięwzięcie, tak niezwykle trudne zadanie, że skupienie uwagi na czymś takim, co nie zmienia funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych, może być skierowaniem energii niekoniecznie w tym kierunku, który jest najważniejszy, a wymagać to będzie w jakimś tam okresie niezwykle dużego zaangażowania logistycznego. To podaję do rozważenia. To, oczywiście, nie przeszkadza w żaden sposób w wprowadzeniu

ustawy w życie czy w jej funkcjonowaniu, ale jest takim zapisem trochę, moim zdaniem, nierealistycznym.

Jeśli nie ma innych pytań, to proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Będę się starała odpowiedzieć na kolejno zadawane pytania. Pan senator Pawłowski zgłaszał uwagę w sprawie różnicy między publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej i ewentualnym, rozumiem, przerzuceniu kosztów na publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Otóż to przerzucanie kosztów jest patologią i my naturalnie staramy się takie zapisy sformułować, żeby tej patologii zapobiec. I to, co musi zapobiegać tej patologii, to będzie między innymi, wydanie odpowiednich rozporządzeń, które mówią o pakiecie, co się mieści w pakiecie świadczenia zdrowotnego, udzielanego na przykład przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Czyli ten lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, żeby podpisać kontrakt, będzie musiał wykonać odpowiednią liczbę badań diagnostycznych. Jeżeli on tych badań nie wykona, to znaczy, że nie wykonał tego kontraktu i to już jest kwestia sprawdzenia przez oddział wojewódzki, który podpisuje kontrakt i który ten kontrakt rozlicza i sprawdza wykonanie, tak żeby tej patologii nie było.

My sobie zdajemy sprawę, że w tej chwili ta patologia istnieje i ta patologia jest między innymi spowodowana tym, że bardzo dużo kosztów jest przerzucanych na zakłady leczenia zamkniętego. Ogromny wzrost hospitalizacji, który nastąpił w okresie funkcjonowania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie wynika z proporcjonalnego wzrostu zachorowań, tylko właśnie z przerzucania tychże kosztów na szpitale. Tak więc mamy tego świadomość. Jest to przedmiotem naszej troski i takie uregulowania są przewidziane.

Chciałabym natomiast powiedzieć bardzo wyraźnie, że równość funkcjonowania wszystkich podmiotów na rynku świadczeń zdrowotnych jest w tej ustawie zapewniona. To jest zupełnie inne zagadnienie. A zatem zarówno publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, jak i wszystkie prawnie dopuszczone formy udzielania świadczeń zdrowotnych, mają zapewniony równy dostęp do podpisywania kontraktów w ramach swoich uprawnień i świadczeń. To są te dwie rzeczy. Przerzucanie kosztów jest patologią, przed którą staramy się tutaj zabezpieczyć, jak również zabezpieczamy równowagę podmiotów funkcjonujących.

Następne pytanie pana senatora dotyczyło nocnej pomocy lekarskiej. Otóż, chciałabym tutaj raz jeszcze wrócić do zapisu o nocnej pomocy lekarskiej. Mówi się zatem o tym, że lekarz zapewnia jej zorganizowanie. W związku z tym są różne formy podpisania kontraktu na tę nocną pomoc lekarską. W opracowanym pakiecie czynności, które musi wykonać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniając świadczenie na rzecz pacjenta, nocna pomoc lekarska jest skwantyfikowana. Ona będzie skwantyfikowana jeśli chodzi o zawieranie kontraktów. A zatem, jeżeli nie będzie wykonana, to wtedy fundusz w imieniu ubezpieczonego zawrze z kim innym umowę na tę usługę, na przykład z pogotowiem ratunkowym, czy z grupową praktyką, która będzie miała taką możliwość. Czyli pacjent, który ma uprawnienie do takiego świadczenia będzie miał to świadczenie zapewnione. Naturalnie najlepiej, żeby to zapewnił lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ale jest to możliwe w różnych formach organizacyj-

nych, przesłanką zaś do zapewnienia nocnej pomocy jest wydzielenie tego elementu w samym kontrakcie.

Następnie, pytanie pani senator Sienkiewicz, odnoszące się do kart ubezpieczenia zdrowotnego. Otóż w naszej koncepcji te karty są kartami najprostszymi. To nie są karty inteligentne, karty elektroniczne, które są bardzo drogie, które głównie właśnie z powodu teźże przeszkody nie zostały dotychczas zrealizowane. Są to natomiast karty najprostsze. Z przyjemnością, nie mam go w tej chwili, ale na popołudnie ściągnę ten dokument, w którym na podobne zapytanie posłów przedstawiłmy na piśmie szczegółowe dane odnośnie teźże karty. Będzie to również odpowiedź na wątpliwość pana senatora. Powielimy ten materiał i prześlemy państwu senatorom tę odpowiedź.

W związku z tym, że to będzie karta najprostsza, jej koszt opracowania również będzie mały. My ten koszt szacujemy mniej więcej na 1zł za jedną kartę. Z tym, że w tej chwili w rozmowach przy umowach offsetowych również są brane pod uwagę takie rozwiązania, żeby to był koszt, który tam zostanie umieszczony. Jeżeli natomiast musiałby być umieszczony w kosztach własnych funduszu, to w sumie wysokość około 40 milionów zł nie jest wysokością porażającą, a znakomicie usprawni nam funkcjonowanie systemu i możliwość identyfikowania praw tychże pacjentów.

Tak więc, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to my dostarczymy ten dokument, który jest już gotowy. Przepraszam, nie przewidzieliśmy, że w tej chwili trzeba będzie go przekazać.

(Przewodniczący Marek Balicki: Z dużą przyjemnością powielimy go i powrócimy wtedy do sprawy, bo tam jest przecież problem, że co trzydzieści dni trzeba te karty aktualizować.)

Ten dokument to jest takie robocze wyjaśnienie. Jest tam to wszystko, Panie Senatorze, przewidziane.

(Przewodniczący Marek Balicki: Wrócimy do tego, jak będzie to wyjaśnienie.)

Tak, tak, z przyjemnością.

(Przewodniczący Marek Balicki: Dziękuję bardzo.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jest to wbrew pozorom bardzo prosta karta. Udało się tak to zaprojektować. Te wszystkie wątpliwości są tam wyjaśnione.

Następna sprawa, to jest możliwość zmiany planu finansowego, o który pytała pani senator. To jest związane z art. 111. Tak, my musimy mieć uwzględnioną możliwość zmiany planu finansowego. To są bowiem, jak państwo wiecie doskonale, pieniądze publiczne i pieniądze, które wynikają ze stanu gospodarki państwa i tego, jakimi pieniędzmi budżet dysponuje. W związku z tym plan finansowy ma kontrasygnatę ministra finansów. Minister finansów jest jedną z osób, która ma prawo wnoszenia, że tak powiem, o zmianę planu finansowego, co wydaje nam się naturalne i logiczne.

Czy jest to, jak gdyby, zapowiedź i groźba tego, że będą zmniejszane plany finansowe, zmniejszana wysokość kontraktów? Otóż, trzeba sobie powiedzieć bardzo wyraźnie, że jeżeli w systemie zmniejszy się ilość środków finansowych, to naturalnie będzie to musiało rzutować na zmniejszenie ceny świadczeń zdrowotnych, dlatego że musi się to wszystko mieścić w planie finansowym i w puli środków finansowych, którą dysponuje system. Wydaje nam się natomiast, że takiego zagrożenia, jeżeli się nic nadzwyczajnego nie będzie działo, nie ma. Jednak są pewne stabilne elementy dopływu środków finansowych, które takiego zagrożenia w sobie nie niosą.

To, że w tej chwili w niektórych kasach, podkreślam: w niektórych kasach, jest obniżenie wartości kontraktów, to właśnie dlatego uważamy, że nie powinna każda kasa kierować się innym planem finansowym, inną gospodarką finansową. Stąd nasza propozycja ujednoczenia systemu. Obniżenie kontraktów dotyczy, podkreślam, niektórych kas. Nie dotyczy to wszystkich kas.

Następna kwestia. Pan senator Bielawski przekazuje swoją wątpliwość odnośnie do punktów informacyjnych i możliwości ich tworzenia na terenie kraju. Otóż, chciałam zwrócić uwagę, że tam jest zapis, że te punkty mogą być tworzone, a nie muszą być tworzone. To jest pierwsza sprawa. Jeszcze na marginesie tego chciałabym powiedzieć, że jest to zmiana zapisu przedłożenia rządowego. W przedłożeniu rządowym było to nieco inaczej sformułowane. Jest to zapis, który wyszedł z prac sejmowych. My zaś uważamy, że liczba tych punktów musi być dostosowana do zadań, które są w oddziałach. Są różne województwa o różnej rozległości terytorialnej, o różnym w związku z tym obciążeniu zadań danego oddziału, punkty informacyjne natomiast będą służyły wyłącznie wygodzie pacjentów, bo po to są one tworzone. Trudno żeby pacjent, mając chociażby jakieś pretensje do funduszu, musiał daleko z tymi pretensjami jeździć. Mówię tutaj, naturalnie, w skrócie myślowym. Tak więc te punkty są w ten sposób zaprogramowane. To są takie struktury i nie przewidujemy nadmiernej liczby takich punktów. W porównaniu do obecnych struktur terenowych na pewno będzie ich zdecydowanie mniej.

Następna kwestię – nocna pomoc lekarska, o której pan senator był uprzejmy też mówić, już wyjaśniałam, że jest to kwestia organizacji.

Pani senator Janowska zwraca uwagę na ewentualne niebezpieczeństwo, że rodziny osób, które są wymienione w pktach 25, 26 i 27 nie będą mogły, jak gdyby, korzystać z ubezpieczenia zdrowotnego. Otóż, chcę zwrócić uwagę pani senator na zapis ust. 2 tegoż artykułu, który mówi, że status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia osoby, o których mowa, czyli zapewnia świadczenia rodzinom tychże osób. W ust. 2 jest to zawarte w sposób, uważam, bardzo wyraźny. Jeżeli coś budzi wątpliwość, to chętnie dalej wyjaśnię.

Panu przewodniczącemu na pytania już odpowiedziałam. Wspomniany dokument dostarczymy.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Bielawski jeszcze się zgłasza.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący, za udzielenie głosu.

Pozwolę sobie nie zgodzić się z panią minister w sprawie oddziałów terenowych funduszu. Jeżeli pozostanie w tym zapisie taka możliwość, to one będą tworzone, zawsze bowiem znajdzie się uzasadnienie, a struktury biurokratyczne mają to do siebie, że się łatwo mnożą.

Co zaś do zmniejszania, że tak się wyrażę, wyceny poszczególnych procedur przez kasy chorych, to też pozwolę sobie zauważyć, że Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych, poczynając od roku 2000, obniża wysokość zapłaty za poszczególne procedury. To ma miejsce również przy zawieraniu kontraktów w bieżącym roku.

I jeszcze uwaga natury ogólniejszej. Fundusz będzie startował w znacznie gorszej sytuacji aniżeli to było w 1999 r., gdy startowała tak zwana reforma, która powołała kasy chorych. Na posiedzeniu Senatu pan wicepremier Balcerowicz opowiadał, że budżet przewidziany na funkcjonowanie ochrony zdrowia, na rozruch kas chorych, jest zwiększony o 14%. No i, rzeczywiście, chyba tak było. Z tym, że dzisiaj, na przykład we Wrocławiu, kasa chorych mieści się przy ulicy Joannitów, niedaleko Dworca Głównego, i jeżeli ktoś by się przeszedł tą ulicą, to nie musi czytać szyldu, bo od razu trafi do kasy chorych, ponieważ jest tak odremontowana, nie tylko wewnątrz, ale i zewnątrz. Jest to zły przykład, przejęty również z Zachodu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Prosiłbym jeszcze, abyśmy kończyli już stawianie pytań i następnie przeszli do dyskusji. W zasadzie pan senator wprowadził już nas w fazę dyskusji.

Pan przewodniczący Owoc chciał odpowiedzieć na pytanie i potem jeszcze pani senator Krzyżanowska. Prosiłbym zatem, abyśmy na razie pozostali jeszcze w fazie pytań i odpowiedzi, ale, jak rozumiem, ten etap zbliża się do końca i przejdziemy do dyskusji, zgłaszania wniosków i formułowania opinii.

Proszę bardzo, pan poseł Owoc.

Poseł Alfred Owoc:

Dziękuję serdecznie.

W przypadku biur terenowych, to, oczywiście, świadomie zawarliśmy – mówię o posłach i posłankach w Sejmie – zapis umożliwiający tworzenie biur terenowych. Uwzględniając realia społeczne, organizacyjne, można mnożyć tutaj tego rodzaju uwarunkowania, wydaje nam się, że jest to konieczne. Trudno zawrzeć jakieś sztywne parametry, bo chyba przedobrzylibyśmy. Szczerze mówiąc, trudno mi uwierzyć, że nie ma potrzeby, żeby takie biura powstały, choćby w dwóch największych województwach: mazowieckim i poznańskim, gdzie odległość jest dominantą, czy na przykład na Śląsku, gdzie jest tak duże zagęszczenie ludności.

Co zaś do tej tak zwanej polityki pałacowej, to ja cały czas odnoszę się tutaj do przykładu ZUS i oddziału chorzowskiego, gdzie w 1928 r. położono w gmachu marmury, który to cały gmach był budynkiem użyteczności publicznej, bez względu na władzę, jaką historia wymuszała. I do dnia dzisiejszego ta podłoga, cała estetyka jest zachowana i służy ludności. Myślę, że warto przypomnieć tu nasze stare polskie porzekadło, że Polak jest mądry po szkodzie, albo też, że trzeba być bardzo bogatym, żeby tworzyć takie doraźne i krótkoterminowe rozwiązania. Mówiąc krótko, te spory do niczego nie prowadzą, aczkolwiek rzeczywiście mają spory walor propagandowo-agitacyjny. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję uprzejmie.

Jesteśmy jeszcze na etapie zadawania pytań.

Proszę bardzo, pani senator Krzyżanowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

Chcę jeszcze odnieść się do spraw ogólnych. Może więc zabiorę głos w następnej fazie, bo to już nie jest pytanie, tylko – jak powiedziałam – wątpliwości i stwierdzenia. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z państwa, pań i panów, senatorów chciałby zadać pytanie? Czyli, rozumiem, teraz zakończymy na wypowiedzi pani minister etap pytań i odpowiedzi.

Może teraz, na koniec, prosiłbym jeszcze o ustosunkowanie się do opinii Biura Legislacyjnego, do tych wszystkich wniosków, tak aby po przejściu do drugiej części, gdy będą formułowane i zgłaszane wnioski, senatorowie znali również stanowisko rządu w sprawie uwag Biura Legislacyjnego Senatu.

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Chcę tylko odnieść się do uwagi pana senatora Bielawskiego odnośnie stałego zmniejszania wartości kontraktu w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych. Otóż, analizując przyczyny, dlaczego tak się działo w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych, trzeba stwierdzić, że niestety tam kasa chorych stała się jak gdyby tylko płatnikiem, a nie kontraktującym świadczenia, czyli każda liczba wykonanych świadczeń była płacona. W związku z tym musiała płacić coraz mniej, bo plan finansowy był jeden. Nie było natomiast na przestrzeni czasu prawidłowego, że tak powiem, planowania kontraktacji świadczeń. Stąd zaistniała taka sytuacja, a ja myślę, że właściwe planowanie potrzeb zdrowotnych zapobiegnie w przyszłości takim sytuacjom.

Czy do uwag Biura Legislacyjnego mógłby ustosunkować się dyrektor naszego Departamentu Prawnego?

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę bardzo.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Prawnego
w Ministerstwie Zdrowia Władysław Puzoń:**

Zgadzamy się z pierwszą uwagą Biura Legislacyjnego Senatu, jako że istotnie ustawa o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym weszła w życie podczas końcowych już prac w Sejmie nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. To jest więc bardzo słuszna uwaga.

Co zaś do drugiej uwagi, to nie uważamy, że konieczne trzeba wprowadzać proponowany zapis do ustawy o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych, nie jest to bowiem jedyna ustawa, która ma prawo do znoszenia czy likwidowania urzędów centralnych. Jeśli nie jest to jasne na gruncie tej ustawy, proponujemy ewentualnie zapis

w art. 208 ust. 1, że „z dniem wejścia w życie ustawy znosi się Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych”. Według mnie nie budzi to wątpliwości, ale jeśli jest taka wątpliwość, to proponujemy rozstrzygnąć to w tejże ustawie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi.

W ten sposób możemy przejść do otwartej dyskusji z udziałem zaproszonych gości. Chcę powiedzieć, że tak zaplanowaliśmy czas posiedzenia komisji, żeby każdy mógł zabrać głos, również zadać pytanie do przedstawicieli rządu, w poszczególnych kwestiach.

Panie i panowie senatorowie mogą formułować wnioski, a jednym z możliwych wniosków jest właśnie zgłoszenie poprawki. Przedmiot naszej pracy jest niezwykle złożony i każda poprawka będzie musiała być przed głosowaniem dokładnie obejrzana przez Biuro Legislacyjne, tak żeby przedstawić prawidłową z legislacyjnego punktu widzenia opinię. Dlatego proszę o zgłaszanie wszystkich propozycji poprawek na piśmie.

Około godziny 14.00 ogłosimy przerwę i w tym czasie będzie można przygotować poprawki, a następnie po zakończeniu przerwy zgłosić je. Tak więc niekoniecznie musi to się stać do godziny 14.00. Chyba nie skończymy posiedzenia do godziny 14.00. Prosiłbym jednak wszystkich – panie i panów senatorów, o przygotowanie się do tego, żeby złożyć poprawki na piśmie. Złożymy je po przerwie, a później Biuro Legislacyjne będzie musiało na to spojrzeć i chyba przygotować zestawienie wszystkich wniosków pod głosowanie. Chodzi o to, żebyśmy w przypadku każdej poprawki mieli jasność co do stanowiska rządu, co do stanowiska Biura Legislacyjnego i żeby głosowanie sprzyjało poprawieniu ustawy, tak żeby mogła wejść w życie w kształcie najbardziej korzystnym.

A zatem otwieram dyskusję. Pierwsza do dyskusji zgłosiła się pani senator Krzyżanowska. Widzę już kolejne zgłoszenia i zapisuję je.

Proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

Chcę wrócić do spraw ogólnych. Chcę powiedzieć, że wszyscy zdajemy sobie sprawę, że w tej ustawie mamy po prostu do czynienia z centralizacją zarządzania. Pieniądze bowiem będą decydować o tym, czy poszczególne placówki będą mogły wykonywać w poszczególnych regionach swoje usługi. I wydaje mi się wysoce niewłaściwe, aby w tym układzie, gdzie jednak o rozdziale pieniędzy będzie decydować się centralnie, minister zdrowia, który będzie miał zasadniczy na to wpływ, sam siebie nadzorował. Wydaje mi się, że wnioski, które tutaj otrzymaliśmy, żeby jednak nadzór był sprawowany również przez ministra finansów, choćby od strony finansowej, już nie mówię o merytorycznej, są właściwe.

Chcę też wrócić jeszcze do sprawy składu rady funduszu. Proszę państwa, z wyjątkiem dwóch osób, przedstawiciele rady funduszu to są przedstawiciele rządu. Trudno od nich żądać, żeby oni występowali przeciwko rządowi, którego są członkiem. Wydaje mi się natomiast, że w radzie funduszu potrzebni są nie zaproszeni goście, ale przedstawiciele organizacji pracowników, którzy będą to wszystko wykonywać. Po

prostu wydaje mi się, że wtedy rada będzie słyszała głosy krytyczne od razu na górze, w radzie, a nie dopiero wtedy, gdy coś na dole zacznie się źle dziać.

Następna rzecz. Z tego, co pan przewodniczący był uprzejmy powiedzieć, rozumiem że będą tutaj wypowiedzi przedstawicieli różnych urzędów i związków. Mamy zresztą przekazaną nam dokumentację. Wydaje mi się bowiem, że jest w niej kilka spraw, na które naprawdę warto zwrócić baczną uwagę. Na przykład, proszę państwa, sprawa, którą poruszyła pani senator Janowska, mianowicie chodzi o składkę za rodziny bezrobotnych. To nie jest pozbawienie praw, tak jak to, zdaje się, pani senator mylnie przedstawiła. Przepraszam, że mówię to pod jej nieobecność. Ale to była chyba pomyłka, tu nie pozbawia się rodziny bezrobotnych praw. Obniża się zaś, mówmy sobie jasno, wielkość środków funduszu. Po prostu o tyle mniej pieniędzy zostanie fundusz. Chodzi mi o to, żeby podczas głosowania jasno sobie zdawali z tego sprawę.

I taka rzecz, może już bardziej, powiedziałabym, polityczna. Proszę państwa, rozumiem, że fundusz jest prawnym następcą kas chorych, rozumiem, że będą nowe aneksy, nowe kontrakty pracy, ale na litość boską, czy przy każdej zmianie musimy robić trzęsienie ziemi? Czy naprawdę ludzie w kasach, wszyscy, którzy tam byli... Rozumiem, że szefowie kas byli z politycznego wyboru, ale, na litość boską, pracuje tam sporo ludzi, którzy się czegoś nauczyli, nawet na własnych błędach. Z niepokojem myślę o losie różnych urzędników w terenowych kasach chorych. To będzie następny powód do smutku, niezadowolenia i wściekłości. Czy my za każdym razem musimy tak robić? Naprawdę wydaje mi się, że nie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Czy ktoś z państwa, pań i panów, senatorów chce w tym momencie zabrać głos? Jeśli nie, to...

Pan senator Bielawski, proszę bardzo.

Senator Janusz Bielawski:

Patrzę przez pryzmat województwa dolnośląskiego, gdzie praktycznie nie ma szpitala, który nie byłby zadłużony. Rozmiary tegoż zadłużenia przybierają formy wręcz groteskowe. W tej chwili to zadłużenie obrasta poprzez odsetki, poprzez ściąganość wierzytelności przez komornika, poprzez koszty sądowe. Wydaje mi się, że to zjawisko będzie rzutowało na start funduszu. Najgorsze jest w tym wszystkim, że przyczyny tych długów są upatrywane w wielu takich, powiedziałabym, *ad hoc* wymyślanych przyczynach. I do tego się dopasowuje lekarstwo. Takim lekarstwem było wymyślenie przez ministra Maksymowicza kontraktów menedżerskich. Jak to się sprawdziło, to chyba wszyscy, jak Polska długa i szeroka, wiedzą. Ja znam taki przypadek, gdzie taki pozał się Boże menedżer, czując że go wreszcie starosta wywali, wypłacił sobie premię, drobiazg, 200 tysięcy zł. A ZOZ był zadłużony. Jego następca usiłuje tę należność odzyskać i sprawa, na co wskazała kontrola skarbową, również inne kontrole, po skierowaniu do sądu jest umarzana w kolejnej instancji. Ponieważ żyjemy w państwie prawa, to widocznie miał prawo wziąć sobie taką premię.

Dalej, przynajmniej na Dolnym Śląsku, upatruje się, że jest za dużo szpitali i za dużo łóżek szpitalnych, za dużo hospitalizacji itd., itd. Jest na to przewidziane lekar-

stwo – likwidować łóżka szpitale, likwidować co poniektóre oddziały itd., itd. Pozwolę sobie zauważyć tutaj, że jeżeli już ma do tego dojść, to należy likwidować całe szpitale, przekształcać je w placówki opiekuńczo-lecznicze czy coś podobnego i nie dopuścić do dzikiej prywatyzacji i do zniszczenia majątku tych szpitali.

A informacje, że w Polsce jest nadmierna liczba łóżek i lekarzy, to też należy między bajki włożyć. Biuro Statystyczne Unii Europejskiej „Eurostat” opublikowało 5 grudnia podstawowe dane dotyczące dziesięciu krajów kandydujących pod względem wskaźników dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej i pod tym względem Polska zajmuje albo środkowe albo ostatnie miejsca.

Pozwolę sobie tutaj przytoczyć kilka danych. Otóż najgorzej wypadamy w dziedzinie opieki medycznej. Polska jest na ostatnim miejscu pod względem liczby łóżek szpitalnych, a na przedostatnim pod względem liczby lekarzy. Na sto tysięcy mieszkańców Polski przypadają czterysta dziewięćdziesiąt cztery łóżka szpitalne i dwustu dwudziestu lekarzy. Mniej lekarzy jest tylko na Słowacji, gdzie ich liczba w przeliczeniu na sto tysięcy mieszkańców wynosi dwieście piętnaście. Średnia liczba łóżek szpitalnych na sto tysięcy mieszkańców w krajach Unii Europejskiej wynosi sześćset trzydzieści, w krajach kandydujących natomiast sześćset siedemdziesiąt dwa. Najwięcej łóżek jest w Czechach i na Słowacji. W Unii Europejskiej na sto tysięcy mieszkańców przypadka średnio trzystu siedemdziesięciu pięciu lekarzy, w krajach kandydujących trzystu dwudziestu czterech. Najwięcej na Malcie i w Czechach.

Nie mam zamiaru przytaczać całej statystyki, ale te wskaźniki skłaniają do tego, żeby się zastanowić na tym, czy jedynym lekarstwem poprawienia ochrony zdrowia jest likwidacja łóżek szpitalnych i likwidacja szpitali. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Naturalnie nie chcę polemizować z tym, co pan senator był uprzejmy przedstawić. Dysponujemy jednak danymi, które pochodzą z opracowania Banku Światowego, a które porównują liczbę łóżek szpitalnych w krajach będących już członkami Unii Europejskiej z tym, co ma miejsce w Polsce. Dane, które przytaczał pan senator, dotyczą tylko krajów kandydujących. Przegląd tamtych wszystkich krajów, bardzo szeroko opracowany audyt, mówi, że mamy znacznie więcej łóżek szpitalnych niż kraje członkowskie. Ten wskaźnik jest u nas znacznie wyższy. Również w liczbie lekarzy nie jesteśmy najgorsi. Tak więc te dane są różne, w zależności w stosunku do czego są przedstawiane.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Prosiłbym teraz o zabranie głosu pana Konstantego Radziwiłła, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Proszę bardzo.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo! Muszę powiedzieć, że chociaż siedzimy tutaj już dosyć długo, nie usłyszałem jeszcze ani jednego głosu, który by entuzjastycznie przyjmował proponowane regulacje, co mnie trochę zaskakuje, bo wydawało się, że powinno być inaczej.

Nic dodać nic ująć do diagnozy, którą postawił pan poseł Owoc, mówiąc o tym, że sytuacja w służbie zdrowia jest dramatyczna. Trzeba powiedzieć, że oczekiwania, zarówno pacjentów, jak i lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, w stosunku do reformy są ogromne. Niestety, z większości wypowiedzi, pod prawie wszystkimi dotychczas usłyszanymi właściwie mogę się podpisać, nie wynika, żeby ustawa, nad którą państwo pracują, miała cokolwiek z tych niedogodności czy tych problemów rozwiązać.

I tak w największym telegraficznym skrócie. Zacznę od finansów, bo one oczywiście są tutaj podstawą. Ustawa w żaden sposób nie zapewnia lepszego finansowania. I to, co w tej chwili już widzimy, to znaczy bankructwo, bo tak to trzeba nazwać, mimo że takiego słowa nie stosuje się w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, ale realne bankructwo tych zakładów opieki zdrowotnej na skalę zupełnie niespotykaną, tak jak ktoś z państwa powiedział – groteskową już właściwie, jak również bankructwo kas chorych, przeniesie się dalej na Narodowy Fundusz Zdrowia. Nic nie wskazuje na to, żeby miało być inaczej.

A dlaczego? Ano dlatego, że po pierwsze, nie mówi się o tym w jaki sposób składka ma w istotny sposób wzrosnąć. Jestem jednym z tych, którzy nie dadzą sobie wyperswadować, że regulacja którą zaproponowano, to znaczy żeby wzrost składki w następnych latach obciążał obywateli, utrzymała się w następnych latach. Już w tym roku protest o te 0,25 punktu procentowego był tak ogromny, że jestem przekonany, że to są gruszki na wierzbie. Po prostu nie ostanie się to, żeby obywatele z własnej kieszeni dopłacali za kilka lat po kilkaset złotych do ochrony zdrowia. Po prostu to nie będzie akceptowane przez społeczeństwo. Ustawa zupełnie nie otwiera zaś innych możliwości finansowania. Zamknęła na być może wiele lat możliwość ubezpieczeń alternatywnych i dodatkowych, o których nie ma ani słowa w tej ustawie i w ten sposób zamyka się po prostu możliwość myślenia o tym, że tych pieniędzy będzie więcej.

Następnie, jeżeli chodzi o same pieniądze, to proszę zwrócić uwagę, że jest wyraźna nierównowaga między art. 21, 22 i 23 ustawy. Art. 21 mówi o tym, że składka będzie wzrastać kosztem obywateli, zgodnie z regulacjami ustaw ołokopodatkowych przyjętych na początku roku, w art. 22 natomiast, gdzie mowa jest o rolnikach, i w art. 23, gdzie jest mowa o osobach, za które płaci budżet, nie przewiduje się w ogóle żadnego wzrostu składki, a zatem wzrost będzie dotyczył tylko tych, którzy płacą za siebie z własnej kieszeni. To jest rozwiązanie które, jak mówię, po prostu się nie ostanie, a w związku z tym nie wiem jak będzie z dalszym wzrostem finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Następna kwestia. Proponowana ustawa całkowicie powieli błędy poprzedniej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w zakresie monopolu, jaki ma płatnik w stosunku do świadczeniodawców. Jedyne realne sposoby zawierania umów, to znaczy konkurs ofert, jak również rokowania z pozycji siły, gdzie nie ma wspólnego reprezentanta świadczeniodawców – ani świadczeniodawców instytucjonalnych, ani świadczeniodawców indywidualnych, w przypadku których są przecież gotowe do tego

podmioty, jakimi są na przykład samorzady zawodów medycznych – powiela to, co po wielokroć było krytykowane w stosunku do kas chorych. A więc konkurs ofert jest po prostu konkursem ceny, a nie jakości. W relacji między słabym świadczeniodawcą a potężnym płatnikiem, jeszcze potężniejszym w przyszłości, bo będzie to jeden wielki fundusz zamiast licznych kas chorych, po prostu wiadomo, że jedynym punktem wokół którego mogą toczyć się jakiegokolwiek negocjacje czy ustępstwa jest oczywiście cena.

Płatnika nie będzie interesować jakość, bo jest płatnikiem, jest bankiem. I oczywiście Narodowy Fundusz Zdrowia, jak sama nazwa wskazuje, tak samo jak kasa chorych, będzie interesował się tylko pieniędzmi. Prowadzi to do obniżania jakości świadczeń i konkurencja dotycząca cen może doprowadzić do dumpingu, zwłaszcza w sytuacji... Wprawdzie jest zapisana równość świadczeniodawców prywatnych i publicznych, ale ostatecznie publiczne zakłady mogą się zadłużać. To prawda, to jest już rzeczywiście groteska, jednakże one mogą się zadłużać, niepubliczne zaś nie mogą się zadłużać.

W związku z tym w wielu sytuacjach, i to już widać w ofertach na pierwszy kwartał przyszłego roku, szczególnie dotkliwie mogą być dotknięte zmniejszeniami wartości kontraktów właśnie te nieduże placówki, czy to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej czy indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie. A zatem regulacja art. 80 i wszystkich następnych wydaje się zupełnie nie zmieniać tej niekorzystnej sytuacji, jaka jest w tej chwili.

Konsekwencją takich uregulowań jest utrzymanie zasady, że to płatnik, a nie pacjent wybiera świadczeniodawcę. Albowiem, proszę państwa, oznacza to przecież, że tylko ci świadczeniodawcy, którzy dostaną kontrakt za te bardzo marne pieniądze będą do dyspozycji pacjentów. A zatem ten wybór jest w efekcie fikcją. Ten wybór bowiem będzie zawsze tylko spośród tych, którzy nagieśli się do oferty marnych pieniędzy płaconych przez płatnika.

Była już mowa o tym, że nie nadażamy za regulacjami dostępnymi w wielu krajach. Ja wiem, o tym pan profesor Owoc wspominał, że jest trudno zdefiniować kryteria medyczne kolejek, ale wydaje mi się, że nowoczesne prawodawstwo w tym zakresie, o tym mówił pan przewodniczący Balicki, powinno przewidywać pewne gwarancje dla pacjenta. Ja już pomijam to, że nie ma gwarancji państwa dla całego funduszu, co może stanowić zagrożenie w przyszłości dla jego płynności finansowej, ale nie ma również gwarancji dla indywidualnego pacjenta. Te gwarancje, według opinii samorządu lekarskiego, powinny wyglądać następująco, po pierwsze, powinny to być gwarancje uczciwych kolejek, które powinny być opisane w ustawie. Oprócz tego jednak, proszę zwrócić uwagę, rodzi się w ogóle wątpliwość, co z kolejkami, które na podstawie poprzedniego ustawodawstwa zostały ustawione. One w tej chwili tracą jakiegokolwiek regulacje. Czyli ludzie, którzy czekali zapisani w tych kolejkach, zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w tej chwili tracą tę ustawową gwarancję, że ta kolejka będzie utrzymana na tych samych zasadach.

Również, wydaje się, powinny być zapisane w ustawie gwarancje dostępności w określonym czasie określonych świadczeń. Jest kwestią dyskusji, jak to powinno być zapisane. Wielokrotnie zgłaszaną przez nas propozycją było: jeden dzień do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jeden tydzień do lekarza specjalisty, jeden miesiąc do planowego leczenia szpitalnego. Nic na ten temat w ustawie nie ma. Powiela ona błędy poprzedniej, a nawet pewne gwarancje są tutaj właśnie pogorszone.

Udział w tej niezwykle skomplikowanej konstrukcji krajowego planu zdrowotnego czynników społecznych, w tym również samorządów zawodów medycznych, które mają w swoich ustawach wpisane jako kompetencje zainteresowanie w tym zakresie, sprowadza się wyłącznie do takiego, powiedziałbym, iluzorycznego, żeby nie nazywać tego listkiem figowym, udziału w radach społecznych oddziałów funduszu. Nie ma przewidzianego żadnego udziału tych samorządów i innych ciał społecznych w konsultowaniu krajowego prawa zdrowotnego na szczeblu centralnym. Dodatkowo jeszcze, o tym już państwo senatorowie mówili, istnieje w zasadzie możliwość zmiany tego w każdej chwili, co się wcześniej ustaliło na cały rok. A zatem nie bardzo wiadomo na czym ma polegać planowość całej tej gospodarki. Wydaje się, niestety, że będzie ona oparta przede wszystkim na skompromitowanym w przeszłości trybie czy sposobie nakazowo-rozdzielczym. Tu myślę głównie o art. 109 i polecam go państwu senatorom, w którym jest mowa właśnie o zaakceptowaniu przez fundusz krajowego planu zdrowotnego.

Następnie, cały rozdział dotyczący ochrony tajemnicy, a właściwie zbieraniu danych. Muszę powiedzieć, że budzi on najwyższy niepokój i wątpliwości. Po pierwsze, zwłaszcza w art. 144, który mówi o wytycznych dla ministra zdrowia do opisanie, w jaki sposób i jakie dane powinny gromadzić świadczeniodawcy i fundusz, nie ma ani słowa o ochronie tajemnicy danych osobowych, w przeciwieństwie do artykułu, który mówi o wydaniu rozporządzenia o zbieraniu danych z aptek. To jest moim zdaniem już jakimś kuriozum, ponieważ oczywiście tych danych będzie znacznie więcej. W całym rozdziale nie ma zupełnie odniesienia do tajemnicy lekarskiej, która jest tajemnicą wyższego, powiedziałbym, rzędu, niż tajemnica ochrony danych osobowych.

Art. 146 mówi o tym, że fundusz na żądanie ubezpieczonego może mu dać, czy powinien mu wydać informacje o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz cenie tych świadczeń... Swoją drogą nie bardzo wiem, jak tę cenę w niektórych sytuacjach będzie można obliczyć. Ale już samo to, że jest taka możliwość świadczy o tym, że fundusz będzie po prostu dysponował takimi, powiedziałbym, kartami chorobowymi wszystkich ubezpieczonych. Pytanie – po co? Chyba nie po to, żeby udzielać tej informacji ubezpieczonym. A jednocześnie ogromny znak zapytania przy tym, jakie to może tworzyć zagrożenia dla bezpieczeństwa już nie tylko indywidualnych pacjentów, mówię to jako lekarz, ale również dla bezpieczeństwa państwa, w sytuacji kiedy również takie fiszki będą posiadać osoby piastujące najwyższe funkcje państwowe bądź osoby starające się o takie funkcje. Proszę państwa, jest wiele chorób, które są powszechnie uznane, chociaż z punktu widzenia lekarskiego takimi nie są, za wstydlive, za kompromitujące i taka fiszka, w której będą wszystkie choroby i wszystkie świadczenia udzielone ubezpieczonemu, to jest niesłychanie groźne narzędzie w rękach tych, którzy chcieliby z niego skorzystać niezgodnie z zasadami. Wydaje się, że po prostu nie ma potrzeby, żeby fundusz dysponował takimi danymi.

Jeżeli chodzi o radę funduszu, o której była tutaj mowa, pani senator Krzyżanowska wspominała o tym, jak jest ona skonstruowana, trzeba powiedzieć, że jest tutaj wyraźny krok wstecz w stosunku do i tak niedoskonałych regulacji w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W tamtej ustawie była jednak mowa o tym, że kasy chorych, a dokładnie organy kas chorych, jakimi są rady kas chorych, reprezentują ubezpieczonych. W sytuacji stanu przejściowego, o którym pani senator wspominała, a stan przejściowy polega na tym, że to już nie sejmiki, ale minister zdrowia mia-

nuje rady kas chorych, iluzoryczność tej reprezentacji jest oczywista. W przypadku zaś rady funduszu, w skład której wchodzi reprezentanci rządu, a nie ubezpieczonych, sytuacja zmienia się diametralnie o 180°. Wydaje się, że jest to zdecydowanie krok wstecz. W ogóle, jeżeli mówimy o ubezpieczeniu i ubezpieczonych, to znaczy że ubezpieczeni tworzą instytucję, w której powinni być reprezentowani. Oni w przedstawionej propozycji nie mają żadnej reprezentacji.

A teraz jeszcze o takich szczegółach, o których była mowa, jak na przykład nocna pomoc lekarska. Jest to oczywiście regulacja, tak jak pan senator powiedział, antyludzka. Nikt bowiem w cywilizowanym kraju nie może być zmuszony do tego, żeby pracować dwadzieścia cztery godziny i trzysta sześćdziesiąt pięć dni w roku. Oczywiście tak nie powinno być. Wiem o tym, że w praktyce lekarze zlecają te usługi komuś innemu, ale dokładnie, tak jak pan senator Pawłowski mówił, to nie dotyczy, nie może to dotyczyć lekarzy zatrudnionych... W ustawie zaś wyraźnie zapisano, że to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jest odpowiedzialny za to, żeby udzielać całodobowo świadczeń. A zatem, proszę państwa, lekarz zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej na etacie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jest tym, który ma zapewnić świadczenia w nocy i w święta. To jest kwadratura koła, bo ten lekarz jest oczywiście zatrudniony na etacie. To jest oczywiście nie do zrealizowania. Pomijając już to, że to jest nie do zrealizowania, to wydaje się, że ten obowiązek powinien zdecydowanie spoczywać na płatniku. On powinien po prostu zawierać osobne umowy na nocną pomoc lekarską, czy też na świadczenia w święta. A już gdyby chcieć dojść do jakiegoś kompromisu w tym zakresie, to z całą pewnością regulacja dotycząca tej sprawy nie powinna obejmować pomocy wyjazdowej. Nie da się bowiem być jednocześnie na miejscu w praktyce i na wyjeździe. Gdyby lekarz miał indywidualny kontrakt, to jest to po prostu nie do zrealizowania z oczywistych względów.

Była mowa kilkakrotnie o oddziałach. Proszę państwa, rzeczywiście, słyszałem tutaj te wszystkie deklaracje, że w funduszu będzie mniej pracowników niż w kasach chorych, że będą w tym zakresie oszczędności. Swoją drogą te oszczędności w całym systemie mogą być na poziomie mniej niż 1%, bo przypomnę, że kasy chorych wydają około 1,5% ze składek na administrację. Nie będą to więc duże oszczędności. Miałbym jednak zdanie nieco przeciwne od przed chwilą usłyszanego, mianowicie wydaje się, że z punktu widzenia dobra zarówno pacjentów, ubezpieczonych, jak i świadczeniodawców, dostępność funduszu nie może być na poziomie Warszawy lub nawet centrali województwa. Muszą być zachowane biura terenowe. Mało tego, wydaje się, że brakuje w ustawie regulacji, które gwarantowałyby, że na przykład będzie można zawrzeć kontrakt blisko swojej siedziby. Tu również chodzi o pacjentów, którzy mogliby zgłaszać jakieś interwencje, pytać się. Jest wiele spraw, które ludzie załatwiają w kasach chorych. Wydaje się, że oddalenie w tej chwili tego miejsca, ono jest zwykle blisko terenu czy miejsca zamieszkania, nie będzie służyć nikomu, ani świadczeniodawcom, ani świadczenioborcom czy też ubezpieczonym.

W kilku miejscach w ustawie jest mowa o osobach, którym należy udzielić świadczenia bezpłatnie. Są to sytuacje różnego rodzaju nagłości. Oczywiście, powinna być taka regulacja, ale wydaje się, że zupełnie niedostatecznie jest opisane, kto ma tak naprawdę ponieść konsekwencje udzielenia tego świadczenia. Jeśli bowiem jest to zapisane jako obowiązek świadczeniodawcy, to w praktyce oznacza, że szpital, mały niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, ale również indywidualnie praktykujący lekarz ma

udzielić świadczenia i nie oczekiwać za to żadnej zapłaty, również z funduszu. Wydaje się, że powinno być wyraźnie wskazane, że to fundusz ponosi konsekwencje takich świadczeń. Oczywiście, sprawa sprowadza się do etyki i etycznie ja nie mam żadnej wątpliwości, że gdyby ktoś z państwa tutaj zaskładał, to ja nie będę pytał o kartę ubezpieczenia, tylko udzielię świadczenia na miejscu. Nie tylko ja, ale wielu moich kolegów, którzy siedzą tu na miejscu. Ale to nie może być rozwiązanie systemowe.

I na koniec wreszcie, wprawdzie wiem, że są na sali osoby, które będą zgłaszały tę sprawę, ale chciałem od razu z góry ją poprzeć. Jest w Polsce grupa ludzi, co do których faktu bycia ubezpieczonymi są wątpliwości, co najmniej tyle, i jest również grupa takich osób, które z całą pewnością nie są ubezpieczone i one są poza systemem. Ale ze względów konstytucyjnych i ze względów oczywistych dla wielu lekarzy i ludzi, którzy są zaangażowani w służbie zdrowia, jest grupa obywateli, którzy powinni być objęci szczególną troską i opieką. To są dzieci.

Wydaje się, że zgłaszana podczas prac sejmowych inicjatywa, żeby wszystkie dzieci były objęte ubezpieczeniem, bez względu na to, jaki jest status prawny ich rodziców, jest inicjatywą ze wszech miar korzystną. Wydaje się, że regulacja w tym zakresie nie zawali funduszu, bo to nie jest na tyle duża grupa i nie wymaga ona aż tylu świadczeń koniecznych do udzielenia, żeby to zawaliło fundusze. W sytuacji natomiast, kiedy dochodzi czy może dochodzić do, powiedziałbym, dywagacji czy dziecko jest ubezpieczone czy nie i czy w związku z tym należy mu się lub nie należy świadczenie zdrowotne i znowu przenoszenie tego na grunt etyki lekarskiej, jest z całą pewnością niestosowne. Wiem, że jest na ten temat wielka dyskusja, ile jest takich dzieci, które są poza ubezpieczeniem, ale wydaje się, że nawet gdyby było jedno takie dziecko, to fundusz powinien objąć swoją opieką właśnie nawet to jedno dziecko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu prezesowi.

Teraz proszę pana profesora Szymborskiego z Biura Rzecznika Praw Dziecka. Proszę bardzo.

Przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Dziecka Janusz Szymborski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie!

Reprezentuję tutaj, razem z panem mecenasem Derczem, rzecznika praw dziecka i prosiłbym bardzo o pozwolenie na zajęcie kilku minut w dwóch sprawach, które zostały skierowane na piśmie na ręce pana przewodniczącego.

Pierwsza sprawa dotyczy objęcia ubezpieczeniem wszystkich dzieci ze względu na to, że są dziećmi. Zaproponowaliśmy konkretne zapisy do rozdziału drugiego. Gdzie konkretnie to umieścić, to jest w tym względzie prośba do państwa senatorów o wskazanie tego miejsca.

A więc, po pierwsze, dzieciom do ukończenia osiemnastego roku życia nie objętym ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie ustawy i innych przepisów, udziela się w zakresie określonym w ustawie świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa.

Po drugie, minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia tryb finansowania z budżetu państwa kosztów świadczeń zdrowotnych, o których mo-

wa w ust. 1, uwzględniając w szczególności sposób ich dokumentowania oraz terminy i zasady rozliczeń.

Gdyby taka poprawka przeszła, to po jej wprowadzeniu powinny być wykreślone treści przepisów art. 16 pkt 3, art. 17 ust. 6 i art. 28 ust. 1 oraz powinien być zmieniony przepis art. 8 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w pkt 11a.

Króciutkie uzasadnienie. Usłyszałem w wypowiedzi pani minister informację, że ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia ma utrzymać to, co było dobre i zlikwidować to, co było złe. Dla rzecznika praw dziecka, dla ludzi związanych z opieką nad dziećmi, nie tylko zdrowotną, jest oczywiste, że jednym z najlogiczniejszych i najbardziej racjonalnych argumentów, które by miały świadczyć za koniecznością zmiany ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jest fakt, że ta ustawa nie objęła, nie potraktowała jednakowo wszystkich dzieci. Podzieliła dzieci na kategorie. Wszystkie dzieci do trzeciego miesiąca życia są ubezpieczone, następnie dzieci, które podjęły obowiązek szkolny i go realizują. Niejasność natomiast, a w praktyce wielkie problemy powstały z tymi dziećmi, które ukończyły trzeci miesiąc życia i nie podjęły nauki w szkole, a rodzice z różnych przyczyn nie ubezpieczyli tych dzieci. Tutaj ten pkt 2 tego nie obejmuje, bo warunkiem wejścia do systemu jest ubezpieczony rodzic. Podawano różne liczby. Można się sprzeczać. Autorzy, których ja znam, podawali dwa lata temu liczbę sześćdziesięciu tysięcy takich dzieci. Inni mówią o kilku tysiącach takich dzieci. Według moich szacunków jest ich co najmniej około trzydziestu tysięcy, nie tylko w wieku między trzecim miesiącem a szóstym rokiem życia, ale również tych dzieci, które są w wieku obowiązku szkolnego, a tego obowiązku nie realizują.

Szanowni Państwo, tu jest jakieś ogromne nieporozumienie. Nasz kraj zgłasza do instytucji międzynarodowych wskaźniki skolaryzacji. Główny Urząd Statystyczny publikuje w rocznikach statystycznych informacje, z których wynika, że ponad trzysta tysięcy dzieci w wieku obowiązku szkolnego tego obowiązku nie realizuje. Podobnie jest w innych krajach, w Wielkiej Brytanii, we Francji, Niemczech. Mówienie o tym, że takich dzieci jest tysiąc czy tysiąc pięćset, to jest tak jak byśmy mówili, że nie ma trzech milionów bezrobotnych tylko jest ich dziesięć lub piętnaście tysięcy.

Ale to ma jeszcze jedno istotne znaczenie z punktu widzenia akcesji do Unii Europejskiej. Otóż w Unii istnieje Europejski Fundusz Społeczny, który ma przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu. Jeżeli Polska stwierdzi, że w Polsce nie ma takiego problemu, nie ma dzieci wykluczonych poza system ubezpieczeń społecznych, to jak ma aplikować do Europejskiego Funduszu Społecznego i budować narodowy program zwalczania wykluczenia społecznego, do czego jest zobowiązana przez Europejską Kartę Społeczną. W tym przypadku chodzi o to, Panie Senatorze, żeby nie było konieczności zmiany tej ustawy w najbliższym roku w atmosferze skandalu, tak jak to było w przypadku eksmisji. Tu też miało nie być żadnego problemu. W zasadzie miało nie być eksmisji na bruk, twórcy tej ustawy tego nie przewidywali, a jednak stało się. Dlaczego mamy eksmitować poza ustawę o ubezpieczeniu zdrowotnym kilkanaście czy kilkadziesiąt tysięcy dzieci? I to jest jedna sprawa.

Sprawa druga, to jest sprawa medycyny szkolnej. Obie te sprawy były zgłaszane do komisji sejmowej, jedna z nich była omawiana na posiedzeniu Sejmu, ale nie znalazły akceptacji. Tymczasem ja w listopadzie, już po dyskusji w komisji sejmowej, uzy-

skąłem dostęp do białej księgi Komisji Europejskiej, opublikowanej w roku 2002, przetłumaczonej w Polsce, pod auspicjami...

(Przewodniczący Marek Balicki: Panie Profesorze, ja bym prosił, żebyśmy trzymali się przedmiotu i dzisiejszego porządku dziennego posiedzenia.)

A zatem jest prośba o wprowadzenie art. 50 ust. 1 pkt 5, ja teraz mówię o medycynie szkolnej, tak by wprowadzić w ramach systemu medycyny szkolnej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania. Po ust. 3 powinien być dopisany nowy ust. 4 w brzmieniu: „minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii prezesa funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzeń w odniesieniu do działań, o których mowa w ust. 1 pkt 5, zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach systemu medycyny szkolnej, obejmujący promocję zdrowia, profilaktykę zagrożeń i chorób, wczesną diagnostykę, w tym badania przesiewowe, adekwatne do potrzeb leczenie, rehabilitację, orzecznictwo dla potrzeb ucznia i szkoły i monitorowanie sytuacji zdrowotnej i nadzór”.

Jeżeli ten zapis byłby pominięty, zignorowany, to doszłoby, Pani Minister, do trzeciej sytuacji. A mianowicie coś, co w praktyce kas chorych zaczęło już funkcjonować zupełnie nieźle, zostałyby zlikwidowane. Nastąpiłby zatem regres w stosunku do tego, co od 2000 r. w co najmniej czterech kasach chorych z wielkim trudem było wprowadzone.

Bardzo bym prosił pana przewodniczącego o udzielenie na sekundę głosu panu mecenasowi.

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę bardzo.

Prosiłbym jednak bardzo, żeby skracać wypowiedzi, w innym przypadku nie wszyscy uczestnicy będą bowiem mogli zabrać głos, a powinni.

Przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Dziecka Maciej Dercz:

Panie Przewodniczący, chcę tylko i wyłącznie wskazać na pewną różnicę w rozumieniu wprowadzonych zmian dotyczących objęcia powszechnym ubezpieczeniem dzieci, jeżeli chodzi o zapisy w obecnym brzmieniu art. 16 pkt 3 ustawy, o której dyskutujemy.

Rzecznik Praw Dziecka wnosi o to, aby nie było zapisu dotyczącego uznaniowości, czyli sytuacji, w której jakiś urzędnik na dzień dzisiejszy nie wiadomo w oparciu o jakie kryteria, poziom dochodu, w oparciu o jakie wywiady... Nie ma procedury, według której uznaje się, czy dziecko ma być objęte ubezpieczeniem, czy ma być nieobjęte ubezpieczeniem. My uważamy, że dzieci przez swoją przynależność do takiej akurat grupy, a nie innej, bez względu na to, czy rodzice się znajdują w takiej czy innej sytuacji materialnej, przeważnie źle, nie powinny na tym cierpieć. Nie powinno być takich przypadków tylko dlatego, że rodzic na przykład sam się zgłosi do ubezpieczenia, nie złoży wniosku, a urzędnik nie zauważy tego dziecka. To dziecko nie powinno cierpieć. Nie jest ważne, czy będzie ich dziesięć, sto czy kilkanaście tysięcy.

Jeżeli zostanie przyjęty proponowany przez nas zapis, to nie będzie tej uznaniowości, a środki na to, żeby te dzieci były leczone, też będą pochodziły, drodzy państwo,

z funduszu państwa, dlatego że w art. 28 ust. 1 pkt 5 jest zapisane, że leczenie opłaca ośrodek pomocy społecznej. A zatem, jeżeli opłaca je ośrodek pomocy społecznej, to pieniądze pochodzą nie ze składek, tylko pochodzą z budżetu państwa. Chcemy więc, jest to zapisane w ust. 2, żeby został określony przez ministra zdrowia w rozporządzeniu sposób, kryteria i procedura obejmowania takich dzieci opieką. Nie będzie żadnej uznaniowości. Ex definitione dzieci, które nie zostały objęte, określone w ustawie, że mają prawo do świadczeń darmowych z ubezpieczenia, zostałyby poprzez taki przepis objęte powszechnym ubezpieczeniem i nikt by nam się z systemu nie wykruszył.

Co zaś do przepisów dotyczących medycyny szkolnej, to chciałbym podkreślić, że rzecznik wielokrotnie zwracał uwagę, że na dzień dzisiejszy, proszę państwa, nie ma w czterdziestomilionowym kraju żadnego przepisu, który określa sposób zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych tak wielkiej populacji, jaką stanowią dzieci objęte obowiązkiem szkolnym. I to jest skandal. Z tym się wiąże kwestia, że świadczenia dla dzieci powinny być wykonywane w systemie. Ten system powinien obejmować nie tylko sprawy związane ze szczepieniami, czy wszystko jest w porządku, ale powinien czuwać ktoś o odpowiednich kwalifikacjach medycznych. Niestety, nie zawsze może to być pielęgniarka. Ona powinna być wspomagana przez lekarza. Jeśli chodzi o badania przesiewowe, to w całym kraju dziecko w określonym wieku powinno być przebadane. I tylko o to nam chodzi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Zgłaszała się do wypowiedzi pani minister.
Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Muszę się odnieść do poprzednich dwóch wypowiedzi. Otóż podobna dyskusja toczyła się również w Sejmie. Bardzo dokładnie, we współpracy z ministerstwem pracy i z ministerstwem edukacji, staraliśmy się wykonać analizę zagadnienia, czy może w ogóle jakaś grupa dzieci wymknąć się z systemu wskutek niejasnych zapisów. Wskutek interpretacji niejasnych zapisów, które zgłaszano, zostały dokonane poprawki. Chciałabym zwrócić uwagę państwa senatorów na art. 9 ust. 1 pkt 18 i 19 oraz art. 16 ust. 3. W wyniku poprawionych zapisów żadne dziecko w naszym kraju, podkreślam: żadne dziecko, nie zostanie pominięte w systemie udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Również inne artykuły mówią, kto za te świadczenia płaci. Ale to jest zupełnie inne zagadnienie. Tutaj nie zgodzę się, że można wykreślić pkt 3 art. 16 i że pomoc społeczna może zapłacić bez identyfikacji za kogo płaci. Przecież płacąc składkę, instytucja musi wiedzieć za kogo tę składkę płaci. Musi to robić na podstawie kryteriów, które są zawarte w ustawie o pomocy społecznej. I to jest, bardzo króciutko omówione, jedno zagadnienie.

I drugie zagadnienie, to jest kwestia medycyny szkolnej. Otóż, proszę państwa, jakkolwiek byśmy nazwali opiekę profilaktyczną nad dziećmi w miejscu nauczania i wychowania, to ta opieka jest uregulowana. Jest wspólne opracowanie ministra edukacji i ministra zdrowia, które wprowadza tę opiekę. To zostało zaprzepaszczone

w naszym kraju w ostatnich latach. Teraz we wszystkich szkołach są tworzone gabinety profilaktyczne na podstawie ustawy o oświacie. Koszty świadczeń zdrowotnych, które będą wykonywane przez pielęgniarki prowadzące te gabinety, będzie ponosił fundusz, zawierając kontrakty z tymi pielęgniarkami. Utrzymanie gabinetu zostaje, jak gdyby, kwestią szkoły. I to jest jedna sprawa, która jest wprowadzona.

W obecnych regulacjach prawnych i systemie organizacyjnym ochrony zdrowia trudno jest w każdej szkole organizować gabinet lekarski. Kto bowiem był organizatorem? Naturalnie szkoła może zorganizować taki gabinet lekarski, bo każdy może utworzyć niepubliczny zakład opieki zdrowotnej czy gabinet niepubliczny, i ma on prawo zawrzeć kontrakt, ale pozostaje kwestia prawna. To rodzice decydują, który lekarz ma być lekarzem leczącym dziecko. I tego szkoła nie może narzucić. Jeżeli rodzice w danej szkole zdecydują, że na przykład każde dziecko, mówiąc już ekstremalnie, ma być leczone u innego lekarza, to jak zorganizować taki gabinet? Tyle więc w kwestii medycyny szkolnej.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Mam już zapisanych szereg nazwisk i teraz właśnie chcę udzielić głosu osobie, która najdłużej, najwyżej podnosi rękę, pani prezes Danek z Naczelnej Rady Aptekarskiej. Proszę bardzo.

Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Leokadia Danek:

Dziękuję bardzo.

Chcę tylko odnieść się do jednego artykułu. Mam tutaj pytania, myślę że zasadnicze, do art. 59. Ten artykuł określa, że pacjenci powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia otrzymają leki za złotówkę. Jakie to będą leki – jest określone w ust. 3. Będą to leki z konkretnych grup leków. Jednakże, żeby to mogło być zrealizowane przez aptekę – mówię o tym po pierwsze dlatego, że toczy się ta dyskusja teraz – musi być w przypadku tej ustawy i art. 67 zmienione rozporządzenie o receptach, ponieważ na obecnie obowiązującej recepcie jest taki zapis: „uprawnienia”. I te właśnie uprawnienia dla tej osoby muszą być w jakiś sposób wyrażone, tak aby apteka mogła wiedzieć, że ten lek ma wydać za złotówkę, a nie 5 zł, 6 zł, 10 zł czy 15 zł.

Ten artykuł sprecyzowany jest w ust. 5, który mówi, że przepisy art. 55 itd., stosuje się odpowiednio. Art. 55 ust. 2 i 3 zaś mówi tylko o tym, który lekarz może wydać recepty na taki lek, pomijając felczera. Mam nadzieję że jest to celowe. Art. 60 ust. 1 zaś, który ma być zastosowany, mówi: „wprowadza się limity cen leków”. Czy to ma oznaczać, że leki za złotówkę będą lekami posiadającymi limit? Następnie stosuje się art. 61 ust. 1, który mówi, że minister w drodze rozporządzenia określi te limity. Pytanie pozostaje takie samo.

Już najbardziej skomplikowanym jest odniesienie do art. 66 ust. 3. Artykuł ten mówi: „osoby, o których mowa w ust. 1 – przeczytam go za chwilę – są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę – nieprawda, bo felczera w tym wypadku się nie uznaje – dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie. Osoba realizująca recepty – też mam wątpliwości, kto jest tą osobą – jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie”.

Pytań jest wiele. Po pierwsze, w ust. 3 mówi się: „osoby, o których mowa w ust. 1”. O kim jest mowa w ust. 1? Otóż są to: inwalidzi wojskowi, osoby które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach... i pkt 3 mówi o osobach wymienionych w art. 42 i art. 59 ustawy, o której mowa w art. 5 pkt 5. A zatem nie jest to art. 59 z tej ustawy, tylko jest to art. 59 z ustawy, o której mówi art. 5 pkt 5. Bardziej skomplikowanego przepisu jeszcze nie widziałam. To jest chyba szóste odesłanie. A ten art. 5 pkt 5 mówi, że art. 59 mówi o ustawie o inwalidzie wojennym lub wojskowym i rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 6, 8 lub art. 30... Nie będę cytować dalej. Nic nie rozumiem z tego, a moje pierwsze pytanie jest następujące, czy mają być limity do tych leków za złotówkę czy nie i czego dotyczy?

To jeszcze nie koniec pytań, dotyczących art. 66. W ust 3 mówi się, że: „osoby są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie”. Ja już pomijam, że to dotyczy inwalidy wojennego czy wojskowego, ale o jaki dokument chodzi? Ten sam bowiem dokument będzie musiał być okazany w aptece. Jaki więc dokument ma być okazany w aptece? Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym istnieje już długo i zgodnie z jej zapisem minister miał wydać stosowne rozporządzenie, którego nie wydał. Wobec tego pytam się, co i komu ma okazać osoba w aptece?

Zachodzi również pytanie, kto to jest osoba realizująca receptę? Według nas osoba realizująca, osoba, która zamienia papier w postaci recepty na lekarstwo, to jest osoba, która ją realizuje, czyli aptekarz. Żeby więc precyzyjnie to ująć, należałoby zapisać: „osoba, która przedstawia aptece receptę do realizacji”. Rozumiem bowiem, że to chodzi nie o tego uprawnionego, ale również o inne osoby, na przykład pielęgniarki środowiskowe, które realizują recepty dla wielu osób i będą musiały jakiś dokument, nieokreślony zresztą, przedstawić, i lekarzowi, i w aptecę. Dziękuję bardzo. To wszystko.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani prezes.

Teraz prosiłbym pana Windaka, prezesa Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych Adam Windak:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

W dużej części podzielałam obawy, które przed chwilą zgłosił w odniesieniu do ustawy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Oczywiście, najpoważniejsza z nich, to ta, że ustawa w dużej mierze stwarza monopolistę i zderza z nim, na przykład, taki mały podmiot, jak praktykę lekarza rodzinnego. Wynik takiego zderzenia jest bardzo łatwy do przewidzenia.

Do tej ustawy, która oczywiście oprócz ewidentnych mankamentów, zawiera niewątpliwie pewne pozytywne zmiany w stosunku do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nasza organizacja składała szereg poprawek na wcześniejszym etapie legislacyjnym, przede wszystkim w trakcie prac w sejmowych komisjach. Część z tych poprawek została szczęśliwie uwzględniona, część nie.

Jedna z tych poprawek wydaje się być tutaj szczególnie zasadna. W pewnym stopniu mogłaby ona zmniejszyć chociażby tę dysproporcję sił pomiędzy płatnikiem

a świadczeniodawcą. Taka poprawka mogłaby być wprowadzona do art. 74, który mówi o trybie ustalania przez ministra zdrowia ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych i sposobu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Proponujemy, żeby włączyć w ten tryb wydawania rozporządzenia, ustalania przez ministra zdrowia treści rozporządzenia, także reprezentatywną organizację pracodawców w rozumieniu ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do spraw Społeczno-Gospodarczych. Wydaje się to być uzasadnione, tym bardziej, że ustawa ta w art. 41 i 46 odwołuje się właśnie do tej Trójstronnej Komisji. Sądzę, że mogłoby to w pewien sposób złagodzić problemy z ustalaniem zakresu świadczeń.

Druga sprawa, która niewątpliwie bardzo nurtuje nasze środowisko, to jest właśnie ten już wielokrotnie poruszony tutaj art. 116, czyli organizacja nocnej pomocy wyjazdowej. Mamy pewne doświadczenia, ponieważ część kas chorych już tę nocną pomoc wyjazdową, na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, realizowała. Te doświadczenia są generalnie z gruntu złe. Wydaje się, że organizowanie wyjazdowej pomocy niesie ze sobą więcej zagrożeń i problemów niż korzyści. O ile łatwiej nam jest się zgodzić z postulatem i zorganizować ambulatoryjną pomoc lekarską, o tyle nałożenie na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obowiązku wyjazdowego świadczenia w nocy jest bardzo trudne do zrealizowania.

Zgłaszaliśmy to wcześniej i ta poprawka nie została uwzględniona. O ile miałyby ten zapis pozostać w takiej formie jak jest, to chciałbym zwrócić państwu uwagę na jeszcze jedną tego konsekwencję. Jeżeli lekarze będą wyjeżdżać do pacjentów w godzinach nocnych, to wiąże się to z pewnym ryzykiem także dla ich osobistego bezpieczeństwa. W zupełnie innej sytuacji jest lekarz jadący karetką pogotowia, a w innej lekarz, który jedzie prywatnym samochodem. Ja mogę przyjąć argument, że to może być wpisane w ryzyko zawodu, który się wykonuje, i ten argument jest do przyjęcia, wydaje mi się natomiast, że ustawodawca powinien tutaj wziąć pod uwagę szczególną ochronę lekarza wykonującego takie zadania. Ta ochrona mogłaby być ochroną analogiczną do tej, jaka jest przewidziana w art. 13 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 25 lipca 2001 r., który artykuł mówi, że osoby udzielające takich świadczeń korzystają z ochrony przewidzianej w kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych. To jest pierwszy element, który chciałbym dać państwu pod uwagę.

A drugą poprawkę, także w odniesieniu do tego, gdyby nocna pomoc wyjazdowa miała pozostać w tym kształcie, to jest kwestia ewentualnych roszczeń, które mogą wynikać ze szkód jakich dozna osoba udzielająca tego typu świadczeń. Tu również odwoływałbym się do analogii z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a konkretnie do art. 11, gdzie tam znowuż jest zapisane, że w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia bądź śmierci osoby udzielającej nocnej pomocy wyjazdowej przysługuje roszczenie odszkodowania, o którym mowa w art. 444 lub 446 kodeksu cywilnego.

To są, proszę państwa, zupełnie nowe zadania, przed którymi mogą stanąć lekarze udzielający tych świadczeń. Nie ma w tej chwili dobrze przygotowanego systemu do nałożenia tych świadczeń. Jeżeli więc z całą świadomością te obowiązki zostaną nałożone na świadczeniodawców, to wydaje mi się, że powinna być zapewniona im stosowna ochrona. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu prezesowi.

Zaraz udzielię głosu...

Teraz pan docent Skawiński, Izba Gospodarcza „Medycyna Polska”. Proszę bardzo.

Prezes Izby Gospodarczej „Medycyna Polska” Waldemar Skawiński:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Postaram się streścić w ciągu dziesięciu minut, jeśli można, to, co mam do powiedzenia. Mówię dziesięć minut, ponieważ mam osiem uwag.

(Przewodniczący Marek Balicki: To może w ciągu ośmiu minut.)

(Wesołość na sali)

W porządku.

Pierwsza uwaga, dotycząca składki na ubezpieczenie zdrowotne. W art. 22 znajduje się ten anachroniczny zapis, że rolnicy płacą równowartością kwintala zboża. Wydaje mi się, że to jest zaszłość z pozostałych jeszcze systemów i na zasadzie *reductio ad absurdum* można by zapisać, że wolne zawody płacą, na przykład, równowartością jakichś swoich usług świadczonych na rynku. Tak więc to taka uwaga odnośnie do jakości tworzonego prawa.

Następna uwaga dotyczy art. 49. Ubezpieczony „ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, opartej na dowodach naukowych i praktyki medycznej”. Tu chciałbym zwrócić państwa uwagę na to, że równocześnie powstają różne akty prawne. Między innymi mam w recenzji ustawę o uzdrowiskach i w tej ustawie jest powiedziane, że o tym, czy to jest uzdrowisko czy nie, decyduje sąłtys, tak w skrócie. W związku z tym trudno mówić tutaj o jakichś dowodach naukowych, jeśli lekarze kierują na leczenie uzdrowiskowe do uzdrowiska uznanego za takie przez sąłtysa.

Następna uwaga dotyczy art. 59. Chodzi o lek za złotówkę, co budzi różne emocje. Miałem okazję przesłać na ręce pana przewodniczącego opinię na ten temat. Nie będę się więc rozwodził. Ta opinia, jak rozumiem, znajduje się w materiałach komisji, odsyłam zatem zainteresowanych państwa do materiałów komisji.

Następna sprawa, art. 60. Chodzi o limity cen leków. Uważam, że jest to zasadniczy problem w tej ustawie i w zarządzaniu funduszem. Racjonalizacja powinna być nie tylko po stronie przychodów, ale przede wszystkim po stronie wydatków. Proszę zwrócić uwagę na to, co legło u podstaw problemów finansowych kas chorych, a mianowicie niekontrolowany wzrost cen leków, wynikający z innej polityki prywatyzacji zakładów produkujących leki w Polsce. Tutaj tę sprawę należy rozważać kompleksowo, a nie wybiórczo, w odniesieniu do określonego świadczeniodawcy. Racjonalizacja działań w tym względzie jest konieczna. Jeśli przeprowadzimy symulację finansową, to się okaże, że obcinanie lekarzom stawek da jednak mniejszy wpływ finansowy, niż ten niekontrolowany wzrost cen leków. W najbliższym czasie czeka nas także niekontrolowany wzrost cen badań medycznych, wynikających z luki związanej z certyfikacją wyrobów medycznych.

Następna sprawa – art. 78 ust. 2. Fundusz nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z lekarzem itd., jeśli udzielają oni świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z funduszem. Rozumiem tutaj intencję pomysłodawców, ale interpretując wprost, wynikałoby z tego, że lekarz który pracuje w szpitalu, który ma zawartą umowę z funduszem, nie może prowadzić praktyki prywatnej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wobec tego, to może jest...

(Przewodniczący Marek Balicki: Ale ja proszę nie przedłużać wypowiedzi. Proszę zgłaszać swoje uwagi i później będzie odpowiedź.)

Tak jest.

Teraz, następny przepis – art. 82 ust. 2, dotyczący zgody rady funduszu na zawarciu umowy powyżej 200 tysięcy zł. Wydaje mi się, że to stanowi pewnego rodzaju utrudnienie administracyjne i blokadę. Nie wiem, jak sobie rada funduszu z tym problemem da radę.

I, jeśli chodzi o art. 126, bardzo mi się ten artykuł podoba. Dotyczy on tego, że apteki mają prawo do wystawienia faktur w ciągu dwóch tygodni od wydania leków i refundacji w ciągu następnych dwóch tygodni. Życzyłbym, żeby ten przepis dotyczył także innych świadczeniodawców, jeśli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia.

I teraz, jeśli chodzi o koszty ubezpieczenia zdrowotnego. Wydaje mi się, to jest kamyczek do ministerstwa, że jest trochę za mało starań, żeby w reformowaniu tej naszej ukochanej służby zdrowia wykorzystać fundusze europejskie. Nasi członkowie, którzy działają w izbie gospodarczej od 1996 r., korzystając z różnych informacji przekazywanych przez naszą izbę za pośrednictwem Krajowej Izby Gospodarczej, w ramach różnych funduszy regionalnych, celowych, świetnie wyposażyli swoje szpitale i nie mają w tym momencie problemów z funkcjonowaniem.

(Przewodniczący Marek Balicki: Ja apeluję, aby omawiać kwestię związane z ustawą, a nie innymi sprawami.)

Tak więc proponowałbym wprowadzenie w ustawie zapisu, który mówi o wykorzystaniu właśnie funduszy europejskich jako źródła reformowania służby zdrowia. Między innymi także chodzi o te karty zdrowia czy elektroniczne karty choroby. To wszystko. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.

Jeszcze raz się zgłasza pan mecenas Dercz. Proszę bardzo.

Przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Dziecka Maciej Dercz:

Proszę państwa, chcę po wypowiedzi pani minister Kralkowskiej podkreślić, z formalnego punktu widzenia, tak żeby senatorowie z komisji zdawali sobie sprawę z tego, że zgłaszane przez ministerstwo, częściowo już zamieszczone w ustawie, poprawki dotyczące zabezpieczenia dostępności do świadczeń dzieciom, ujęte w najważniejszym art. 9 ust. 19 pkt 1, nie satysfakcjonują w pełni rzecznika. Umieszczono w tym artykule zastrzeżenie do art. 16 pkt 3, w którym mowa jest o tym, że jest system uznaniowości i dopiero przez uznaniowość, przez dobrą czy złą wolę urzędnika takie dziecko w systemie się znajdzie i uzyska darmowe świadczenie.

Podobnie nie satysfakcjonują nas zapisy na dzień dzisiejszy w kwestii dotyczącej medycyny szkolnej. Chcielibyśmy, żeby te zapisy były na tyle uszczegółowione, żeby pokazywały na czym ma polegać ochrona zdrowia dzieci uczących się, objętych obowiązkiem szkolnym. Chodzi o to, żeby był szerszy zapis, taki jak my proponujemy, który mówi o tym, co w zakresie medycyny szkolnej ma być wykonywane na rzecz dziecka. To, co wskazaliśmy w piśmie, te dane są publikowane w raportach Rządowej

Rady Ludnościowej. To są dane UNICEF, Głównego Urzędu Statystycznego. Wskazują one na to, że na dzień dzisiejszy potrzebne są działania ratownicze. Ten zapis takie działania ratownicze może rozpocząć. Podtrzymujemy zatem swoje uwagi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Teraz w kolejności do wypowiedzi był pan Wiktor Masłowski, konsultant prezydenta RP i przedstawiciel związku pracodawców.

**Przewodniczący
Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
Wiktor Masłowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Wiele spraw poruszyli już tutaj przedmówcy. Chciałbym więc zwrócić uwagę na kilka kwestii, które nas niepokoją, ewentualnie prosić Wysoką Izbę o rozważenie pewnych uzupełnień w projekcie ustawy.

W naszym przekonaniu należałoby w art. 5, dotyczącym tak zwanego słowniczka ustawy, wpisać również to, co ustawodawca rozumie pod pojęciem jakości, dostępności, ciągłości dostępu czy też kompleksowości świadczeń, chociażby dlatego że w pktcie 12 tegoż słowniczka mówi się o definicji najkorzystniejszej oferty, mówi się również o ocenie ciągłości dostępności, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Oczywiście, w dalszych częściach ustawy jest również kwestia kontrolowania dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. W naszym przekonaniu jakość świadczeń zdrowotnych to nie jest tylko kwestia samej procedury medycznej, to jest kwestia usługi, jaką pacjent uzyskuje od momentu wejścia do świadczeniodawcy. Uważamy zatem, że jeżeli ma być ona miarą oceniania oferty czy też miarą kontrolowania świadczeniodawców, to ta definicja powinna znaleźć się w tymże słowniczku, ażebyśmy naprawdę wiedzieli, co mamy oceniać i wszyscy robili to według jednakowego kryterium.

Kwestie następne dotyczą art. 39, gdzie jak rozumiem jest, być może, pewna nieścisłość, gdyż w art. 39 ust. 1 w pktcie 3 państwo mówią, że do zakresu działania funduszu należy w szczególności określanie jakości i dostępności, stąd tu się również kłania słowniczek, oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych. Rozumiem, że państwu chodzi tu o analizę ceny świadczeń zdrowotnych. Nie będą państwo analizować kosztów tych świadczeń u świadczeniodawców. Mam natomiast pełną świadomość, że cena świadczeń zdrowotnych oferowanych w funduszu, jest kosztem dla tego funduszu. W tym punkcie natomiast państwo dokładnie określają jakość, dostępność i analizę ceny świadczeń zdrowotnych. Proponowałbym rozważyć zmianę słowa: kosztów na słowo: cenę.

Dalej, art. 41. Prosilibyśmy Wysoką Izbę o rozważenie uzupełnienia art. 41 w ust. 2, ażeby w posiedzeniach rady funduszu mogli również uczestniczyć przedstawiciele Konfederacji Pracodawców Polskich, jako że są tu przedstawiciele również zawodów, wydaje się za słuszne i uzasadnione, żeby w tym miejscu mogli brać udział w pracach również przedstawiciele pracodawców. Konfederacja Pracodawców Polskich jest ustawowo umocowana w Trójstronnej Komisji i wydaje mi się, że to by na

pewno nie zaszkodziło sprawie, a wręcz pomogło. Wiele omawianych przez radę funduszu spraw dotyczy sposobu zawierania umów, rozliczania, kontrolowania, a to bezpośrednio dotyczy również nas, pracodawców. Na pewno uczestnictwo w pracach rady przedstawicieli pracodawców usprawniłoby te prace.

Następnie art. 41 ust. 6, w którym jest mowa o zadaniach rady funduszu. W pkt 7 mówi się o wyborze biegłego rewidenta. Wydaje mi się, że jest to niewłaściwe ulokowanie tejże procedury wyboru biegłego rewidenta, która oczywiście powinna być dokonana w drodze przetargu. W moim przekonaniu powinien to być minister finansów lub też minister zdrowia, który nadzoruje fundusz. Proszę o rozważenie tego, jak również o skorelowanie zapisu pktu 7 ust. 6 art. 41 z art. 141, gdzie państwo mówią o badaniu przez biegłych rewidentów. Badanie bilansu zawsze robi jeden biegły rewident i on za to odpowiada lub też wpisać w art. 41 liczbę mnogą.

Następnie art. 43. Chodzi nam o ust. 5, wymieniający, co należy do zadań zarządu w szczególności. W pkt 9 piszą państwo, że również negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie, rozliczanie oraz kontrola wykonania. Do zawierania umów dochodzi w drodze dwóch procesów: procesu konkursu ofert lub też rokowania. Negocjowanie jest tą drugą częścią, częścią niejawną każdego z tych procesów. W naszym przekonaniu daje to pewną furtkę do tego, że zarząd ani nie ogłasza konkursu ani nie ogłasza rokowań, wchodzi natomiast w trakcie konkursu do części niejawnego konkursu i do niejawnego rokowań. Negocjowanie bowiem jest elementem części drugiej i jednej i drugiej procedury dochodzenia do zawarcia umów. A zatem wynika z tego, że można w każdym miejscu zacząć rokowania lub też przeprowadzać konkurs ofert, na negocjacje zaś pojechać do zarządu do Warszawy. Tak bowiem wynika z tego zapisu. Prosiłbym albo o interpretację tego, albo o przekazanie, co państwo uważają za negocjowanie, czyli wchodzenie do części niejawnego konkursu poprzez zarząd. Tu bowiem są wyraźnie określone uprawnienia: „do zadań zarządu należy w szczególności”... Czy państwo przewidują negocjowanie, być może, tylko ze szpitalami, które w przyszłości wejdą do sieci, jako drugi element prowadzenia rokowania czy też konkursu? Prosiłbym o wyjaśnienie tej naszej wątpliwości.

Dalej mamy art. 47, w którym chodzi nam szczególnie o ust. 1 pkt 6. Bardzo nas cieszy, że pojawia się taki zapis o świadczeniach ponadstandardowych, które będą określone rozporządzeniem ministra zdrowia, gdyż jest to pewnego rodzaju furtka do ubezpieczeń uzupełniających. Prosiłbyśmy o rozważenie również takich sytuacji, i możliwość uzupełnienia ustawowego zapisu, w których nie chodziłoby tylko o samo ponadstandardowe świadczenie zdrowotne, ale również sposób wykonywania czy realizacji świadczenia, którego nie gwarantuje fundusz, na przykład nie gwarantuje swobodnego czy wolnego wyboru lekarza prowadzącego w szpitalu czy nie gwarantuje jednoosobowego pokoju. Jeżeli państwo uznają, że można by to w tym zapisie uzupełnić, tak ażeby delegacja dla ministra zdrowia była szersza, to w naszym przekonaniu byłoby to korzystne z punktu widzenia możliwości funkcjonowania w przyszłości ubezpieczeń uzupełniających.

I wreszcie kwestia, którą już była tu wielokrotnie poruszana. Wiadomo, że ilość środków jest ograniczona. Mamy pierwszy taki sygnał w art. 49, że fundusz funkcjonuje w ramach posiadanych środków. Później mamy art. 72, zgodnie z którym suma kwot zobowiązań funduszu musi się mieścić w ramach posiadanych środków. Zmierzam tutaj do kluczowego, naszym zdaniem, rozdziału dotyczącego planowania po-

trzeb zdrowotnych. Bardzo nas cieszy, że taki rozdział tutaj państwo w tym projekcie zawarli. Chodzi nam o art. 106 ust. 4 i poruszony już tu problem. W tymże ustępie wyraźnie się mówi, że plany zdrowotne mają określać w szczególności liczbę i zakres udzielanych świadczeń. Liczba w naszym przekonaniu to jest to, z czym mamy cały czas problem, to jest limit określonych świadczeń, i zakres to jest nic innego jak koszyk tychże świadczeń. Tak to przynajmniej czytamy.

Stąd, wracam również do pewnej prośby, która się tutaj pojawiła. Pan przewodniczący Balicki też taką tutaj sytuację zauważał. Nie rozwiązuje tego zapis w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Pytanie bowiem jest takie, co w momencie, kiedy ta liczba, ten limit się kończy? Może faktycznie warto by tutaj rozważyć zapis w tejże ustawie, a nie tłumaczyć się zapisem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, gdyż on praktycznie jest zapisem martwym. W moim przekonaniu brzmienie art. 1 wyraźnie mówi, że ustawa określa zasady zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Do tych zasad, w moim przekonaniu, również należy określenie, co się dzieje w momencie, kiedy się kończy liczba zakontraktowanych świadczeń, czyli chodzi o określenie tak zwanej kolejki, poruszonego już tutaj wielokrotnie problemu związanego z kolejką.

Sprawa art. 110, w którym mówi się, że krajowy plan tworzy się w podziale na oddziały wojewódzkie. W ustawie już dalej nie ma nic o sposobie podziału tych środków na poszczególne oddziały wojewódzkie. Być może warto by było rozważyć, że ten sposób określa zarząd czy też rada funduszu, a ktoś to zatwierdza, rada czy też minister. Dobrze by było, żeby ten podział był w miarę jawny i w miarę czytelny, bo ustawa tego nie precyzuje. Rozumiem, że precyzowanie sposobu podziału na województwa w ustawie sprawia trudność, jednakże warto by było, wydaje mi się, rozważyć taki zapis, o którym mówiłem poprzednio.

I wreszcie sprawa do rozważenia przez państwa, związana z art. 134. To już jest ostatnie nasze spostrzeżenie. Fundusz jest obowiązany lokować swoje środki na rachunkach bankowych w bankach, których kapitał własny wynosi co najmniej 100 milionów zł, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa i rentowności, przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków. To nie jest sprawa bezpieczeństwa i rentowności czy też wpływów z tychże środków. Nie znam się na przepisach bankowych, ale wydaje mi się, że jeżeli fundusz obraca kwotą około 27 czy 29 miliardów zł, to być może warto by było przynajmniej rozważyć zapis, żeby ta kwota była rozmieszczona w kilku bezpiecznych bankach. W moim przekonaniu i z naszego doświadczenia jako pracodawców – ponieważ wiemy, że fundusz będzie posiadał swoje oddziały – jest to kwestia również transferu pieniędzy, rozliczeń i dlatego powinno być tutaj też zawarte i to, że powinna to być jak najbardziej korzystna oferta. Może to być również oferta, która na przykład wprowadzi elektroniczne zasady rozliczeń w poszczególnych oddziałach i funduszu na koszt tego banku.

Proponowałbym zatem, żeby Wysoka Izba rozważyła możliwość zapisu, że ten bank się wybiera, czy też banki, w drodze przetargu. Jest to bowiem jednak duża ilość publicznych pieniędzy. My, jako pracodawcy, w naszych szpitalach wybieramy banki w drodze przetargu. Do tych przetargów startuje zawsze ponad dziesięć banków i naprawdę tego efekty są bardzo znaczne, jeżeli chodzi o gospodarkę finansową. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.

I teraz w kolejności zapisana chyba do zabrania głosu była pani przewodnicząca Milewska.

Przypomnę, że o godzinie 14.00 ogłoszę na mniej więcej godzinę przerwę, do godziny 15.00, tak żeby można było trochę odpocząć. Jednocześnie przypominam paniom i panom senatorom, żeby w tym czasie przygotować wnioski. Oczywiście można zgłaszać wnioski do końca dzisiejszego posiedzenia komisji. Chodzi o to, żeby przygotować w formie pisemnej wnioski, dotyczące ewentualnych poprawek, tak żebyśmy mogli dzisiaj zebrać wszystkie poprawki i żeby Biuro Legislacyjne mogło na jutro przygotować się do głosowania.

Przypominam wszystkim zabierającym głos, że tylko senatorowie mogą zgłaszać poprawki, a zatem proszę, aby ewentualnie dokładne sformułowania uzgadniać z członkami komisji.

Proszę bardzo, pani przewodnicząca Milewska.

**Przewodnicząca
Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
Alicja Milewska:**

Alicja Milewska, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia.

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Goście! Chciałabym uprzejmie odnieść się do trzech spraw. Stanowisko na piśmie przedstawiliśmy panu przewodniczącemu. Zatem, pokrótce, żeby nie przedłużać.

Pierwsza kwestia, to jest oczywiście wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, czyli art. 21 ust. 1. Bardzo ważną rzeczą, przez nas oczekiwaną i postulowaną, była oczywiście kwestia dojścia do co najmniej 9%, jeśli chodzi o postawę wymiaru składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Jakkolwiek muszę powiedzieć, że jako obywatel, ale jednocześnie działacz społeczny i związkowiec, a jednocześnie fachowy pracownik służby zdrowia, mam w tej sprawie jakby podzieloną własną duszę.

Uważamy, że stał się precedens. Po raz pierwszy obciążono obywatela dodatkową składką. Ktoś powie, że jest to bardzo mała kwota. To jest na pewno, na obecnym etapie, mała kwota. Jeżeli już stał się ten precedens i pójdziemy w kierunku obciążenia kieszeni obywatela wzrostem składki, w momencie, kiedy to nie będzie kompensowane podatkiem od dochodów osobistych, to być może będzie to z kolei zbyt łatwe procedowanie w tej kwestii, kwestii podnoszenia składki. I tu chciałabym prosić o rozważenie, jeżeli byłoby to możliwe, kwestii, czy naprawdę finansów państwa nie stać na to, żeby bezpośrednio obciążenie wynikające z podwyższenia składki zrekomensować w podatku od dochodów osobistych.

Oczywiście, jestem całym sercem za podwyższeniem składki. Jakkolwiek, nie przywiązuję przesadnie dużej wagi do procentowej wysokości składki. Każdy kto myśli logicznie wie, że ważna jest podstawa składki, ważna jest też kondycja finansów publicznych, ale także i dochody obywateli. To jest najważniejsze, wtedy bowiem dochody służby zdrowia wzrastają i w liczbach bezwzględnych. Nie demonizuję więc kwestii procentowej wysokości składki, aczkolwiek na obecnym etapie ma to ogromne znaczenie.

Wydaje się, że stanowisko Ministerstwa Finansów, co do odmowy zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, z uwagi na trudną sytuację finansów publicznych pań-

stwa jest, naprawdę, na dłuższą metę nie do utrzymania i nie do przyjęcia. Myślę, że wszyscy działacze społeczni i polityczni też powinni na to zwrócić uwagę. Rozumiem, że to jest rozwiązanie na jeden rok, tym bardziej, że w następnej sprawie, którą chcę poruszyć, znowu, rozwiązania miały być tylko na jeden rok... Chodzi o obniżenie podstawy wymiaru składki. To jest kwestia, z którą mamy do czynienia w zapisie art. 23 ust. 9 pkt 5 i 6. Chodziłoby o podniesienie z powrotem podstawy wymiaru naliczania składki. Chcielibyśmy prosić Wysoką Komisję, aby ktoś z senatorów przejął kwestię dotyczącą podniesienia podstawy wymiaru naliczania składki zdrowotnej do co najmniej 80% od kwoty pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium, kwoty, która odpowiadałaby wówczas 80% wysokości stałego zasiłku z pomocy społecznej.

Obecnie obniżenie podstawy to jest jednak ubytek, jak szacował minister pracy, chodzi oczywiście o finanse ministra pracy, około 1 miliarda zł. Chcę jasno powiedzieć, że jest to z kolei wyjęcie z finansów Narodowego Funduszu Zdrowia 1 miliarda zł. Myślę, że to jest rzecz, którą warto podkreślić. To nie jest kwestia 100 tysięcy zł, ale to jest kwestia, naprawdę, więcej niż 0,25% składki. Dlatego bardzo proszę i wnoszę o przejęcie przez państwa senatorów tego wniosku. Jest to naprawdę szalenie ważna kwestia.

I teraz następna kwestia, do której chciałabym wrócić, to jest zapis art. 111, który mówi o zmianach w planie finansowym, planie zabezpieczenia świadczeń. Oczywiście, mogą być wnoszone zmiany, one zapewne są konieczne, logiczne. Mamy jednak następującą propozycję. Otóż wydaje nam się, i proponujemy, prosimy o rozważenie, czy w tym momencie nie należałoby tego zapisu obwarować, powiedziałabym, uzależnieniem od tego, że każda dokonywana zmiana nie może być pogorszeniem warunków finansowych zawartych umów. Patrząc na tę sprawę przede wszystkim jako przedstawiciel pracowników. Mamy już w tej chwili, z uwagi na zmiany w niektórych kasach, obniżenie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych. Mamy już w tej chwili wystąpienia ze strony pracodawców dotyczące, po pierwsze, odstąpienia od układów pracy, chodzi o zmiany w regulaminach wynagradzania. Występują w tej chwili, prawie nagminnie, działania ze strony pracodawców, którzy się bronią przed zadłużaniem zakładu. Stąd też jest to szalenie ważna sprawa.

Mało tego, między innymi w ocenie głównego inspektora pracy wyraźnie to zaznaczono, w Polsce nie rozwija się sprawa układów zbiorowych, szczególnie zakładowych. Nie rozwija się, ponieważ nie ma, powiedziałabym, stabilizacji finansowania. Stąd wiadomo, że w takiej sytuacji zapisy tego typu będą sprzyjać, między innymi, działaniom, o których wspomniałam. My rozumiemy pracodawców, aczkolwiek trudno abyśmy wyrazili na to zgodę. Dlatego zwracam się uprzejmie do pań senator i panów senatorów o to, aby zechcieli uprzejmie poprzeć nasze wnioski w tej sprawie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Teraz proszę najpierw pana Bujasa z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, a później pani...

Proszę bardzo.

**Przedstawiciel
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zbigniew Bujas:**

Panie Przewodniczący! Szanowne Panie Senator i Panowie Senatorowie!

Mamy właściwie do przedstawienia tylko trzy punkty, dlatego że w wielu przypadkach nasze prośby i propozycje zostały już wyczerpane we wnioskach złożonych do pana przewodniczącego. Niemniej jednak chciałbym ponownie wrócić do medycyny szkolnej. Ona była dzisiaj wielokrotnie omawiana. Pozostał jeszcze jeden aspekt sprawy, którą sygnalizowaliśmy na posiedzeniach komisji zdrowia, niemniej jednak nie znalazło nigdzie to swojego odzwierciedlenia.

Sprawa dotyczy, proszę państwa, prowadzenia całodziennej opieki pielęgniarskiej w specjalistycznych ośrodkach szkolno-wychowawczych. Jest to sprawa, którą już dokładnie omawialiśmy, i teraz chcemy wrócić do niej jeszcze raz. Uważamy, że w art. 50 ust. 1 powinien znaleźć się pkt 8, który załatwiałby problem definitywnie. A jest to kwestia, myślę, tak samo priorytetowa, jak profilaktyka w medycynie szkolnej, o której mówiliśmy już wcześniej.

Drugą bardzo ważną sprawą jest także sprawa dodania trzeciego podmiotu w art. 120. Jak państwo wiecie, leczenie w Polsce odbywa się głównie poprzez specjalistykę i leczenie zamknięte oraz w podstawowej opiece zdrowotnej. Najbliższe lata prawdopodobnie spowodują to, że opieka w zakresie medycyny długoterminowej będzie sprowadzona do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i innych zakładów, które powstają. Prosilibyśmy zatem o wniesienie do art. 120 pktu 3 w brzmieniu: „ubezpieczony ma prawo do wyboru opieki pielęgniarskiej długoterminowej w zakładach, które zawarły umowę z funduszem”. Jest to rzecz, którą także zgłaszaliśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Uważamy, że koszty leczenia w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych są dużo niższe niż leczenie chorych w warunkach szpitalnych oddziałów internistycznych w szpitalach. Stąd też ten zapis powinien być wyraźnie w tej ustawie wyartykułowany.

I jeszcze jedna prośba, a zarazem ponowne zwrócenie uwagi na art. 54 ust. 1. Nadal podtrzymujemy swoje stanowisko i prośbę do państwa o dopisanie pielęgniarki i położnej ubezpieczenia zdrowotnego jako świadczeniodawców wykonujących badania diagnostyczne. To jest też rzecz, która była omawiana na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia i także nie została uwzględniona.

I ostatnia moja prośba i zarazem uwaga. Jest to sprawa, która już była omawiana przed sekundą przez panią przewodniczącą Milewską. Chodzi o kwestię zawartą w art. 23 ust. 9 pkt 5 i 6. To dotyczy, niestety, zmniejszenia z 80% do 40% podstawy naliczania składki. A więc chodzi o wypłynięcie ponad 1 miliarda zł z systemu. W tak bardzo trudnej sytuacji finansowej ochrony zdrowia są to środki niezbędne. Państwo jako instytucja powinna wspomóc pana ministra Hausnera i ministerstwo pracy w tym zakresie, aby poszukać środki na realizację tych właśnie zadań. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

I teraz pani, tak? Proszę bardzo.

**Przedstawicielka Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych
Renata Górna:**

Renata Górna. Reprezentuję Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych.

Szanowny Panie Przewodniczący! Chciałabym odnieść się bardzo krótko do kilku zasadniczych kwestii, które podnosiliśmy jednocześnie podczas posiedzenia Komisji Zdrowia. O dwóch spośród tych kwestii mówiła już pani przewodnicząca Milewska, mianowicie chodzi o sprawy finansowe, czyli o składkę i w związku z tym poprawkę dotyczącą 80% podstawy wymiaru składek za dwie grupy, które są uwzględnione w art. 23 w ust. 9 w pktach 6 i 7.

Najpierw bardzo krótko o naszym stosunku do składki na ubezpieczenie zdrowotne. OPZZ od początku był za tym, aby składka rosła i zgadzamy się, żeby rosła ona do 9%, tak jak jest to uwzględnione w projekcie. Uważamy natomiast, że nie powinno to być kosztem właśnie ubezpieczonego, nie powinny to być pieniądze, które będą wyciągane, mówiąc krótko, z kieszeni pacjenta. Dlatego chcielibyśmy prosić, aby Ministerstwo Finansów znalazło jednak tutaj rozwiązanie i aby w następnych latach podwyżka o 0,25 punktu procentowego była płacona z budżetu, a nie kompensowana jako udział własny ubezpieczonego.

Druga kwestia, to oczywiście nasza wielka prośba o to, aby przywrócić zapis, który był zawarty wcześniej, mianowicie, aby podstawa wymiaru naliczenia składek na ubezpieczenie zdrowotne za bezrobotnych, niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia, oraz za osoby pobierające zasiłek i świadczenia, wynosiła 80%, a nie 40%, jak to przyjęli posłowie w czasie drugiego czytania. Wydaje nam się, że nie można w takiej sytuacji...

Przewodniczący Marek Balicki:

Przepraszam bardzo.

Narasta gwar... Zostało nam piętnaście minut do przerwy. Proszę bardzo o słuchanie i nieprzeszkadzanie mówiącym, a w tym przypadku, mówiącej.

Proszę bardzo.

**Przedstawicielka Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych
Renata Górna:**

Tak więc bardzo prosilibyśmy o to, aby przywrócić zapis, że podstawa naliczania składek za osoby, o których mowa w art. 23 ust. 9 pkt 5 i 6, będzie wynosiła 80%, a nie 40%. To są dwie najogólniejsze kwestie, które dotyczą pieniędzy.

Jeszcze kilka krótkich uwag w sprawach, o które już mówiono na sali, chodzi mianowicie o kartę ubezpieczenia zdrowotnego, art. 20. Wydaje nam się, że przyjęty przez Sejm zapis nie jest kompletny. Prosilibyśmy, aby zastosować zapis, który był zawarty w poprawce, we wnioskach mniejszości, a który nie został przegłosowany podczas drugiego czytania. Był to mianowicie zapis uszczegóławiający dane, które ma obejmować karta ubezpieczenia. Chodzi o to, aby karta ta obejmowała również dane potwierdzające uprawnienia do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez fundusz, a więc dane dotyczące objęcia ubezpieczeniem, formy ubezpieczenia, następnie elektroniczna informacja o aktualizacji ubezpieczenia oraz również dane o podmiocie wy-

dającym kartę ubezpieczenia zdrowotnego. Wydaje nam się, że jeżeli w przyszłości miałby być wprowadzony centralny wykaz ubezpieczonych, to te dane, które byłyby zawarte właśnie w tej karcie, mogłyby w jakiś kompleksowy sposób po prostu pomóc w lepszej identyfikacji ubezpieczonych.

Jeszcze jedna, chyba najważniejsza, rzecz, bo bardzo drobne uwagi daliśmy panu przewodniczącemu na piśmie i myślę, że państwo senatorowie zapoznają się z nimi szczegółowiej. Jest zaś kwestia związana z nadzorem. Wydaje nam się, że nadzór nad tak wielką instytucją, jaką będzie w przyszłości fundusz, powinien być sprawowany nie tylko przez ministra zdrowia, ale powinien być podzielony pomiędzy ministra finansów i właśnie ministra zdrowia. Współodpowiedzialność za funkcjonowanie funduszu od strony merytorycznej powinno spoczywać na ministrze zdrowia, za gospodarkę finansową natomiast powinien odpowiadać jednak minister finansów. Prosimy ewentualnie o rozważenie takiej propozycji.

Może jeszcze ostatnia kwestia. W art. 135, który mówi o kosztach administracyjnych funduszu, uważamy, że powinna być jasno sformułowana...

Przewodniczący Marek Balicki:

Jeszcze raz na chwilę przepraszam.

Bardzo proszę o zachowanie spokoju. Jeśli jest potrzeba prowadzenia rozmowy, to proszę ją prowadzić poza salą posiedzenia komisji. Niedługo ogłaszamy przerwę. Naprawdę, jest tyle osób na sali, że niemożliwe jest dalsze prowadzenie obrad przy takim szumie, jaki jest.

Przepraszam i ponownie udzielam głosu.

**Przedstawicielka Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych
Renata Górna:**

Uważamy, że koszty administracyjne nie powinny przekraczać 3% przychodów rocznych funduszu. Oczywiście, kwestia wielkości jest do ustalenia, uważamy natomiast, że powinien być jasno sformułowany zapis, że pewien procent powinien być przeznaczony właśnie na koszty administracyjne, a nie że, jak do tej pory, nie ma właśnie określonego procentowego udziału.

Bardzo drobne poprawki, bardziej już natury redakcyjnej niż zmian merytorycznych, przedstawiliśmy panu przewodniczącemu na piśmie, dlatego ewentualnie prosilibyśmy o ustosunkowanie się do nich i ich przyjęcie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

W międzyczasie zgłosił się pan minister Uczkiewicz.

Proszę bardzo, udzielam głosu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów Jacek Uczkiewicz:

Dziękuję uprzejmie, Panie Przewodniczący.

W związku z tym, że zostało podniesionych tutaj szereg kwestii, dotyczących ministra finansów, proszę mi pozwolić rzec słów kilka, wychodząc z informacji, która została

dzisiaj w prasie zresztą opublikowana, że oczywiście stanowisko rządu w tej sprawie jest jednoznaczne – to mi znakomicie ułatwia tę wypowiedź – a mianowicie jednoznacznie opowiadające się za przedłożeniem rządowym w wielu strategicznych kwestiach.

Zacznę od kwestii nadzoru. Otóż, chciałbym zwrócić się do pań i panów senatorów w tej sprawie. Rzeczywiście, od strony strategicznej, być może, jest to najważniejsza decyzja. Chodzi o niebagatelną kwotę ponad 34 miliardów zł. Jestem przekonany, że w przedłożeniu rządowym zrobiono istotny, jakościowy krok naprzód, jeśli chodzi o formułowanie tej kwestii. Tradycyjny, skupiony w jednych rękach nadzór rozbito na dwie części: nadzór finansowy i nadzór merytoryczny, związany z prowadzeniem usług leczniczych. Tę sprawę traktuję w ten sposób, a nie jako kwestię kompetencji jednego czy drugiego ministra. Jednakże zwracam uwagę, że powierzenie nadzoru finansowego, bo o tym mówimy, Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, jest szansą na wprowadzenie w pełni profesjonalnego nadzoru finansowego. Będzie to mieć niezwykle istotne znaczenie praktyczne, ale również chcę zwrócić uwagę na to, że może to mieć istotne znaczenie propagujące nowe rozwiązania w społeczeństwie, że oto poważne środki i poważne rozwiązania są pod profesjonalnym nadzorem.

Kwestia składki. Były tutaj różne głosy, również pytanie, czy finansów państwa nie stać na to, aby wzrost składek zrekompensować w podatku dochodowym od osób fizycznych. Otóż, mówię krótko: nie stać. Ministerstwo Finansów i rząd jest w ogóle generalnie przeciwny sposobowi kształtowania kroczącego wzrostu tych składek, zarówno ze względu na sposób wprowadzenia dodatkowych danin publicznych, jak i na skutki budżetowe. To nie jest tak, jak tu któraś z pań, przepraszam bardzo, że nazwiska nie zapamiętałem, wspomniała, że minister musi jakoś zdobyć pieniądze z budżetu państwa. Ten budżet państwa pochodzi właśnie z podatków, nie z niczego innego, z żadnej kopalni złota. Dlatego też z powodów budżetowych nie tylko nie wchodzi w grę rekompensowanie tego w podatku dochodowym od osób fizycznych, ale w ogóle zwracam się do pań i panów senatorów o wzięcie pod uwagę skutków budżetowych tego kroczącego co 0,25 punktu procentowego sposobu podnoszenia składki. W sumie w warunkach bieżącego roku koszty tego wyniosą 12 miliardów zł. Ja już nie mówię tutaj o skutkach pochodnych, bo gdyby chcieć na przykład zrekompensować to w podatku dochodowym od osób fizycznych, to przecież skutki tego nie tylko polegają na tym, że brakuje środków gdzie indziej, ale na przykład od razu spadają dochody samorządów terytorialnych. Również w przypadku podniesienia do 80% podstawy naliczenia wymiaru składki za bezrobotnych, 80% stałego zasiłku z pomocy społecznej, skutki tego na dzień dzisiejszy wynoszą 480 milionów zł.

Chcę powiedzieć, że w sytuacji, gdy budżety lat następnych stają przed kolejnymi nowymi wyzwaniem, mówię tutaj i o kwestii integracji z Unią Europejską, jak również finansów samorządów terytorialnych, zadaniem i rolą konstytucyjną ministra finansów jest równoważenie, bilansowanie wydatków społecznych, wydatków środków publicznych. Dlatego oświadczam, że niestety te rozwiązania są z powodów budżetowych praktycznie niemożliwe. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze przed przerwą zgłoszeni są pani senator Sienkiewicz i pan senator Cieślak.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie wiem, czy zdążymy przed przerwą, bo o godzinie 14.00 musimy ogłosić przerwę. Nie wiem, czy pani minister jeszcze przed przerwą będzie chciała zabrać głos.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeśli nie, to teraz jeszcze tylko głos zabierze dwóch członków komisji. Następnie zrobimy godzinę przerwy i po przerwie będziemy kontynuować dyskusję. Jeszcze jest parę osób zapisanych do głosu.

Proszę bardzo, teraz pan senator Cieślak chciał *ad vocem* i pani senator Sienkiewicz jako...

Senator Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Przepraszam, że w tej kolejności, ale chcę nawiązać od razu, bezpośrednio do wypowiedzi pana ministra Uczkiewicza.

Panie Ministrze, w czasie prac nad budżetem i prezentacji budżetu w Senacie przez pana wicepremiera Kołodkę zadałem pytanie dotyczące braku środków na program osłonowy restrukturyzacji ochrony zdrowia w Polsce. W projekcie budżetu, który przyszedł z Sejmu, nie było na to ani jednej złotówki. Jest rzeczą oczywistą, że polska służba zdrowia znalazła się w katastrofalnej pułapce. Przykład szpitala imienia Rydygiera we Wrocławiu pokazuje mechanizm tej pułapki. Otóż Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych nie ma pieniędzy na kontrakty i utrzymanie tego szpitala, a organ zażycielski, jakim jest samorząd województwa dolnośląskiego, nie ma pieniędzy na jego likwidację. W tym województwie zadłużenie służby zdrowia przekroczyło 850 milionów zł, łącznie z debetem kasy chorych.

Po raz pierwszy mi się zdarzyło w ciągu dziewięciu lat zasiadania w Senacie, żeby prezentujący budżet minister finansów, pan premier Kołodko, skoro nie czuł się na siłach sam odpowiedzieć na szczegółowe pytanie, scedował odpowiedź na dotyczące budżetu pytanie senatora nie na przedstawiciela Ministerstwa Finansów, w tym przypadku panią minister Wasilewską-Trenkner, która była na sali, tylko na wiceministra zdrowia. I to był jedyny przypadek. Pani minister Trenkner odpowiadała na temat wszystkich innych resortów i sektorów gospodarki, działów budżetu, tylko ochrona zdrowia została scedowana na wiceministra zdrowia. Dla mnie jest to dowodem...

A potem jeszcze przypomnę przebieg nocnego posiedzenia Komisji Gospodarki i Finansów Publicznych, gdzie pani minister była uprzejma zdezinformować członków komisji, co spowodowało, że moja poprawka została odrzucona, przegrałem w głosowaniu. Szczęśliwie Senat potem poprawkę uratował, a Sejm przyjął i minister zdrowia ma tę kwotę 60 milionów zł, o którą się starałem. Co by było gdyby jej nie miał? Cóż to za pieniądze na restrukturyzację ochrony zdrowia w Polsce?

Ale chcę panu ministrowi powiedzieć o jednej rzeczy, i mam pełne prawo moralne również dlatego, że słyszał to ode mnie pan minister Balcerowicz, kiedy w Senacie wygłaszał do senatorów bardzo interesująco skonstruowane przemówienie, powiedziałbym, na bardzo wysokim poziomie dydaktycznym. Mówił on, że stoi na straży pieniędzy podatników, że stoi na straży racjonalnego wydawania środków i oszczędnego wydawania środków. Zapytałem wtedy pana ministra Balcerowicza, czy zna bardziej marnotrawny sposób wydawania pieniędzy podatników – dzisiaj mogę pytać: bardziej marnotrawny sposób wydawania składek na ubezpieczenie zdrowotne, które również są środkami publicznymi – niż płacenie wierzycielom karnych odsetek?

W żadnym obrocie kapitałowym, w żadnej grze na giełdzie, w żadnych funduszach inwestycyjnych, gdzie trzeba podjąć ryzyko obrotu kapitałowego, ryzykować straty, nie uzyska się takiego zysku, jak spokojnie siedząc i nie ruszając palcem, tylko czekając... A każdy tydzień, każdy miesiąc, każdy rok daje kolejne katastrofalnie niszczące strukturę polskiej służby zdrowia obrastanie odsetkami zadłużeń. I to jest najbardziej marnotrawny sposób wydawania publicznych pieniędzy – płacenie wierzycielom odsetek.

Do czego zmierzam, Panie Ministrze? Dotąd kiwał pan głową, pewnie teraz już nie. Otóż, jeżeli wszyscy wiemy i jest pełna zgodność w tej sprawie w Polsce, że w systemie ochrony zdrowia pieniędzy jest za mało i że to jest skutek zmniejszenia składki na ubezpieczenie zdrowotne, uchwalanej w 1997 r. na poziomie 10%, do 7,5% w roku 1998, co w efekcie obrasta odsetkami i co jest nieuniknione, to przerwijmy w którymś momencie to błędne koło. Dajmy polskiej służbie zdrowia szansę. Skoro wiemy, że tych środków jest za mało i nie można przy takim poziomie zasilania ekonomicznego prowadzić normalnej statutowej działalności w zakładach opieki zdrowotnej, publicznych, niepublicznych, to spróbujmy zwiększyć skuteczność ekonomiczną tych pieniędzy poprzez lepszą redystrybucję i poprzez sensowniejsze ich wydawanie, a nie na płacenie odsetek wierzycielom.

Jeżeli nie będziemy zwiększać nakładów, jeżeli w ciągu kilku lat nie zwiększymy w tym systemie ilości środków, to ten system po prostu pęknie albo będzie podlegał dużej prywatyzacji, gdzie nie interes pacjenta i nie potrzeby zdrowotne na określonym terenie będą leitmotivem działania organu właściciela, tylko zysk lub strata. Dopiero w tym momencie zobaczymy, co będzie się działo z wysoko deficytowymi świadczeniami zdrowotnymi na terenie całego kraju. Jakie, na przykład, będą losy oddziałów endokrynologicznych, które są bardzo kosztowne, bo diagnostyka jest niezmiernie kosztowna i zobaczymy, ile będziemy mieli zakładów opieki zdrowotnej i jakie problemy będą zrzucone przez prywatnych właścicieli szpitali w Polsce na państwo. Przypomnę prywatną Stocznię Szczecińską. Jak upadła, to manifestacje nie odbywały się pod siedzibą zarządu stoczni w Szczecinie, tylko pod urzędem Rady Ministrów.

My jesteśmy w stanie przewidzieć, co się będzie działo. Polityka, to również zdolność przewidywania skutków własnych decyzji, a może przede wszystkim. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Teraz pan minister ad vocem, tak? Proszę bardzo. Później głos zabierze jeszcze pani senator Sienkiewicz i zrobimy przerwę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów Jacek Uczkiewicz:

Zabieram głos, gdyż dyskusja jest rzeczywiście bardzo interesująca. Można powiedzieć, że pieniędzy jest tyle, ile jest i o ile można oczywiście przewidzieć różnego rodzaju problemy społeczne, to na pewno z większą precyzją i dokładnością można przewidzieć określone problemy finansowe, budżetowe i gospodarcze, ponieważ to jest bardziej przeliczalne i od tego jest Ministerstwo Finansów i to robimy.

Parę razy tutaj padł przykład Wrocławia, bliskiego ministrowi Wrocławia, jak tu pan poseł Owoc podpowiada. Ale nie padła jedna informacja, że w tym rzeczywiście

trudnym województwie powstała jeszcze za czasów poprzedniego samorządu wojewódzkiego bardzo ciekawa inicjatywa oddłużenia placówek służby zdrowia, nad którym to projektem wspólnie Ministerstwo Finansów pracuje. Tam była pewna przerwa związana z wyborami, ale teraz wróciliśmy do tego.

Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że widzenie sprawy tylko w ten sposób, żeby minister finansów coś wymyślił, żeby z budżetu było więcej pieniędzy albo się to rozwali, jest mylne, ponieważ są również inne możliwości rozwiązywania tych problemów. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu ministrowi.
Pani senator Sienkiewicz. Proszę bardzo.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Po tej wymianie zdań pomiędzy ministrem a senatorem okazało się, gdzie tkwi jądro całej sprawy, gdzie jest główny problem tej ustawy i kondycji narodowej ochrony zdrowia, czy jakkolwiek by jej nie nazwać, wszystko inne o czym się mówi sprawia wrażenie spraw zupełnie postronnych, gdzieś obok życia. I ja również mam to poczucie.

Jednak, zgodnie z przyjętym porządkiem obrad komisji i z upoważnienia mojej korporacji zawodowej, w imieniu mojej korporacji zawodowej, czyli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a jednocześnie konsumując ustalenia ze spotkania ministra zdrowia z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, chciałabym zgłosić trzy poprawki.

Pierwsza poprawka dotyczy słownika na stronie czwartej w art.5, tak by w definicji pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, przez co rozumie się pielęgniarkę i położną środowiskową, rodzinną, pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania, dodać: „pielęgniarkę w opiece długoterminowej”. Uzasadnię to jednym zdaniem. System opieki długoterminowej ma istotne znaczenie nie tylko ze względów humanitarnych, nie tylko wówczas, kiedy nasze szpitale nie muszą przechowywać z powodów socjalnych wielu osób, ale również ma swój wymiar ekonomiczny, gdyż proponuje tańszą od szpitalnej opiekę nad chorymi, którzy wymagają profesjonalnej pielęgnacji i kontynuacji leczenia. Jest to produkt dobrze znany w kasach chorych, w kujawsko-pomorskiej akceptowany, oceniany jako bardzo efektywny. Sądzę też wpisanie: „pielęgniarskiej opieki długoterminowej” uważam za zasadne.

Następna poprawka dotyczy rozdziału, a konkretnie art.54 na stronie trzydziestej piątej, który traktuje o prawach ubezpieczonych. Do sformułowania: „ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego”, proponuję dopisać „oraz pielęgniarki i położnej ubezpieczenia zdrowotnego”. To prawo pielęgniarkom i położnym dała ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Jestem w stanie zacytować, w którym przepisie ustawy to jest zamieszczone, a na podstawie tej ustawy minister zdrowia wydał rozporządzenie, już dawno, bo 2 września 1997 r., w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę, położną, samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego.

W związku z tym nie jest to żadne novum, a z taką opinią spotykały się moje koleżanki podczas prac sejmowej komisji. Jest to po prostu najnormalniejsza realizacja tych zadań, które już znacznie wcześniej ustawa o zawodach im udzieliła. I nie widzę przepisu, który by te uprawnienia pielęgniarek i położnych zmieniał.

Trzecia poprawka dotyczy fragmentu ustawy, który traktuje o ofertach, a więc na stronie czterdziestej piątej w art. 81 proponuję dopisać ust. 2 w brzmieniu: „w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej składnikiem oferty jest lista zadeklarowanych podopiecznych do pielęgniarki, położnej, które udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach zakładu opieki zdrowotnej, praktyki pielęgniarskiej lub praktyki położniczej”. Wprowadzenie tej poprawki jest istotne ze względu na fakt, że w procedurze wyboru oferty wymagana jest lista, z opcjami, z deklaracjami pacjentów, zarówno od lekarzy, jak i od innych podmiotów. W związku z tym brak jest racjonalnych podstaw, ja nie umiem uzasadnić dlaczego tak się stało, aby w procedurze składania ofert wymagać tego tylko od lekarzy, a nie od innych podmiotów uprawnionych do realizowania świadczeń.

Chciałabym również poprosić pana Bujasa z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, aby przekazał mi swoje wnioski. Ja nie deklaruje ich poparcia, chciałabym natomiast się z nimi zapoznać, żeby wiedzieć czy udzielić poparcia. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani senator Sienkiewicz.

W tym momencie przerywamy dyskusję na godzinę. O godzinie 15.00 wznawiamy posiedzenie komisji. Proszę jednak jeszcze o pozostanie. Miałbym taką prośbę techniczną, która ułatwi nam po przerwie dalsze procedowanie, żeby osoby, które chcą zabrać głos, bo ja nie wszystkie zapisałem spośród zgłaszających się, podeszły na chwilę tutaj do prezydium, do sekretarza komisji, pana Sławomira Legata, i zgłosiły chęć zabrania głosu.

Ogłaszam przerwę do godziny 15.00.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę o zajmowanie miejsc.

(Rozmowy na sali)

Jeszcze raz proszę o zajmowanie miejsc i o przerwanie rozmów.

Witam panie i panów senatorów. Witam wszystkich gości. Witam przedstawicieli rządu.

Wznawiam posiedzenie komisji.

Przypomnę, że kontynuujemy dyskusję nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Lista dyskutantów przed przerwą nie została wyczerpana, w związku z tym wracamy do dyskusji.

Pierwsza w kolejności jest zgłoszona pani Krystyna Ejsmont, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Uprzejmie proszę o zabranie głosu.

**Członek
Komisji Prawa i Legislacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Krystyna Ejsmont:**

Dziękuję bardzo.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Krystyna Ejsmont.

Nie chcę się powtarzać, ale tak samo pragnę wyrazić niepokój, jak już to było wyrażane przez moich przedmówców, również senatorów, co do organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia. Chcę zwrócić uwagę na taką rzecz, mianowicie na pewno środki finansowe są ogromnym problemem i to na pewno utrudnia działania, ale również sama kwestia organizacji jest istotna. To jednak, że w bardzo znikomym albo śladowym stopniu są obecni w strukturach organizacyjnych funduszu przedstawiciele samorządów zawodowych, o tym też już było mówione, uważam że jest dużym błędem.

Chcę się odnieść głównie może do medycyny szkolnej. Absolutnie popieramy propozycję, nie wiem, czy któryś z panów senatorów ją przejął, propozycję zespołu pana profesora Szymborskiego odnośnie medycyny szkolnej. Chodzi o uściślenie zapisu opieki nad dziećmi i młodzieżą wobec zapowiedzi, że ma być przywrócona opieka zdrowotna, profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą w szkołach. To, co się dzieje dzisiaj, jakie są kontrakty, to właściwie tego zupełnie nie ma, a widząc nawet już nowe propozycje warunków, nie ma chyba za dużych zmian.

Nie zgodziłabym się też z tym, że opieka profilaktyczna powinna zostać w gestii lekarza rodzinnego. Postaram się umotywić, dlaczego. Otóż, oczywiście na pewno lekarz rodzinny powinien prowadzić opiekę nad dzieckiem. Ale nie wiem, czy sama profilaktyka nie powinna być wydzielona z puli lekarza rodzinnego i przyznana właśnie gabinetom medycyny szkolnej. Czy profilaktyka nie powinna być właśnie wyodrębniona i ten kto zakontraktuje opiekę w medycynie szkolnej, pielęgniarka czy jakiś zespół niepubliczny, będzie mógł też zatrudnić lekarza właśnie do prowadzenia profilaktyki. To jest bardzo istotne i nie wiem, czy to nie powinno być zaznaczone w ustawie. Chyba dobrze by było, żeby to, co proponuje właśnie zespół pana profesora Szymborskiego, żeby taka poprawka była. Na pewno też w rozporządzeniu do ustawy powinny znaleźć się bardziej szczegółowe zapisy.

Druga sprawa też jest związana z medycyną szkolną. Nie widzę mianowicie rozwiązania, czy próby rozwiązania, problemu skutków badań bilansowych i profilaktycznych. Chodzi o badanie specjalistyczne dzieci po stwierdzeniu pewnych nieprawidłowości. Cały czas są problemy, że nawet jeżeli się stwierdzi wady u pewnej liczby dzieci, to one nie mają przed sobą dalszej drogi badań specjalistycznych. Nawijając tutaj do zgłoszonej już propozycji możliwości skierowania przez pielęgniarkę, chociażby medycyny szkolnej, na badania diagnostyczne. Na przykład przy badaniu słuchu laryngolog wymaga skierowania, lekarze innych specjalizacji akurat nie, okulista nie, ale laryngolog wymaga i czy właśnie w tym przypadku nie przydałoby się, aby pielęgniarka po badaniu bilansowym, po badaniu słuchu i stwierdzenia niedomogu mogła jednak skierować dziecko na badania do laryngologa. To są takie tylko przykłady i tych przykładów jest całe mnóstwo. Na pewno medycyna szkolna, jeżeli chcemy do niej powrócić, wymaga tutaj uściślenia i dopracowania, tym bardziej, że – trzeba to wziąć pod uwagę – w tej chwili pielęgniarki w medycynie szkolnej zostały zdziesiątkowane.

To samo dotyczy pielęgniarstwa środowiskowego. Tutaj było już wspomniane, i pani senator Sienkiewicz zgłaszała tę propozycję, o rozszerzeniu w słowniczku za-

pisu dotyczącego pielęgniarstwa opieki długoterminowej. To jest znowu, gdy w tej chwili absolutnie nie ma pielęgniarek, naprawdę bardzo istotny problem. Czy do prowadzenia opieki długoterminowej w terenie to musi być koniecznie pielęgniarka środowiskowa, czy to może być też pielęgniarka po długoletniej praktyce szpitalnej, czy w ogóle po stażu szpitalnym, czy też w ogóle doświadczona pielęgniarka? Rzeczywiście, w tej chwili taka pielęgniarka jest bardzo potrzebna. Wszyscy zresztą chyba wiemy, jak wygląda opieka pielęgniarska w domu pacjenta nad ciężko chorym, starym człowiekiem, a nawet potrzebującym tylko zastrzyku po południu czy w nocy. O tym była już mowa.

Tak więc to są te problemy organizacyjne i na pewno też finansowe. Można jednak w ramach tych finansów zorganizować tę opiekę inaczej, prawidłowo. Chodziłoby o tańszą opiekę, nie tylko lekarską, a więc włączenie w większym stopniu środowiska pielęgniarek i położnych. Może to w pewnym sensie rozwiązałoby problemy. Jednakże, jak mówię, rozwiązywać je należy przy udziale środowisk medycznych. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Kolejny głos, pani Grażyna Mierzejewska, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych. Proszę bardzo.

**Przedstawicielka
Stowarzyszenia Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce
Grażyna Mierzejewska:**

Panie Senatorze! Panie i Panowie! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Uwagi stowarzyszenia złożyliśmy na piśmie. Chciałabym tylko krótko powiedzieć o jednej sprawie. To się znajduje na stronie szóstej w materiałach, które państwo od nas dostaliście. Chodzi nam o zgodność dwóch aktów prawnych, regulujących to samo postępowanie. Po prostu istnieje sprzeczność między ustawą, o której mówimy w tej chwili, a ustawą o cenach. Bardzo prosimy o zwrócenie uwagi na to, co jest w druku wytłuszczone, a co zostało zmienione przez Sejm. Te zmiany są zgodne z zapisami dyrektyw europejskich, jest niezgodność natomiast, jak już powiedziałam na początku, pomiędzy tymi dwoma aktami, to znaczy ustawą o cenach i ustawą, o której mówimy.

Również jest niezgodność w tym, że w ustawie o cenach mówi się, że nie stosuje się przepisów kpa, w ustawie natomiast, o której mówimy obecnie, jest zapis, że od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Tu bym również prosiła o opinię Biura Legislacyjnego. Proponujemy, aby tutaj również była zmiana i wyraźny zapis w ustawie o cenach.

Przewodniczący Marek Balicki:

To już koniec wypowiedzi, tak? Dziękuję bardzo.

Pani Agnieszka Adamska-Karska z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.
Proszę bardzo.

**Zastępca Dyrektora Zespołu Podstawowych Praw i Wolności Obywatelskich
w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Agnieszka Adamska-Karska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

W imieniu rzecznika praw obywatelskich chcę podziękować za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie. Rzecznik nie uczestniczy bezpośrednio w działalności legislacyjnej, na co nie pozwalają mu kompetencje ustawowe i konstytucyjne, niemniej chcielibyśmy wyrazić nasze wątpliwości, co do uchwalonego projektu. W przekonaniu rzecznika mianowicie projekt ten nie usuwa dotychczasowych wad ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, a co więcej wprowadza ograniczenia w stosunku do dotychczasowych uprawnień, wynikających z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Przykładowo, dotyczy to oczekiwanego przez rzecznika rozporządzenia w sprawie świadczeń udzielanych mieszkańcom domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych. To jest delegacja art. 31g ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Projekt ogranicza również możliwość określenia badań diagnostycznych przy udzielaniu świadczeń specjalistycznych. To jest art. 31f ust. 2. Rezygnuje z art. 46 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który przewiduje możliwość pomocy finansowej osobom, które znajdują się w trudnej sytuacji i ponoszą znaczne wydatki na leki, na przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze.

Rzecznik widzi potrzebę rozpatrzenia przez szanownych państwa senatorów problemów, które były przedmiotem wielu interwencji. One wynikają z licznych listów kierowanych do rzecznika w sprawie obecnych zapisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jak podkreśliła pani minister Kralkowska, przepisy te są utrzymywane, a zatem problemy, które wiązały się z obecnym systemem, będą również powtarzały się podczas funkcjonowania funduszu.

Zdaniem rzecznika powinno dojść do uproszczenia systemu identyfikacji ubezpieczonych oraz poboru składki, zgłaszania do ubezpieczenia, ponieważ obowiązujący system jest bardzo skomplikowany, kosztowny i, zdaniem rzecznika, nie ma potrzeby budowy i utrzymywania takiego systemu, gdy świadczenia nie są uzależnione od wysokości składki, a świadczeniami są objęci prawie wszyscy obywatele.

Rzecznik uważa również, że należy zmienić system obciążeń podatkowych. Ta kwestia była już tutaj częściowo podnoszona. Powiem o tym bardzo ogólnie. Kwestia ta była również przedmiotem wystąpienia rzecznika do Trybunału Konstytucyjnego, a następnie ustawa została we wrześniu 2001 r. częściowo zmieniona. Ale sam problem został załatwiony tylko w niewielkiej części. Dotyczy to na przykład poboru dodatkowej składki przez osoby posiadające dodatkowe dochody. Pozostaje więc wciąż problem do rozstrzygnięcia, co już tutaj było przez szereg osób podnoszone, niesprawiedliwego obciążenia poszczególnych obywateli poprzez system składkowy.

Następnym ważnym problemem, bardzo często podnoszonym w listach obywateli, był system dostępu do leków. Zdaniem rzecznika, wyrażanym w wielu listach, ten system, szczególnie system limitowy, jest bardzo skomplikowany, nieczytelny i jest źle odbierany przez pacjentów. Pacjenci w wielu listach kierowanych do rzecznika zwracają się również o stworzenie systemu pomocy czy też systemu dostępu, który by równo traktował wszystkich ubezpieczonych, jeśli chodzi o bardzo drogie leki, na przykład interferon.

Następnie chodzi o zagwarantowanie dostępu do wybranego lekarza oraz innego świadczeniodawcy. Wydaje mi się, że jest konieczne dookreślenie przepisu, który mó-

wi o dostępie do szpitala, ponieważ ten zapis jest powielony z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jak wiemy, służył on do bardzo łatwej interpretacji, przy takich samych zasadach, które są powielane w ustawie o funduszu, do stosowania promes. Tutaj jest nasz postulat, żeby to dookreślić, tak żeby nie budziło wątpliwości odnośnie swobodnego wyboru świadczeniodawcy i szpitala.

Uważamy również, że należy ustalić maksymalny okres oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne i, co jest jakby tego następstwem, wskazać drogę postępowania oraz podmiot właściwy w sprawie ustalenia realnych możliwości korzystania ze świadczeń, w razie gdy pacjent nie może uzyskać świadczeń w ustawowo określonym terminie lub po wyczerpaniu możliwości korzystania ze świadczeń u wybranego świadczeniodawcy, na przykład po wyczerpaniu ustalonej w umowie liczby świadczeń. Tutaj przyłączę się również do głosów, które padały z sali, w tym głosu pana przewodniczącego, że należałoby wyraźnie w ustawie wskazać korzystanie z systemu kolejkowego, a więc w sytuacji ograniczonych możliwości korzystania z odpowiednich świadczeń wprowadzić jasne i czytelne procedury dostępu. Dotyczy to w szczególności korzystania z deficytowych świadczeń zdrowotnych. Obecnie w tym zakresie wpływa do rzecznika bardzo dużo skarg.

Również konieczne jest dookreślenie przepisu w sprawie korzystania z leczniczych środków technicznych, implantów, endoprotez, soczewek, stentów, ponieważ przepis, który jest obecnie przeniesiony z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jak wiemy, prowadził do ogromnych nadużyć w tym zakresie, które generalnie prowadziły do obciążenia pacjentów kosztami kilku tysięcy złotych, na przykład za endoprotezę, czy nawet powyżej 10 tysięcy zł za implanty kręgosłupa. Takich skarg do rzecznika wpływa naprawdę bardzo dużo.

Rzecznik postulował również w wystąpieniach do ministra zdrowia rozważenie kwestii umocowania w obowiązujących przepisach sprawy korzystania z wytycznych konsultanta krajowego w dziedzinie balneologii i fizykoterapii w sprawie przeciwwskazań i wskazań do leczenia uzdrowiskowego. Ta kwestia również powinna być zapisana w ten sposób, żeby dać, przykładowo, możliwość rozstrzygnięcia czy też zapisania w rozporządzeniu wykonawczym. Obecny zapis w ustawie nie stwarza takiej możliwości.

Również chodziłoby o uproszczenie procedur wymaganych do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego. Tutaj widzimy to poprzez odpowiednie zapisy umożliwiające regulację tej kwestii w rozporządzeniu wykonawczym. Obecny zapis pozwala tylko na określenie wykazu i limitów. Przykładowo, podnoszony przez środowisko osób niepełnosprawnych postulat, w tym na konferencji organizowanej przez rzecznika, żeby na przykład w każdym powiecie był punkt kompleksowego zaopatrzenia w standardowe przedmioty i środki.

Następną sprawą, która była przedmiotem bardzo obfitej, wielokrotnej korespondencji z ministrem zdrowia, a ostatnio również z ministrem pracy, który podzielił opinię rzecznika, dotyczyła braku właściwego rozwiązania sprawy korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez osoby przebywające w placówkach, w domach pomocy społecznej. Chodzi tutaj szczególnie o dzieci niepełnosprawne. W wyniku tej korespondencji uzyskaliśmy zapewnienie o rozwiązaniu tej kwestii w rozporządzeniu wykonawczym, przewidzianym do obecnej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W obecnym projekcie ustawy ta delegacja znika.

W wielu listach do rzecznika podnoszona jest również kwestia uregulowania zwrotu kosztów przejazdu ubezpieczonego do odległego zakładu opieki zdrowotnej lub do lekarza. Rezygnacja ze zwrotu tych kosztów ogranicza bowiem ubezpieczonym, głównie z małych miejscowości, wsi, osobom ubogim, dostęp do lekarzy i do zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń specjalistycznych.

Następnie chodziłoby o uregulowanie problemu dostępu ubezpieczonych do rzadkich świadczeń zdrowotnych, udzielanych jedynie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Otrzymujemy bowiem sygnały, które wskazują na to, że niewielkie stawki, czy też stawki, które nie są akceptowane przez lekarzy posiadających bardzo wysokie specjalizacje, powodują, że odchodzą oni z publicznej służby zdrowia, zakładając prywatne gabinety czy też podejmując pracę w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. A są to specjaliści, którzy w skali kraju jako jedyni udzielają tych świadczeń.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Odchodzą lekarze z publicznej służby zdrowia, czyli przestają być świadczeniodawcami... Może dokładniej, oni przestają być lekarzami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie zawierają umów z kasą, i udzielają świadczeń, dotyczących na przykład retinopatii. Takie informacje mamy z rejonu dolnośląskiej kasy chorych. Prowadziliśmy korespondencję z Ministerstwem Zdrowia, otrzymując zapewnienie o uregulowaniu tej kwestii. To dotyczy jeszcze achondroplazji.

Następnie chodziłoby o uregulowanie problemu pobytu w szpitalu z hospitalizowanym noworodkiem lub niemowlęciem matki dziecka. Problem ten był wielokrotnie podnoszony przez rzecznika.

Następny problem, który chcę jeszcze podnieść, tutaj też już była zwracana uwaga, że przewidziano bardzo krótkie *vacatio legis* dla tak ważnej ustawy.

Jest jeszcze problem wypisywania recept przez lekarzy, którzy nie są lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego. Wydaje mi się, że nie został on rozwiązany w przepisach przejściowych. Chodziłoby o zachowanie ciągłości uprawnień dotyczących realizacji tychże recept.

Nawiązując jeszcze do karty ubezpieczenia zdrowotnego, z zadowoleniem przyjmuję wypowiedź pani minister, że ta karta będzie bardzo uproszczona. To stwarza nadzieję, że zostanie szybko wprowadzona w życie. Chcę bowiem podkreślić, że właśnie problem dokumentowania świadczeń zdrowotnych jest również podnoszony w wielu listach obywateli. Dotychczasowe dokumenty, które się rzeczy muszą być utrzymywane przez kolejną ustawę, ich różnorodność, powodują, że nie przystają one do rzeczywistości, na przykład legitymacja ubezpieczeniowa czy wiele innych dokumentów. Wobec powyższego jakby wymusza się przedstawianie przez ubezpieczonych dokumentów wnoszenia składek w rodzaju odcinka renty, gdzie przedstawia się świadczeniodawcy również informacje, które nie powinny być udostępniane, na przykład o wysokości emerytury, renty, o wysokości wynagrodzenia czy też o innych świadczeniach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani dyrektor.

Proszę teraz panią Aleksandrę Piątek ze związków zawodowych mundurowych resortów.

**Przewodnicząca
Zarządu Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Cywilnych
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Aleksandra Piątek:**

Dziękuję serdecznie.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Chciałabym poprosić o sekundę zatrzymania się nas słowniczkiem. Moja uwaga dotyczy art. 5 pkt 25c, w powiązaniu z art. 184, w którym Sejm przyjął zapis dotyczący środka specjalnego i możliwości tworzenia tego środka specjalnego przy jednostkach, które są nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Mam prośbę o uzupełnienie tego art. 5 pkt 25c o słowa: „i ministra właściwego do spraw wewnętrznych”.

Druga prośba o rozważenie i zastanowienie przez sekundę, czy niepotrzebne jest uzupełnienie art. 184 o słowo: „pielęgniarkę”, z uwagi na przyjęcie przez Sejm art. 116 ust. 4, gdzie mówi się o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej, ale również o pielęgniarce i położnej.

Chcę powiedzieć tylko jedno zdanie uzasadnienia w związku ze strukturami jednostek ambulatoryjnych traktowanych jako środek specjalny. Otóż one są potrzebne nie tylko dlatego że czasem są to jedyne placówki, bardzo oddalone od innych placówek opieki zdrowotnej, które mogą takiego świadczenia, takiej pomocy mogą udzielić, ale również z uwagi na to, że czasem dotyczy to obsługiwanie osób, które są objęte pewnym zakresem informacji niejawnych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Teraz proszę pana Krzysztofa Filipa z „Solidarności”.

I jest jeszcze jedna osoba zgłoszona, pani poseł Maria Gajeczka-Bożek, którą witamy po przerwie. Jeśli ktoś chciałby jeszcze zabrać głos w tej części, proszę o zgłoszenie się.

Proszę bardzo, pan Krzysztof Filip.

**Przedstawiciel
Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”
Krzysztof Filip:**

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Nasze uwagi złożyliśmy na piśmie, chciałbym więc tylko w dwóch słowach powiedzieć, jakie mamy główne bolączki. Po pierwsze, sprawy finansowe. Zdecydowanie opowiadamy się za tym, aby zwiększać liczbę środków, które są w systemie, i to środków, które są odliczane od podatku dochodowego od osób fizycznych. Mielśmy już smutne doświadczenia, że decyzjami politycznymi ograniczono te środki i w tej chwili to, co się dzieje, łącznie z tym, co się dzieje na Śląsku, jest po prostu skutkiem tych decyzji.

Jeżeli się uzna, że służba zdrowia, ochrona zdrowia jest priorytetem, tak jak w wielu krajach, to nie powinno brakować na to pieniędzy. Oczywiście, konieczna jest tutaj sprawa redukcji kosztów, w ogóle liczenia tych kosztów, ale na to też powinny

być pieniądze, i to pieniądze budżetowe, które powinny znaleźć się na restrukturyzację, a których nie ma. Tak więc opowiadamy się za tym, aby w art. 21 wprowadzić możliwość odliczenia wzrostu składki od podatku dochodowego.

W tej samej grupie poprawek opowiadamy się za tym, żeby w art. 23 podnieść podstawę wymiaru składki z 40 do 80% za osoby, które są finansowane ze środków resortu pracy i polityki społecznej.

Poza tym opowiadamy się za poprawkami z zakresu świadczeń. Szczególnie apelujemy o to, żeby w art. 59, który dotyczy tych słynnych leków za złotówkę, uwzględnić oprócz seniorów także osoby, które są konstytucyjnie chronione, a mianowicie dzieci, kobiety ciężarne i osoby niepełnosprawne. Te osoby także ponoszą duże koszty i powinny mieć uprawnienie do takiej refundacji.

Opowiadamy się także za nadzorem nad ubezpieczeniem zdrowotnym prowadzonym przez ministra zdrowia w zakresie spraw związanych ze zdrowiem i ministra finansów w zakresie spraw związanych z finansami. To jest oczywiście sprawa dyskusyjna, myślimy natomiast, po doświadczeniach ostatnich czterech lat, że jeżeli minister finansów nie uczestniczy bezpośrednio w działaniach, które są związane z wydatkowaniem pieniędzy w ochronie zdrowia, to jego polityka w stosunku do wydatków tej sfery jest jedna, to znaczy redukcja kosztów, co obserwujemy także i teraz.

Inną poprawką jest poprawka do art. 207. W myśl tego, co przyjął Sejm, wygasają automatycznie, ustawowo umowy o pracę pracowników kas chorych. Proponujemy, aby to się stało na podstawie przepisów kodeksu pracy, tak aby z jednej strony nowy pracodawca miał możliwość weryfikacji pracownika, a z drugiej strony nie odeszli ci merytoryczni pracownicy, którzy potrafią realizować zadania, które de facto się nie zmieniają, a którzy pewnie w ocenie niektórych polityków zdrowotnych z funduszu byłiby niewygodni politycznie.

Opowiadamy się także za tym, aby termin wejścia w życie ustawy był trochę przedłużony. Sądzimy, że takim optymalnym okresem byłoby sześć miesięcy. Najwłaściwszą chyba argumentacją jest to, że mimo braku zmian w części dotyczącej świadczeń – chociaż tutaj też, jak wiemy, trochę się zmienia i zmiany te idą w kierunku ograniczenia pewnych praw – to jednak organizacyjnie, proszę państwa, funkcjonowanie funduszu jest jeszcze nie przygotowane.

Na koniec może taka generalna uwaga. Z doświadczeń poprzednich lat wynika jedno: jeżeli państwo podejmiecie decyzję i podtrzymacie przedłożenie sejmowe, to zdajecie sobie chyba sprawę, że stworzycie w tej chwili system centralny na górze przy zdecentralizowanym systemie na dole. I jest ogromna obawa, jak to będzie współgrało. W tej chwili, tak naprawdę, problemy powstają na dole i mogłyby być rozwiązywane na dole. Jeżeli natomiast decyzje będą podejmowane na górze w Warszawie, to te problemy na dole będą narastały, nie będą rozwiązywane. Ludzie natomiast, pacjenci, będą mieli ogromną frustrację. Pracownicy nie będą mieli możliwości przedstawienia swoich obaw, a system będzie starał się działać tak jak działał, to znaczy dostosowując się w takim zakresie jak to jest możliwe do niższych kosztów.

Polityk centralny, jeżeli będzie w Warszawie, będzie podatny – szczególnie, że *de facto* będą to ministrowie – na decyzje Rady Ministrów. I tutaj fundusz centralny, wzorem innych funduszy centralnych, będzie dążył do redukcji kosztów, a ta redukcja kosztów będzie się odbywała kosztem tych, co na dole. Ci natomiast co na dole do Warszawy nie przyjadą, a jeżeli przyjadą, to już w ostateczności. I tego się właśnie

boimy. To jest naszą wielką bolączką i sądzimy, że niestety, propozycja nowej ustawy to jest regres. Ten system, który funkcjonuje, jest systemem niedofinansowanym, głęboko niedofinansowanym, ale wbrew pozorom on jest sprawny, uwzględniając wielkość środków, jakimi dysponuje.

Ponadto należy podkreślić brak środków budżetowych na restrukturyzację, brak wszelkiego rodzaju osłon. W tej chwili mamy do czynienia przynajmniej z częściowym powrotem do tego, co było. To w naszym pojęciu jest niezasadne. W świetle zdobytych doświadczeń oraz tego, że systemy na świecie stale się reformują, i to reformują się całymi latami, tutaj niestety istnieje niebezpieczeństwo, że kolejna reforma reformy stworzy regres, a nie poprawę. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Teraz proszę o zabranie głosu panią wiceprzewodniczącą sejmowej Komisji Zdrowia, panią poseł Gajecką-Bożek.

Proszę bardzo.

Posel Maria Gajecka-Bożek:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Z wielką uwagą i zainteresowaniem wysłuchałam moich przedmówców, którzy poruszali bardzo wiele spraw.

Art. 50 ustawy ust. 5 pkt 1 mówi, że ubezpieczony ma prawo do profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania. Chcę się zwrócić do szanownych pań i panów senatorów, żeby w ustawie nie podawać rozwiązań organizacyjnych. To wszystko można organizacyjnie załatwić na dole.

Jestem pediatrą z trzydziestoczteroletnim stażem pracy i nie wyobrażam sobie, proszę państwa, że kto inny sprawuje opiekę nad dzieckiem chorym, a inny lekarz zajmuje się u tego dziecka profilaktyką. Dzieci z chorobami przewlekłymi, których nie widać i które mają przeciwwskazania do szczepień, są pod opieką lekarza – czy to jest lekarz rodzinny czy lekarz pediatra, to nie ma znaczenia – który się nimi zajmuje na co dzień, a nie kogoś, kto przyjdzie z doskoku do szkoły. Nie róbmy więc takich rozwiązań w ustawie. To wszystko można ułożyć później na dole w jednostkach organizacyjnych.

A wracając do tego, co mówił kolega z „Solidarności”, kolego, ma pan rację, problemy na dole powinny być rozwiązywane na dole i dziwię się, że właśnie koledzy z „Solidarności” w Śląskiej Regionalnej Kasie Chorych nie chcą tych problemów rozwiązać na dole, tylko żądają rozmowy z ministrem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani poseł.

I w ten sposób lista zgłoszonych osób do dyskusji została wyczerpana. Czy ktoś jeszcze chciałby się wypowiedzieć? Jeśli nie, to może prosiłbym panią minister o ustosunkowanie się do całej dyskusji i do zgłaszanych poprawek. Po wystąpieniu pani minister przedstawię, kto zgłosił poprawki, do jakich artykułów, żeby była jasność i możliwość jeszcze dodatkowego zgłoszenia poprawek i potem ogłosimy przerwę.

Chciałbym przypomnieć, że jutro nie przewidujemy żadnej debaty. Będzie jedynie głosowanie nad poprawkami, które zostaną zgłoszone do końca dzisiejszego posiedzenia komisji. Ewentualne będą jedynie wypowiedzi, dotyczące znaczenia poprawek i stanowisko rządu. Wnioskodawca może wyjaśnić kwestie związane z treścią poprawki, jeszcze stanowisko Biura Legislacyjnego, ale nie przewidujemy debaty. Debata ma miejsce dzisiaj i dlatego tak zarezerwowaliśmy czas, żeby ją wyczerpać.

Bardzo proszę teraz panią minister, która w imieniu rządu ustosunkuje się do debaty i do zasygnalizowanych poprawek. Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Trudno byłoby mi w tej chwili odnieść się szczegółowo do wszystkich uwag, które zostały zgłoszone, tym bardziej, że uwagi te dotyczyły bardzo różnego zakresu. Niektóre uwagi wykraczały poza zakres proponowanej ustawy, niektóre odnosiły się do kwestii organizacyjnych w ochronie zdrowia, które to kwestie regulują zupełnie inne ustawy. Ta ustawa tych kwestii nie dotyczy i myślę, że nie powinna dotyczyć, bo nie powinna być mieszana materia dwóch ustaw. Ta ustawa dotyczy funkcjonowania płątnika.

W związku z tym, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, będę chciała ustosunkować się do szczegółowych uwag, do poszczególnych poprawek, które będą zgłaszali państwo senatorowie, które ewentualnie zostaną przejęte od osób zgłaszających je w dyskusji, przy ich omawianiu. Inaczej bowiem powstanie z tego mętlik, którego nie będziemy w stanie zebrać w całość.

Co zaś do spraw ogólnych, to chciałabym powiedzieć, że ustawa jest ustawą bardzo istotną, szalenie ważną. Bardzo cieszę się, że jest tyle bardzo ważnych uwag, świadczących o tym, jak bardzo jest to problem dotykający nas wszystkich.

Reprezentując ministra zdrowia, rozumiem uwagi dotyczące kwestii finansowych w ochronie zdrowia. Również wiemy o tym, że nie posiadamy nadmiaru środków w systemie ochrony zdrowia. Tym niemniej poruszamy się w określonej rzeczywistości, określonej ilości środków finansowych. I dlatego uważamy, że należy w tej szczególnej sytuacji położyć ogromny nacisk na racjonalne wydawanie środków finansowych, licząc na to, że jeżeli będą możliwe większe wpływy do systemu, to te większe wpływy naturalnie będziemy mieli.

W tej chwili, przy braku racjonalności wydawania środków finansowych, żadne wpływy nie zaspokoją oczekiwań. Jak państwo wiecie, zaspokajanie potrzeb w ochronie zdrowia jest niezwykle kosztowne, jest tyle nowych technologii, zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych, że nawet w krajach bardzo bogatych, gdzie przeznaczają się na ochronę zdrowia bardzo dużą ilość środków finansowych, i tak wszyscy narzekają, że jest za mało pieniędzy. Czyli problem jest, problem jest bardzo ważny i mądrości parlamentu należy pozostawić rozstrzygnięcia w tym zakresie. To są kwestie finansowe.

Teraz kwestie organizacyjne, związane z samym funkcjonowaniem systemu. Padły uwagi tego typu, że istnieje zagrożenie, niebezpieczeństwo zwalniania pracowników, którzy osiągnęli pewną wiedzę i umiejętność prowadzenia spraw w zakresie realizacji potrzeb ubezpieczenia zdrowotnego. Otóż takiego niebezpieczeństwa, proszę państwa, nie ma. My deklarowaliśmy we wszystkich naszych wcześniejszych wypowiedziach, jak również przedstawiając strategię ministra zdrowia, że będą zmniejszone koszty administracyjne. One będą

zmniejszone. Zmniejszona liczba pracowników obsługujących system jest już faktem. Już w tej chwili w większości kas chorych nastąpiła redukcja zatrudnienia, ale redukcja zatrudnienia w zakresie, powiedziałabym, pracowników mniej przydatnych w tym systemie.

Niewątpliwie system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dysponuje w tej chwili częścią wykwalifikowanej kadry, którą mamy zamiar wykorzystać w funduszu. Żeby można było przejść płynnie z jednej formy organizacyjnej do drugiej, i żeby nie było żadnego zagrożenia, to przecież jest zapis w naszym projekcie ustawy, że fundusz przyjmuje pracowników na okres tychże trzech miesięcy, a dopiero później będzie weryfikowana ich przydatność dla obsługi funduszu. To proszę państwa, jest bardzo ważne, bo jeżeli nam zależy na tym, ja mówię nam, to znaczy rządowi, żeby nie było żadnego zawirowania ani niebezpieczeństwa dla pacjentów przy zmianie płatnika i żeby fundusz mógł w sposób płynny przejąć zobowiązania kas chorych, to jest rzeczą jasną i logiczną, że muszą wykonać to ludzie, którzy potrafią to zrobić, którzy są wykwalifikowani, którzy zostali sprawdzeni, że potrafią to wszystko wykonać.

Następna rzecz, o której chciałabym powiedzieć, to jest kwestia, czy należy w tej ustawie regulować kwestie bardzo szczegółowe, dotyczące zarówno sposobu udzielania świadczeń, jak i zakresu udzielania świadczeń, jak i zakresu na poszczególnych szczeblach organizacyjnych itd. Otóż wychodzimy z założenia, i tak została skonstruowana propozycja tej ustawy, że tego typu szczegóły powinny być regulowane w aktach wykonawczych i stosowne delegacje znajdują się w projekcie ustawy. Tak jak już odpowiadałam na pytanie pani senator Krzyżanowskiej, projekty rozporządzeń są przygotowane w tej chwili w 100%. Wszystkie rozporządzenia są gotowe i czekają tylko na możliwość wysłania ich do uzgodnień międzyresortowych, bo takie są wymogi techniki legislacyjnej.

Następna sprawa to jest, proszę państwa, kontrola nad funduszem. Otóż chciałabym zaznaczyć i podkreślić z całą mocą, że w przedłożeniu rządowym ten nadzór nad całym systemem był złożony w dwa resorty: resort zdrowia pod względem merytorycznym, a resort finansów, poprzez komisję nadzoru nad ubezpieczeniami i funduszami emerytalnymi, pod względem finansowym. Nadzór ministra finansów jest realizowany również w ten sposób, że minister finansów daje swoją kontrasygnatę na planie finansowym, jest osobą mogącą wnosić o zmianę planu finansowego, jak również wskazuje on osobę, która będzie pełniła funkcję przewodniczącego rady.

Sejm w pracach legislacyjnych zmienił tę koncepcję, pozostawiając rolę ministra finansów w decyzjach nad planem finansowym i rolę w desygnowaniu, we wskazywaniu przewodniczącego rady, składając natomiast cały nadzór w ręce ministra zdrowia, wychodząc z założenia, że jednolita odpowiedzialność daje gwarancję, że tak powiem, konsekwencji tej odpowiedzialności. Ja do tego nie chciałabym przekazywać żadnych komentarzy. Wskazuję tylko Wysokiej Komisji rozbieżność między przedłożeniem rządowym, które podtrzymuję w całej rozciągłości, a dokumentem, który został przekazany po trzecim czytaniu w Sejmie.

Tyle chyba uwag ogólnych. Myślę, że jeszcze warto podkreślić, że zgłaszane tutaj w toku dyskusji uwagi, które wykazują troskę osób zabierających głos, państwa senatorów, jak również przedstawicieli ciał społecznych, o to, żeby żadna grupa obywateli w naszym państwie nie została pominięta w dostępie do świadczeń zdrowotnych, jest również troską rządu, naturalnie i ministra zdrowia. Wydaje nam się, jesteśmy tego wręcz pewni, że żadna grupa nie została pominięta. Nawet jeżeli któraś z grup nie jest objęta systemem, a taką grupą jest tylko, proszę państwa, jedna grupa bezdomnych nie-

zidentyfikowanych, to i tak istnieje mechanizm, że w razie potrzeby ci ludzie mają udzielone świadczenia zdrowotne, inny tylko jest płatnik za te świadczenia.

Jest zasadnicza różnica między ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym a ustawą o funduszu. Dotychczas kredytowały to zakłady opieki zdrowotnej, ewentualnie świadczeniodawca, bo oni ponosili koszty tego świadczenia i musieli wystąpić do samorządów terytorialnych z roszczeniem o zapłatę za to świadczenie. W tej chwili natomiast nie będzie takiej sytuacji, dlatego że to i tak fundusz będzie płacił za to świadczenie i fundusz będzie występował z roszczeniem do samorządu. Czyli zdejmujemy, jak gdyby, odium z zakładów opieki zdrowotnej i ze świadczeniodawców kredytowania tychże świadczeń zdrowotnych.

I druga, bardzo istotna rzecz, która też będzie miała wpływ na gospodarkę finansową zakładów opieki zdrowotnej, jest taka, że jak państwo wiecie w tej chwili rozgrywa się w wielu miejscach tragedia zakładów opieki zdrowotnej, gdzie komornicy zajmują konta zakładów i zakłady są pozbawione możliwości wypłacenia pensji pracownikom. Ponieważ fundusz będzie państwową jednostką prawną, proszę państwa, tego niebezpieczeństwa już nie będzie. Zgodnie z prawem będzie można zająć wyłącznie 25% konta, reszta musi pozostać do dyspozycji zakładu tejże jednostki.

Tak więc są to rozwiązania, które wychodzą naprzeciw kłopotom, które w tej chwili są i staramy się w obecnej sytuacji finansowej systemu ochrony zdrowia te kłopoty zmniejszyć.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to szczegółowe stanowisko do poszczególnych poprawek będę chciała zaprezentować kolejno przy głosowaniu nad każdą poprawką. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Nie widzę chętnych do zabrania głosu. W tej chwili więc przedstawię kto zgłosił poprawki, do jakich artykułów, tak żeby była jasność, czy poprawki wszystkich senatorów zgłaszających dotarły do prezydium komisji. Po tym przedstawieniu paru jeszcze słów wymaga informacja, którą w międzyczasie otrzymaliśmy, o karcie ubezpieczenia zdrowotnego. Wtedy też będzie czas, gdyby ktoś jeszcze chciał złożyć poprawkę do ustawy.

Dwie poprawki zgłosiła pani senator Krzyżanowska – do art. 54a i do art. 41.

Pani senator Sienkiewicz złożyła poprawkę do art. 5, nowe brzmienie pktu 21, do art. 54 ust. 1 i do art. 81, dodającą nowy ust. 2.

Pani senator Krzyżanowska i pan senator Bobrowski złożyli wspólną poprawkę do art. 207 i do art. 23 ust. 9 pkt 5 i 6, gdzie jest nadane nowe brzmienie pktu 5 i 6.

Ja złożyłem poprawki do art. 42 ust. 2, do art. 60, gdzie jest dodanie nowego ustępu w sprawie limitu ceny, do art. 59 ust. 5, do art. 66 ust. 3 i dodanie nowego ust. 5, do art. 67, do art. 210, gdzie jest skreślenie ust. 1 i nadanie nowego brzmienia ust. 2 i 3 i skreślenie ust. 5, oraz zestawienie poprawek, które powielone otrzymali również państwo, do art. 5 pkt 3, do art. 5 pkt 13, do art. 24 ust. 3, do art. 69 ust. 4, do art. 76, do art. 79 ust. 2, 3 i 5, do art. 80, do art. 86 i 87, do art. 103 ust. 5, w art. 104 dodanie nowego ust. 2 w art. 141, nowy art. 181a, do art. 184 pkt 1, w art. 196 dodanie nowego ust. 1a i zmiana brzmienia ust. 2 i 4 oraz do 221 ust. 1.

Pani senator Janowska złożyła poprawkę do artykułu... To jest dodanie nowego art. 9a oraz zmiana treści art. 50 ust. 1 pkt 5.

I to są wszystkie poprawki, które dotarły do prezydium, a w każdym razie do mnie. Pan senator Pawłowski zgłaszał poprawkę? Tutaj jej nie ma.

(Głos z sali: Zgłaszał na pewno.)

To ja też pamiętam.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Czy ktoś jeszcze z państwa, pań i panów, senatorów zgłaszał poprawki? Czy ktoś poza panem senatorem Pawłowskim zgłaszał poprawki, które nie dotarły do prezydium?

Proszę bardzo.

Senator Zdzisława Janowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Moje poprawki są poprawkami, które przejęłam...

(Przewodniczący Marek Balicki: Nie, nie, na razie ustalmy kwestię techniczną, czy została...)

Nie. Jest jeszcze jedna poprawka, którą przejęłam od izby pielęgniarek i położnych, i ona jest już w Biurze Legislacyjnym.

(Przewodniczący Marek Balicki: To ja poproszę o dostarczenie jej na piśmie. Trzeba ją przynieść.)

Pierwsza poprawka dotyczy tego, o czym była mowa u rzecznika praw dziecka, druga – medycyny szkolnej, trzecia – izby pielęgniarek i położnych.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

I u pana senatora Pawłowskiego była jedna poprawka, tak?

(Głos z sali: Trzy poprawki.)

Trzy poprawki. Dobrze.

Pan senator Religa zgłasza się do głosu.

Proszę bardzo.

Senator Zbigniew Religa:

Panie Przewodniczący, chciałbym zgłosić poprawki. Z tym, że zanim to zrobię, chciałbym wiedzieć na czym polega poprawka pani senator Sienkiewicz, dotycząca art. 5 pkt 21.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy pani senator chciałaby o tym powiedzieć?

(Senator Krystyna Sienkiewicz: Oczywiście.)

Proszę bardzo.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

W art. 5 w pkt 21, to jest ta część, która dotyczy słownika, proponuję zmienić brzmienie na następujące: „pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej –

rozumie się przez to pielęgniarkę i położną środowiskową, rodzinną, pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania oraz – i tu dodaje się – pielęgniarkę w opiece długoterminowej”. Czy przedstawić również uzasadnienie?

(*Senator Zbigniew Religa: Nie, nie. Dziękuję bardzo.*)

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Czy pan senator Religa chciałby kontynuować?

Senator Zbigniew Religa:

Tak. Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Chciałbym zgłosić poprawkę, która została sprecyzowana przez przedstawiciela „Solidarności” odnośnie tego punktu, między innymi dlatego, że była to moja poprawka, dokładnie tak samo brzmiąca, którą zgłaszałem w czasie debaty nad ustawą budżetową.

I dwie poprawki, chciałbym nadać im moje autorstwo, zgłoszone przez prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, którą wszyscy, jak rozumiem, mamy w naszych papierach. Tu chodzi o lekarzy emerytów, którzy mają prawo kierować siebie lub swoją rodzinę na okresowe badania diagnostyczne. Tak więc chciałbym zgłosić te dwie poprawki.

Przewodniczący Marek Balicki:

Miałbym prośbę do pana senatora o zgłoszenie tych poprawek na piśmie. Z tym, że jeśli chodzi o poprawkę prezesa Radziwiłła, dotyczącą możliwości wystawiania skierowań przez lekarzy emerytów dla małżonka, to ona została zgłoszona przez panią senator Krzyżanowską. W każdym razie proszę zgłosić poprawki na piśmie, bo przyjęliśmy taką zasadę, że wszystkie poprawki są zgłaszane na piśmie. Może być to zrobione odręcznie, byle można było to odczytać i Biuro Legislacyjne zrozumiało treść poprawki.

(*Senator Zbigniew Religa: Dobrze. Dziękuję, Panie przewodniczący.*)

Proszę bardzo, czy ktoś jeszcze z pań i panów senatorów chce zabrać głos? Nikt się nie zgłasza.

Czekamy aż uzupełnione poprawki, przepisywane w Biurze Legislacyjnym, dotrą do nas i wtedy wyjaśnimy sobie, czy wszystkie poprawki są zgłoszone. Prosiłbym również pana senatora Religę o poprawki.

Pan senator Cieślak. Proszę bardzo.

Senator Jerzy Cieślak:

Ja tylko zasygnalizuję państwu... Otóż, rozumiem, że przedyskutowaliśmy tę ustawę pod względem merytorycznym. Zostały zgłoszone określone wnioski legislacyjne, również poprawki legislacyjne, które w mojej hierarchii ważności są na drugim miejscu po zmianach merytorycznych, no i wreszcie pora na pewne zmiany czy też wnioski redakcyjne, które czasem wydają się mało istotne, ale są istotne, bo po pierwsze, mamy ustawę o ochronie języka polskiego, który powinniśmy szanować, a po drugie ustawa powinna być napisana w sposób prawidłowy. Dlatego ja tylko sygnalizuję

w tej chwili, a do Biura Legislacyjnego, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, skieruję odpowiednie poprawki. Otrzyma je pani mecenas Langner. W całej ustawie, w wielu miejscach używane jest określenie „ilość świadczeń zdrowotnych”. Otóż nie „ilość świadczeń zdrowotnych”, tylko liczba świadczeń zdrowotnych, jako że świadczenia zdrowotne są rzeczownikiem policzalnym i taka forma obowiązuje w języku polskim. Dlatego we wszystkich miejscach tej ustawy, gdzie jest „ilość”, będę starał się zmienić to na „liczba świadczeń zdrowotnych”. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Uzupełniam listę zgłoszonych poprawek. Pani senator Janowska zgłosiła poprawkę do art. 50 dodającą nowy pkt 8 oraz do art. 120 dodającą ust. 3.

Jest jeszcze moja poprawka do art. 60 ust. 3, dodanie nowego art. 192a oraz nowe brzmienie ust. 4 art. 62.

I poprawka senatora Pawłowskiego i Bielawskiego. Są to trzy poprawki. Pierwsza do art. 116 ust. 2, do art. 51 oraz do art. 54 pkt 1. I to jest cała lista plus poprawki zapowiedziane przez senatora Religę.

Mam jeszcze teraz pytanie do pani mecenas. Otóż w przedłożonej na piśmie opinii zawarto szereg uwag, których konsekwencją powinno być zgłoszenie poprawek. W stosunku do omówionych dwóch zasadniczych uwag pod numerem szesnastym i osiemnastym wypowiedziało się Ministerstwo Zdrowia w imieniu rządu. Poprawka szesnasta, jak rozumiem, została zaakceptowana, a uwaga zawarta w pkt 18 została pozostawiona jako otwarta. Stanowisko rządu jest takie... To dotyczy wykreślenia z ustawy Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. To jest kwestia zniesienia Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Czy pani minister chciałaby zabrać głos w tej sprawie?

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

W przedłożeniu rządowym zapisy wyraźnie i wystarczająco mówiły, w jaki sposób znosi się UNUZ. Jeżeli natomiast w opinii państwa senatorów jest to niewystarczające, to nie widzimy przeszkód, żeby dopisać w art. 204, że z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy UNUZ przestaje funkcjonować.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Można tę poprawkę przyjąć, mimo że był również taki zapis, troszeczkę inaczej sformułowany, w przedłożeniu rządowym.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

A teraz jeśli chodzi o *vacatio legis*. Otóż nie było stanowiska rządu, a ta sprawa była kilkakrotnie poruszana. Jest ona również zawarta w opinii Biura Legislacyjnego. No i ja chciałbym zapytać, bo stanowisko rządu jest tutaj decydujące, czy rząd jest gotowy do tego, żeby w terminie czternastu dni od ogłoszenia ustawa weszła w życie?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Obecna sytuacja ochrony zdrowia, kas chorych, tego, co się dzieje w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu kontraktowania na rok 2003, aneksowania na pierwszy kwartał, wszystko to dopinguje nas, żeby ta ustawa weszła w życie jak najszybciej, bo stworzy ona podstawy prawne do uporządkowania systemu i wyjścia z tego, powiedziałabym, pata, który został wytworzony.

Naturalnie chcielibyśmy być w zgodzie również z technikami legislacyjnymi. Z punktu widzenia technicznego jesteśmy przygotowani do tego, żeby wprowadzić w życie ustawę nawet z dwutygodniowym vacatio legis. Nie chcielibyśmy natomiast w żaden sposób narazić ustawy na szwank z punktu widzenia poprawności legislacyjnej. Decyzję pozostawiamy mądrości Wysokiej Izby. Jesteśmy przygotowani do wprowadzenia w życie ustawy w sposób bardzo precyzyjny.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Ale ja muszę powiedzieć, że to była odpowiedź nie w pełni rozwiązująca wszystkie problemy, które się pojawiły w związku z tymi wypowiedziami. W ustawie sejmowej bowiem mamy wpisane czternaście dni. To jest ustawa przyjęta przez Sejm i Senat może wnieść do tego poprawkę lub nie wnosić poprawki i dlatego – tu jest pytanie do rządu, bo rząd będzie wykonywał tę ustawę – czy jest zasadne wniesienie poprawki mającej na celu przedłużenie vacatio legis, bądź inne określenie terminu wejścia w życie ustawy, a nie czternaście dni. W innym przypadku, nie wiem, można sobie wyobrazić, że ustawa wejdzie w życie na przykład 9 marca.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Nie wnosiliśmy zastrzeżeń do dwutygodniowego terminu vacatio legis, który został zatwierdzony w Sejmie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Krzyżanowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

Chcę zapytać się w tej właśnie sprawie. Pani minister była uprzejma powiedzieć, że rozporządzenia są gotowe i zostaną skierowane do uzgodnień międzyresortowych. Jak długo będą trwały te uzgodnienia międzyresortowe? Ogromna część tej ustawy znajdzie dopiero, że tak powiem, wyraz życia w rozporządzeniach wykonawczych. I tutaj jest problem, czy dwa tygodnie wystarczą na uzgodnienia międzyresortowe, na podanie do wiadomości rozporządzeń wykonawczych, a tym samym na praktyczne wejście w życie ustawy? Chodzi nie tylko o literę prawa, że ustawa jest uchwalona i wchodzi w życie, tylko naprawdę, żeby ona była realizowana na dole. O to chodzi.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

W odpowiedzi na pytanie pani senator chcę powiedzieć, że jesteśmy przygotowani, żeby wysłać rozporządzenia do uzgodnień międzyresortowych w momencie, gdy ustawa uzyska ostateczny kształt w parlamencie. Jesteśmy przygotowani do tego, żeby w tym momencie wysłać projekty rozporządzeń do uzgodnień międzyresortowych. Wydaje nam się, że uzgodnienia międzyresortowe nie powinny trwać dłużej niż dwa tygodnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze miałbym pytanie do Biura Legislacyjnego, czy z legislacyjnego punktu widzenia tak zapisane *vacatio legis* jest poprawne?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Panie Senatorze, z punktu widzenia prawnego czternastodniowy okres *vacatio legis* jest okresem minimalnym. Swoje zdanie już przedstawiłam i nie mam nic do dodania. Jest to minimalny okres przewidziany przez prawo. Przy tym jest to ustawa, która ma określone skutki. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

W tej sytuacji stanowisko jest takie, żeby to było jasne, że rząd opowiada się za dwutygodniowym *vacatio legis*.

Prosiłbym państwa o nierozmawianie, bo to przeszkadza.

Pozostały uwagi o charakterze legislacyjnym, porządkowym, czy też te, które są zawarte w opinii pani mecenas, a które w większości... Jeśli chodzi bowiem o poprawkę drugą, to ja sam zgłaszałem inną poprawkę, a w przypadku pozostałych uwag, jak zauważyłem, nie zostały one zgłoszone. W takim razie ja je zgłaszam jako poprawki. To jest to zestawienie, które jest zawarte w druku Biura Legislacyjnego „Opinia o ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Czy pan senator Religa jest gotów? Jeśli nie, to jeszcze pozostała nam ostatnia kwestia z pierwszej części posiedzenia, a mianowicie karta ubezpieczenia zdrowotnego. I ja muszę powiedzieć, nie wiem, co o tym sądzi pani senator Sienkiewicz, bo również o to pytała, że ta informacja żadnych wątpliwości nie rozwiewa. Istotą ubezpieczenia zdrowotnego i bycia ubezpieczonym jest bowiem to, że się wnosi co miesiąc składkę. Czyli dokument, który miałby praktyczny sens, musiałby zawierać informację, poświadczenie opłacania składek. Ja nie wyobrażam sobie, żeby taki dokument był możliwy do wprowadzenia w tak wielkiej skali. A tylko wtedy on ma sens, gdy jest czymś w rodzaju czeku, gdy uprawnia do wejścia do systemu, tak jak jest gdzieś tam, rzadko, ale w niektórych systemach.

Karta ubezpieczenia zdrowotnego nie ma takiego charakteru. Ona nie potwierdza, że ktoś jest ubezpieczony, ani też ona nie potwierdza, że ktoś opłaca składki. Ona

zawiera jedynie imię i nazwisko i niezbędne dane personalne ubezpieczonego i jeszcze kod terytorialny województwa i NIP płatnika, który wydał ten prostokąt. W przypadku, gdy ubezpieczony się zwolnił z pracy, to tak samo ma ten druczek. On musi być później weryfikowany. Nie wiem więc, co załatwia sam ten druk, ten kartonik.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: Jeśli można...)

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Ten kartonik załatwia następującą sprawę. Otóż jego nie wydaje płatnik, tylko wydaje system. Na nim zaś jest potwierdzenie, że wpłynęła składka od płatnika, z pieczęcią, z datą.

(Przewodniczący Marek Balicki: To nie w tej informacji.)

W tej informacji.

(Przewodniczący Marek Balicki: Nie, to jest potwierdzenie jednorazowe, wydane zaraz na początku po wydaniu dokumentu.)

Nie. My tego płatnika odszukujemy w systemie, ponieważ mamy jego NIP, poprzez ZUS. Z dwóch źródeł mamy informacje na ten temat. I teraz, jeżeli nawet składka za ubezpieczonego przestała wpływać, to jeszcze przez miesiąc pacjent ma uprawnienia do korzystania z systemu. A zatem przez ten miesiąc, już w funduszu, spotka się informacja od świadczeniodawcy, że zostało udzielone świadczenie osobie posługującej się konkretnym numerem PESEL z informacją z ZUS, że od danego płatnika wpłynęła składka. I w ten sposób...

(Przewodniczący Marek Balicki: Ale przychodzi, tak jak w tym dowcipie, pacjent do lekarza, i co? I pokazuje kartę ubezpieczenia. I co z tej karty wynika? Nic.)

I z tej karty wynika, że pacjent ma płatnika, który zapłacił za niego składkę.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Tam jest bowiem stempel, że ten płatnik jest. Jeżeli to już jest nieaktualne, to w systemie, w funduszu, spotka się z informacją z ZUS, że ten płatnik składki za pacjenta nie zapłacił...

(Przewodniczący Marek Balicki: Nie, nie, ale przychodzi pacjent do lekarza i kto to sprawdza?)

Lekarz przyjmuje go na podstawie tej karty i w sprawozdaniu przekazuje do funduszu...

(Przewodniczący Marek Balicki: I później się okaże, że nie jest ubezpieczony?)

Tak. Jest to możliwe tylko przez miesiąc. Ale on przez ten miesiąc ma jeszcze ustawowe uprawnienie do świadczeń.

(Przewodniczący Marek Balicki: Ale tam nie ma, Pani Minister, potwierdzenia opłacenia comiesięcznej składki.)

Nie co miesiąc. Potwierdzenie jest ważne tak długo...

(Głos z sali: W systemie jest potwierdzenie.)

W systemie jest to potwierdzenie, bo ono wynika z identyfikacji płatnika przez ZUS.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Świadczeniobiorca musi być zidentyfikowany.

(Przewodniczący Marek Balicki: Na to ma inne dokumenty.)

Karta jest zamiast tych innych dokumentów i umożliwia identyfikację świadczeniobiorcy.

(Przewodniczący Marek Balicki: Ale on ma już inne dokumenty, na przykład dowód osobisty. Chodzi o to, żeby wykorzystać dowód osobisty ...)

W dowodzie osobistym nie ma wpisanego płatnika, na karcie jest zaś identyfikacja świadczeniobiorcy oraz płatnika.

Przewodniczący Marek Balicki:

Pani Minister, NIP płatnika nie daje nam odpowiedzi na to, czy została opłacona składka za konkretną osobę. Taką informacją jest PESEL. I dzisiaj poprzez PESEL jest weryfikacja, czy została opłacona składka w stosunku, nie wiem, do 80–90% ubezpieczonych. Wystarczy PESEL ubezpieczonego. NIP płatnika nic nam nie daje.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Na drugiej stronie tejże informacji jest taki akapit: „otrzymaną kartę ubezpieczony zobowiązany jest potwierdzić u płatnika jego składek poprzez wstawienie w odpowiednim miejscu numeru NIP wraz z podpisem osoby upoważnionej przez pracodawcę”. Tak długo to potwierdzenie jest ważne, dokąd nie będzie tam następnego na przykład potwierdzenia, tak jak jest w tej chwili w księżeczce ubezpieczalni, że jej właściciel zmienił pracodawcę.

Jeżeli zaś chodzi o sprawdzenie, czy ubezpieczony zmienił płatnika i równocześnie czy za danego pacjenta jest płacona składka, to będzie to sprawdzone dopiero w funduszu, gdy zbiegną się dwie informacje: informacja o identyfikacji płatnika, która spłynie z ZUS, oraz informacja od świadczeniodawcy, że zostało udzielone świadczenie pacjentowi okazującemu taką właśnie kartę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Pani Minister, w praktyce, na przykład w szpitalu, którym kierowałem półtora roku temu, to pacjent podawał PESEL. PESEL jest wpisany w dowodzie osobistym. W większości przypadków to była podstawa do weryfikacji ubezpieczenia. Nawet system komputerowy w mazowieckiej kasie był taki, że można było to sprawdzić na żądanie. Każdy mógł sam siebie sprawdzić, czy są za niego płacone składki. Nie wiem, czy do tej pory tak jest. I nic więcej nie jesteśmy w stanie stwierdzić. Wszystko inne to są byty, które nic nie wnoszą, a jednocześnie kosztują i mogą robić zamieszanie w rejestracjach itd. Rejestratorzy nie będą wiedzieli, co zrobić, czy żądać tej karty, czy nie. I jak dostaną kartę, to i tak muszą sprawdzić, a wtedy ten, co daje kartę mówi: to po co ta karta, NIP to ja mogę podać z pamięci. Ja swój PESEL pamiętam, NIP zresztą też. Ponadto jest teraz duży ruch w zatrudnieniu, czy też osoby, które mają rentę, tracą ją. Będą mieli po kilka kart. Ten, który dostaje tę kartę do ręki, nic z niej nie wie. On i tak musi wszystko sprawdzić.

Czy pani senator Sienkiewicz może chce zabrać głos? Proszę.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Bardzo żałuję, że w ogóle ucieszyłam się przedwcześnie, że będę tę kartę miała, bo okazuje się, że raczej nie będę miała, gdyż otrzymaną kartę ubezpieczony zobowiązany jest potwierdzić u płatnika jego składek, pracodawcy w szerokim tego słowa znaczeniu.

Mieliśmy już kiedyś taką sytuację, kiedy to świadczeniobiorcy poświadczali w urzędach skarbowych swoją sytuację materialną i dopiero wielkie poruszenie społeczne spowodowało, że odstąpiliśmy od tego absurdu. No i oczywiście mój płatnik będzie musiał wstawić w odpowiednie miejsce NIP z podpisem osoby upoważnionej itd. Dalej jeszcze będę musiała w przyszłości potwierdzić to w ZUS lub w KRUS, a osoby bezrobotne będą musiały w takim razie te swoje uprawnienia poświadczać w urzędzie pracy, czyli stworzymy wielki ruch społeczny poświadczania swoich kart. Tu jest bowiem napisane: „otrzymaną kartę ubezpieczony zobowiązany jest potwierdzić”... Ponieważ te karty będą bardziej powszechne niż dowody osobiste, prawa jazdy, paszporty, karty wędkarskie, różne klubowe karty, wobec tego naprawdę odwrócimy uwagę od bezrobocia, biedy, nędzy, a zapędzimy ludzi w kolejki do poświadczania swoich uprawnień ubezpieczonych. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Proszę państwa, nawiązując najpierw w pierwszej kolejności do tego, co pan przewodniczący był uprzejmy powiedzieć, zaraz odpowiem na dalszy ciąg, PESEL nie jest numerem potwierdzającym, czy ktoś jest ubezpieczony czy nie. Z numeru PESEL to nie wynika. Również na tej karcie nie będzie NIP ubezpieczonego, tylko będzie NIP płatnika.

Czy będzie ruch społeczny, gdzie wszyscy będą chodzić i potwierdzać uprawnienia? Nie. Tu chodzi o jednorazowe potwierdzenie w momencie, gdy pojawia się płatnik, albo więc u płatnika, albo w ZUS, albo w KRUS, albo w urzędzie. To jest jednorazowe potwierdzenie. Raz przyjdzie to potwierdzić. Ubezpieczony w momencie zmiany pracy również potwierdzi, na tej samej karcie, że zmienił pracę, czyli następny płatnik postawi stempel. I ta karta jest ważna tak długo, aż nie zostanie to w niej zmienione. Jeżeli w międzyczasie płatnik nie potwierdzi lub dana osoba przestanie pracować, przestaną wpływać za nią składki, to wtedy z ZUS, na podstawie identyfikacji płatnika, bo taka identyfikacja w ZUS jest prowadzona, wpłynie do funduszu informacja, że nie wpłynęła składka. Przypomnę, że uprawnienia do korzystania z ubezpieczenia są jeszcze przez miesiąc po zapłaceniu ostatniej składki. Ten miesiąc wystarcza na to, żeby tego pacjenta zidentyfikować, czy on jest ubezpieczony czy nie. I dopiero wtedy są konsekwencje tego, że ktoś nie zapłacił składki. Tak długo natomiast, jak tego nie ma, tak długo nie ma takich zagrożeń.

(Głos z sali: Zostaje karta.)

Karta zostaje, tylko karta jest konfrontowana w funduszu z danymi dotyczącymi identyfikacji płatnika, które są przekazywane do funduszu z ZUS.

(Przewodniczący Marek Balicki: Pacjent nie przychodzi do funduszu.)

Pacjent przychodzi do świadczeniodawcy.

(Przewodniczący Marek Balicki: A kiedy pobiera opłatę świadczeniodawca?)

Nie pobiera opłaty. Świadczeniodawca udziela świadczenia...

(Przewodniczący Marek Balicki: Kto zapłaci, gdy pacjent jest nieubezpieczony?)

Fundusz. I fundusz dochodzi roszczenia, jeżeli jest niezapłacone.

(Przewodniczący Marek Balicki: Czyli fundusz zawsze zapłaci?)

Tak, fundusz. O tym już mówiłam ustosunkowując się do części ogólnej, że świadczeniodawcy przestają kredytować świadczenia.

Przewodniczący Marek Balicki:

Mam nadzieję, że aparatura nagrywająca w tym momencie wysiadła, bo... po prostu wszyscy będą mieli karty. To ja nawet wiem, gdzie w Warszawie będzie można kupić tego typu kartę. To jest niebezpieczne dla funduszu. To jest gorzej niż dzisiaj.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący, rozumiem, że patologie zdarzają się wszędzie. Nie pod robimy akty prawne. Jednakże kupiec będzie miał taką kartę na bardzo krótki okres, bo to się zbiegnie w funduszu z informacją identyfikującą z ZUS.

(Przewodniczący Marek Balicki: I będzie informacja do wszystkich placówek opieki zdrowia?)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pani Senator, ZUS w tej chwili ma już coraz większy stopień identyfikacji, sięgający nawet 80%.

Przewodniczący Marek Balicki:

A to ja mam pytanie. Przecież składka jest pobierana od umów-zleceń. Czy w każdym przypadku będzie wydawana karta? Jest wiele tytułów do ubezpieczenia. Jaki NIP będzie brany pod uwagę w przypadku osób, które prowadzą działalność gospodarczą, a jednocześnie mają stosunek pracy czy jeszcze mają umowy-zlecenia, a ustawa nakłada obowiązek z każdego tytułu pobierania składki, czyli para-podatku, bo to tak naprawdę jest.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Który? Bo ja nie wiem. To jest nieuregulowane.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Nie ma zależności, przepraszam, że jeszcze tylko jedno słowo dodam, nie ma żadnej zależności między wysokością składki a uprawnieniem do korzystania z ubezpieczenia, czyli wystarczy potwierdzenie jednego płatnika, żeby można było korzystać z systemu.

Przewodniczący Marek Balicki:

Pani senator Krzyżanowska, proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

Ale, Pani Minister, niebezpieczeństwo jest takie, to o czym mówił pan senator Balicki, że skoro taki zapis jest ujęty w ustawie, to każda rejestratorka będzie tego żą-

dać. Taka jest prawda. I będzie tak, że pacjent naczeka się w kolejce, a rejestratorka: ma pan tę karteczkę? Ojej, nie mam. Tak będzie, prawda?

Mnie więc chodzi o to, czy naprawę trzeba to umieszczać w ustawie, żeby pacjentowi, którzy i tak mają dość kłopotów, mieli jeszcze jeden papierkowy, dodatkowy kłopot. Już z tej dyskusji bowiem wynika, że to nie jest tak potwornie, śmiertelnie sprawdzalne. To tu jest problem. Tu chodzi o tych ludzi, którzy będą chodzić od Annasza do Kajfasza. Rejestratorki, powołując się na ustawę, będą ich odsyłać. Tu jest problem.

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Rozumiem wątpliwości pani senator, ale w tej chwili przecież pacjent zgłaszając się też musi wykazać się dokumentem. Musi pokazać książeczkę ubezpieczenia lub książeczkę RUM. Jeden z dokumentów jest potrzebny. Teraz zamiast tych różnych dokumentów, będzie miał jeden dokument, zwarty, niewielki, do okazania, który będzie spełniał wszystkie te funkcje.

(Senator Olga Krzyżanowska: W dwa tygodnie on będzie...)

Nie, w dwa tygodnie go nie będzie. Już tu odpowiedziałam na pytanie, że my się spodziewamy, że uda nam się wprowadzić te karty w ciągu około półtora roku, półtora. Odpowiedziałam już na takie pytanie w pierwszej części posiedzenia. Pani senator to pytanie zadawała. Do momentu wejścia w życie kart obowiązują natomiast dotychczasowe dokumenty.

(Głos z sali: To po co to wprowadzać?)

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze chciałby w sprawie karty, żeby sprawa była jasna, zabrać głos. Rozumiem, że nikt nie złożył poprawki. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos w tej sprawie?

Pan senator Religa, jak widzę, ma przygotowane poprawki. Dziękuję bardzo.

W ten sposób, pomalu, wyczerpujemy porządek dnia dzisiejszego.

Czy ktoś jeszcze z pań i panów senatorów, czy gości, chciałby zabrać głos? Pani Minister?

(Senator Olga Krzyżanowska: Można?)

Pani senator Krzyżanowska, proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

Dziękuję.

Jednak chcę złożyć poprawkę, złożę ją na piśmie, w sprawie vacatio legis. To powinien być jednak co najmniej miesiąc. Po prostu uważam, że to jest technicznie niemożliwe, żeby rozporządzenia wykonawcze doszły nawet do placówek w ciągu dwóch tygodni. Zgłaszam to po prostu jako formalną poprawkę: zwiększenie vacatio legis do trzydziestu dni. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Cieślak.

Senator Jerzy Cieślak:

Mam teraz wątpliwości, jeżeli powróciliśmy do sprawy *vacatio legis*. Jeżeli bowiem pani minister informuje nas, że karty identyfikujące pacjentów, jako płatników i jako osoby ubezpieczone, będą za rok lub półtora roku, o ile dobrze zrozumiałem, to z tego wynika, że art. 20 powinien mieć wydłużone *vacatio legis* na przewidywany czas, potrzebny do rozprowadzenia tych kart. Jeżeli bowiem art. 20 wejdzie w życie po czternastu dniach, razem z jednolitym tekstem ustawy, to będą te karty obowiązywały od następnego dnia po wejściu w życie ustawy. Tak więc dla art. 20 *vacatio legis* musi być wydłużone.

(*Senator Olga Krzyżanowska*: Wiemy, co się dzieje w urzędach komunikacyjnych z prawami jazdy, w przypadku których nie ma aż tylu ludzi).

Przewodniczący Marek Balicki:

Tylko ja bardzo proszę o wnioski.
Pani minister Kralkowska w sprawie, którą zgłosił senator Cieślak. Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

W przepisach przejściowych jest napisane, że do czasu wejścia w życie kart obowiązują dotychczasowe dokumenty. Zaraz zacytuję numer artykułu – art. 213.

Przewodniczący Marek Balicki:

Rozumiem, że w ten sposób dyskusja została wyczerpana, a wnioski złożone.

Dziękuję wszystkim za udział, paniom i panom senatorom, pani minister i członkom rządu, panu ministrowi Uczkiewiczowi, innym przedstawicielom ważnych organów oraz gościom reprezentującym wszystkie ważne dla ochrony zdrowia organizacje i samorządy.

Ogłaszam przerwę w posiedzeniu komisji do jutra do godziny 9.00.

Jutro zbierzemy się w tej sali i będziemy głosować wyłącznie nad poprawkami, które zostały zgłoszone i które wszystkie przedstawiłem.

Dziękuję bardzo za dzisiejsze posiedzenie komisji.

(Przerwa w posiedzeniu)

Przewodniczący Marek Balicki:

Witam panie i panów senatorów. Witam wszystkich gości. Witam przedstawicieli rządu, z panią minister Kralkowską na czele.

Wznawiam posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Przypominam, że w porządku dziennym posiedzenia jest rozpatrzenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. W dniu wczorajszym przeprowadzona została dyskusja, zostały zgłoszone wnioski. Wszyscy państwo otrzymali zestawienie wniosków. Wynika z niego, że zostały zgłoszone sześćdziesiąt cztery poprawki i zgodnie z przyjętym wczoraj trybem pracy proponuję, abyśmy dzisiaj procedowali w sposób następujący. W przypadku każdej poprawki, jeśli wnioskodawca chciał coś krótko dodać, to proszę bardzo, następnie stanowisko rządu, ewentualne pytania i głosowanie. Z tym, że chciałbym się zwrócić z apelem, abyśmy już dzisiaj nie debatowali nad tym, czy poprawka jest potrzebna czy nie, a jedynie koncentrowali się na tym, co znaczy, czy też jakie są skutki przyjęcia poprawki, czy jej legislacyjne znaczenie. Jeśli byłaby na taki tok zgoda, to możemy przystąpić do pracy.

Wszyscy państwo mają zestawienie poprawek. Chcę podziękować Biuru Legislacyjnemu za ciężką pracę nad przygotowaniem tego zestawienia, która trwała wczoraj do godziny 22.30.

Pani senator Krzyżanowska, proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Też bardzo dziękujemy Biuru Legislacyjnemu, ale trochę niedobrze, że zaczynamy posiedzenie i wnioskodawcy, usłyszeliśmy w tej chwili od państwa, mają zastrzeżenia do samej redakcji naszych poprawek. Będziemy musieli to zmieniać właściwie w biegu. Rozumiem, że państwo nie mogliście nam dać tego wcześniej, ale czy w takim razie można przesunąć głosowania nad tymi poprawkami, do których są zastrzeżenia Biura Legislacyjnego, tak abyśmy mogli spokojnie nad nimi dłużej się zastanowić. Znowu bowiem coś odpadnie dlatego, że jest nielegislacyjne, mimo że jest merytorycznie słuszne, albo też nie będziemy rozumieli, dlaczego coś nie jest akceptowane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani senator.

Chcę zwrócić uwagę na Regulamin Senatu. Regulamin mówi, że mogą być zgłoszone przez senatorów wnioski, również wnioski w formie poprawek. Za brzmienie poprawki odpowiada senator czy senatorowie wnioskodawcy i mają nieograniczone możliwości, żeby przygotować taką poprawkę, która może być poddana pod głosowanie. Oczywiście, można dokonywać w trakcie zasłyszanych uwag autopoprawki, ale to jest sprawa senatora wnioskodawcy.

(Senator Olga Krzyżanowska: Tu chodzi o czas na przygotowanie tych autopoprawek.)

Czas pracy nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia został tak zaplanowany, żeby tym razem nie było podstaw do żadnych zastrzeżeń, jeśli chodzi o tempo pracy. Przypomnę, że druki zostały przygotowane przed świętami...

(Senator Olga Krzyżanowska: Ja mówię o poprawkach, Panie Przewodniczący...)

Było kilka tygodni na przygotowanie poprawek i była możliwość zapoznania się, konsultacji z Biurem Legislacyjnym. Oczywiście, gdy będzie potrzeba zrobienia dzisiaj krótkiej przerwy, to zrobimy...

(Senator Olga Krzyżanowska: O to mi chodzi.)

Ale co do poprawek to jest to prawo, ale zarazem obowiązek senatora, żeby przygotować je tak, żeby można było nad nimi głosować.

Czyli możemy przystąpić, jeśli nie ma innych głosów, do głosowania nad poprawką pierwszą. Jest to poprawka zgłoszona przeze mnie, ma charakter legislacyjno-uzupełniający i dotyczy art. 5 pkt 3.

Prosiłbym panią minister Kralkowską o przedstawienie stanowiska rządu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

My popieramy tę poprawkę. Jest to poprawka porządkująca.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy są jakieś pytania, jeśli chodzi o poprawkę pierwszą? Jeśli nie ma pytań, przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pierwszej, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

11 senatorów głosowało za, nikt nie głosował przeciw, ani nikt nie wstrzymał się od głosu.

Stwierdzam, że komisja jednogłośnie przyjęła poprawkę pierwszą.

Poprawka druga również jest zgłoszona przeze mnie i również ma charakter legislacyjny.

Prosiłbym panią minister o stanowisko.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy są jakieś pytania? Jeśli nie ma, przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki drugiej, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

11 senatorów głosowało za przyjęciem poprawki.

Stwierdzam, że komisja jednogłośnie przyjęła poprawkę drugą.

Przechodzimy do poprawki trzeciej, z tym, że nad poprawkami: trzecią i dziesiątą, należy głosować łącznie. Są to poprawki doprecyzowujące zapis kwestii związanej z minimalnym wynagrodzeniem.

Aha, nie dopatrzyłem, że nie było wcześniej zapytania o stanowisko Biura Legislacyjnego. W przypadku dwóch pierwszych poprawek było ono oczywiste.

Teraz więc w pierwszej kolejności proszę o stanowisko panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę. Poprawka wynika z ustawy, która weszła w życie w czasie procedowania nad ustawą o funduszu.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Proszę Biuro Legislacyjne.

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję, nie mam zastrzeżeń.)

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawek: trzeciej i dziesiątej, proszę o podniesienie ręki.

Dziękuję bardzo.

11 senatorów głosowało za przyjęciem poprawek.

Stwierdzam, że poprawki: trzecia i dziesiąta, zostały przyjęte jednogłośnie.

Przechodzimy do poprawki czwartej. Jest to poprawka pani senator Sienkiewicz.

Proszę bardzo, Pani Senator, o krótkie przedstawienie poprawki.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Proponuję w brzmieniu tej poprawki dołączenie w słowniku, określającym poszczególne terminy użyte w ustawie, pielęgniarce opieki długoterminowej, jako że jest to osoba, która sprawuje tańszą od szpitalnej opiekę nad chorymi, wymagającymi profesjonalnej pielęgnacji czy kontynuacji leczenia i czego nie spełniają pielęgniarki środowiskowe, ponieważ ich zakres obowiązków jest zupełnie inny. Czyli proponuję ekonomizację działań ochrony zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Proszę o stanowisko rządu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący! Szanowna Pani Senator!

Wydaje mi się, że nie będziemy mogli mieć pozytywnego zdania o tej poprawce, dlatego że ta poprawka mówi o sprawowaniu opieki w miejscu, a to regulują zupełnie inne przepisy. Ponadto w całej ustawie nie ma ani razu użytego tego terminu. W związku z tym również z punktu widzenia porządkowego nie bardzo jest uzasadnienie na umieszczenie tego terminu w słowniku. Tak więc z ogromną przykrością, zdecydowanie popierając ideę tego zapisu, zapis opiniujemy negatywnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Proszę Biuro Legislacyjne.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Chcę powiedzieć, że ta poprawka rozszerza definicję pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej i jako taka jest czymś więcej niż tylko poprawką o charakterze legislacyjnym. Tak, że kwestia tej terminologii związanej z opieką długoterminową i znaczenia pojęciowego, które zostaje rozszerzone bez odzwierciedlenia w dalszych przepisach, jest tutaj czymś, co należy wziąć pod uwagę. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy są jakieś pytania? Jeśli nie, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czwartej, proszę o podniesienie ręki. (6)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał od głosu? (5)

Dziękuję bardzo.

6 osób głosowało za, nikt nie głosował przeciw, 5 wstrzymało się od głosu.

Poprawka została przyjęta.

Następna poprawka – piąta. Jest to poprawka senatora Cieślaka. Proszę bardzo o jej przedstawienie.

Senator Jerzy Cieślak:

Poprawka ma charakter legislacyjno-redakcyjny i w moim przekonaniu po prostu zamienia użyty w nieprawidłowy sposób wyraz na inny użyty w sposób prawidłowy, a więc zamienia pojęcie ilości na liczbę, rzeczownik niepoliczalny na policzalny. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Proszę o stanowisko rządu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Jeżeli można, chciałabym zaproponować taką tego interpretację, że nie w każdym przypadku można w sposób mechaniczny przenieść, zamienić te dwa pojęcia w ustawie. Jeżeli pan senator zgodziłby się, to my się zobowiązujemy przygotować na plenarne posiedzenie tekst z uwzględnieniem tej kwestii w poszczególnych artykułach, naturalnie w porozumieniu z panem senatorem. Przy mechanicznym bowiem zastąpieniu jednego pojęcia drugim, możemy w niektórych przypadkach, w których nie powinno dojść do zamiany, a są takie miejsca w ustawie, dopełnić nieścisłość.

Senator Jerzy Cieślak:

Przyjmuję do wiadomości stanowisko rządu, chociaż przekonany jestem, że we wszystkich miejscach, gdzie to jest zaproponowane, ta zmiana powinna nastąpić. Ale dam temu wyraz w głosowaniu.

Przewodniczący Marek Balicki:

To znaczy, że pan senator nie wycofuje poprawki, tak?
Proszę bardzo o opinię Biuro Legislacyjne.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Poprawka ma niewątpliwie charakter porządkujący, z tym że musiałabym w tym momencie sprawdzić dokładnie, żeby bez wątpliwości stwierdzić, że ona rzeczywiście spełnia taki cel, jaki jej przyświeca.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania? Jeśli nie, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki piątej, proszę o podniesienie ręki. (8)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał od głosu? (3)

Dziękuję bardzo.

8 senatorów głosowało za, nikt przeciw, 3 wstrzymało się od głosu.

Stwierdzam, że poprawka została przyjęta.

Poprawka szóstą jest to poprawka zgłoszona przeze mnie i ma charakterporządkująco-legislacyjny.

Pani Minister, jakie jest stanowisko rządu?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne nie ma uwag.

Czy są pytania?

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki szóstą, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że komisja 11 głosami, czyli jednogłośnie, przyjęła poprawkę szóstą.

Poprawki: siódma i poprawka ósma, są to poprawki zgłoszone przez panią senator Janowską. Będziemy nad nimi głosować łącznie.

Proszę bardzo panią senator o przedstawienie poprawek.

Senator Zdzisława Janowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Pragnę raz jeszcze uzasadnić treść poprawek. Otóż ta propozycja dotyczy dzieci, których istniejący zapis nie obejmuje.

To dotyczy dzieci, które nie ze swojej winy wędrują, są na ulicy, nie są zameldowane, do których opieka społeczna nie dociera, o których rodzice nie meldują, dzieci, które nie uczą się, nie chodzą do szkoły i którym absolutnie, z uwagi na zapisy konstytucji, należy się szczególna ochrona. W związku z tym bardzo proszę o przyjęcie tej poprawki.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Proszę panią minister o stanowisko rządu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Zgadzając się naturalnie z ideą zawartą w zaproponowanej poprawce, chciałabym zająć następujące stanowisko. W toku prac w Sejmie też ta dyskusja była bardzo długa, rzeczowa i oparta na wielu danych, które ściągaliśmy z różnych resortów. W naszej ocenie poprawki, które zostały wniesione w Sejmie, zabezpieczają wszystkie dzieci. Nie ma takich dzieci, które zostałyby wyjęte spod działania systemu.

Gdyby zaś państwo senatorowie uznali, że są to niewystarczające zapisy, to zapis zaproponowany w tej poprawce wymaga, niestety, preredagowania, na co chciałabym zwrócić uwagę. Dlatego, że w ust. 1 jest powołanie się na inne przepisy – my nie bardzo jesteśmy w stanie zacytować, na jakie. Poza tym również ust. 2 wymaga preredagowania, bo jest to sprawa, która ma skutek finansowy. Należy wskazać, w którym to jest miejscu budżetu państwa, kto realizuje ten zapis i na jakiej drodze, ma on bowiem skutek finansowy. W związku z tym wymagałoby to preredagowania.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Proszę o stanowisko Biura Legislacyjnego.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Z całą pewnością ta poprawka ma charakter merytoryczny i wyodrębnia pewną kategorię osób w sposób odmienny, niż czyni to ustawa. Nie jest to więc kwestia legislacyjna. Rzeczywiście, kwestia innych przepisów, o których jest mowa w ust. 1, budzi naszą wątpliwość i pewien niepokój, ponieważ jest pytanie, o jakie mogłoby chodzić przepisy.

Tak więc chciałabym powiedzieć, że ta poprawka jest jednak merytoryczna i ona uchyla się spod oceny legislacyjnej.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Janowska, proszę.

Senator Zdzisława Janowska:

Myślę, że nie ma najmniejszego problemu, ażeby tę poprawkę uwzględnić i tłumaczenie się określonymi kłopotami z tym związanymi... Pragnę jeszcze raz wyjaśnić, po pierwsze, że zapis w art. 16 pkt 3, który mówi, że odnosi się właśnie do tych dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 18 i 19, nie wyczerpuje absolutnie możliwości pomocy tym dzieciom, nie daje możliwości im pomocy, ponieważ mówi się tutaj wyraźnie o uznaniu przez ośrodek pomocy społecznej zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Powtarzam jeszcze raz: są to dzieci, do których ośrodek ani przedstawiciele ośrodka nie dotrą, ponieważ do tych domów nie wpuszcza się nikogo lub też są to dzieci, które są pozbawione jakiegokolwiek opieki i które są wyjęte spod działania wszelkich kartotek informacyjnych, o których gmina najchętniej chciałaby nie wiedzieć, a rodzice tym dzieciom nie pomagają. W związku z tym uznaniowość nigdy nie spełni tutaj oczekiwań.

Zapis, który jest w art. 9a, mówi o określeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia trybu finansowania. A więc wydaje mi się, że nic nie stoi na przeszkodzie, ażeby dodać kolejne, ponieważ jeszcze te rozporządzenia, jak wiemy, nie są w pełni gotowe, które będzie mówiło o możliwości finansowania tego rodzaju działań po prostu z funduszy opieki społecznej. I wtedy jest wszystko jasne i proste.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pani senator Krzyżanowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Ja tylko przypomnę, że nie przeprowadzamy teraz dyskusji. Omawiamy jedynie skutki poprawki czy też jej legislacyjne znaczenie. Ja muszę powiedzieć, że tak jak zgadzam się z celem tej poprawki, to jej przygotowanie jest niewykonalne. Ona jest zrobiona w konflikcie z wieloma zasadami i przepisami. Po pierwsze, nie wiadomo jakie inne przepisy i po drugie tutaj jest proponowany zapis: „minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia tryb finansowania z budżetu państwa”. Muszę powiedzieć, że za budżet państwa odpowiada minister finansów i co w tej sytuacji znaczy to sformułowanie: „z budżetu państwa”? To trzeba dopracować.

Pani Senator, mamy na to czas do środy. W środę jest posiedzenie plenarne. Warto bowiem rozwiązać to dobrze. W innym przypadku ta poprawka zostanie odrzucona. Ona w tym kształcie naprawdę nie zafunkcjonuje, chyba że chcemy tylko być dobrzy dla jakichś grup społecznych, a nie rozwiązywać problem.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: Panie Senatorze, czy mogę?)

Jeszcze pani minister Kralkowska.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Przepraszam, że jeszcze raz zabieram głos. My również jesteśmy za całkowitym rozwiązaniem problemu, jeżeli jeszcze on budzi wątpliwości. Deklarujemy również swoją pomoc w sformułowaniu tych zapisów. W naszej opinii wymagają one jednak przeredagowania, tak żeby po prostu były możliwe do wykonania.

Przewodniczący Marek Balicki:

Jeśli nawet tę poprawkę przyjmie Senat, to na pewno zostanie ona odrzucona w Sejmie. Minister finansów zapyta się o to finansowanie z budżetu państwa. O to chodzi. Czyli przygotujmy ten zapis do środy.

(Senator Zbigniew Religa: A teraz go wycofujemy.)

Tylko proszę to zgłosić, bo tak nie możemy...

Senator Zdzisława Janowska:

Rozumiejąc wagę poprawki i szansę na jej przegłosowanie, wycofuję w tym momencie poprawkę. Będzie ona natomiast zgłoszona na sesji plenarnej.

Przewodniczący Marek Balicki:

Chodzi o poprawki: siódmą i ósmą? Głosowanie nad nimi odbyłoby się łącznie, tak?

(Senator Zdzisława Janowska: Tak, chodzi o poprawki: siódmą i ósmą.)

Dziękuję bardzo.

Czyli poprawki: siódma i ósma, są wycofane.

Poprawka dziewiąta jest to poprawka pana senatora Religi. Oddaję głos panu senatorowi.

Senator Zbigniew Religa:

Panie Przewodniczący, w tym momencie, po rozmowie z Biurem Legislacyjnym, jestem zmuszony wycofać tę poprawkę, ponieważ ta poprawka nie jest kompletna. Zostanie zgłoszona w prawidłowej już wersji na posiedzeniu plenarnym.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czyli poprawka dziewiąta została wycofana, a nad poprawką dziesiątą było już głosowanie.

Przechodzimy do głosowania nad poprawką jedenastą. Jest to poprawka zgłoszona przez panią senator Krzyżanowską i pana senatora Bobrowskiego.

Proszę bardzo, pani senator Krzyżanowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

To jest, omawiana już w czasie poprzedniej debaty poprawka, która zwiększa podstawę wymiaru. Jest to poprawka z rzeczywiście wyraźnymi skutkami fi-

nansowymi. Trzeba to jasno powiedzieć. Myślę, że to zależy raczej od woli politycznej, a nie od – powiedziałabym – dobrego serca. My zajmujemy stanowisko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.
Czy pan senator Bobrowski chciałby coś dodać? Nie.
Proszę bardzo panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Zaproponowana poprawka stoi w sprzeczności z przedłożeniem rządowym, w związku z tym my ją opiniujemy negatywnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Jeszcze proszę panią mecenas.
(Wypowiedź poza mikrofonem)
Dziękuję.
Przystępujemy do głosowania, chyba, że są pytania. Jeśli nie ma pytań, to przystępujemy do głosowania.
Kto jest za przyjęciem poprawki jedenastej, proszę o podniesienie ręki. (2)
Kto jest przeciw? (5)
Kto się wstrzymał od głosu? (4)
Dziękuję bardzo.
Stwierdzam, że 5 senatorów głosowało przeciw, 2 – za, 4 wstrzymało się od głosu.
Poprawka została odrzucona.
(Senator Olga Krzyżanowska: Czy to można teraz zgłosić jako wniosek mniejszości?)
Pani Mecenas, czy można?
(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Tak.)

Senator Olga Krzyżanowska:

A zatem chcieliśmy to zgłosić jako wniosek mniejszości.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Teraz poprawka dwunasta. Jest to poprawka zgłoszona przeze mnie. Ona też ma charakter porządkująco-legislacyjny.
Czy pani minister Kralkowska chciałaby się wypowiedzieć?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Opiniujemy tę poprawkę pozytywnie, ponieważ ona wychodzi naprzeciw kłopotom interpretacyjnym zapisów, które były w dotychczas funkcjonującej ustawie. Ciągłe były kłopoty interpretacyjne w ZUS. Tak więc ta poprawka porządkuje problemy związane z określeniem, co jest źródłem przychodu.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani mecenas?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie, dziękuję.)

Czy są jakieś pytania? Jeśli nie ma, przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki dwunastej, proszę o podniesienie ręki.

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 11 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę dwunastą.

Poprawka trzynasta została zgłoszona przez pana senatora Cieślaka.

Oddaję głos panu senatorowi.

Senator Jerzy Cieślak:

Myślę, że nie budzi to wątpliwości, po prostu zamieniony jest nieprawidłowo użyty wyraz „lub” na słowo „albo”. Nie może być tak, żebyśmy zostawiali możliwość wykonywania określonych czynności przez Kancelarię Senatu w odniesieniu do posłów, ani przez Kancelarię Sejmu w odniesieniu do senatorów. Trzeba to wykluczyć. W odniesieniu do posłów – Kancelaria Sejmu, do senatorów – Kancelaria Senatu. I taki właśnie byłby skutek tej poprawki.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani minister chciałaby...

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Oczywiście popieram zgłoszoną poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy Biuro Legislacyjne ma jakieś uwagi?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję, nie mam uwag.)

Dziękuję.

Pytań nie ma, przystępujemy zatem do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzynastej, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 11 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę trzynastą.

Teraz poprawka czternasta. Jest to również poprawka zgłoszona przeze mnie, o charakterze porządkująco-legislacyjnym. Czy pani minister chciałaby...

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: Opiniujemy tę poprawkę pozytywnie.*)

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne?

(*Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.*)

Czy są pytania? Jeśli nie ma pytań, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czternastej, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 11 głosami za – jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę czternastą.

Poprawka piętnasta została zgłoszona przeze mnie. Jest to też poprawka o charakterze legislacyjno-porządkującym, wynikająca z opinii Biura Legislacyjnego.

Czy pani minister chciałaby odnieść się do tej poprawki?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący, myślę, że ta poprawka czyni bardziej zrozumiałymi zapisy, które były, a nie zmieniają ich treści merytorycznej. Opiniujemy ją pozytywnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani mecenas chciałaby zabrać głos?

(*Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.*)

Dziękuję.

Czy są pytania? Jeśli nie ma pytań, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki piętnastej, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 11 głosami za, jednogłośnie, została przyjęta poprawka piętnasta.

Poprawka szesnasta była zgłoszona przeze mnie i dotyczyła wprowadzenia trzeciego organu – prezesa zarządu, ale po zastanowieniu się ja tę poprawkę wycofuję. A zatem poprawka szesnasta jest wycofana.

Poprawka siedemnasta dotyczy art. 41 i została zgłoszona przez panią senator Krzyżanowską.

Proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

Poprawka dotyczy zwiększenia liczby członków rady funduszu. Ma ona na celu głównie to, żeby członkami rady funduszu byli nie tylko przedstawiciele, w pewnym sensie, rządu, bo są desygnowani przez rząd, ale i organizacji pracowników, którzy będą wprowadzali w życie tę trudną i niełatwą dla nas wszystkich ustawę.

Chcę tylko zgłosić autopoprawkę. Powie o tym szerzej pani z Biura Legislacyjnego. Tam bowiem jest błąd w zgłoszeniu – na czyj wniosek te osoby będą powoływane. Nie mogą być powoływane, tak jak jest w pkt 1, na wniosek odpowiednich ministrów. Może pani mecenas tę poprawkę, którą już sformułowała, zgłosi jako moją autopoprawkę.

Wszystkie argumenty padły wczoraj. Moim zdaniem, rzeczywiście, nie powinni być w radzie funduszu tylko przedstawiciele władz, a powinni być, bo oni przedtem mogli być tylko zapraszani, przedstawiciele pracowników z prawem głosu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Może w pierwszej kolejności poprosiłbym teraz panią mecenas o uzupełnienie prezentacji tej poprawki. Proszę bardzo.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Ten brak polegał na tym, że w przyjętym przez Sejm brzmieniu ust. 2 w posiedzeniach rady mogły uczestniczyć określone osoby i w momencie, kiedy skreślamy uregulowanie przyjęte przez Sejm, to w poprawce pani senator brakuje tego, na czyj wniosek mają być powoływani członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Czyli we wszystkich tych punktach – od dziesiątego do trzynastego, wyraz: „przedstawiciela” należałoby zastąpić wyrazem: „członka” i dodać sformułowanie: „na wniosek”. A więc brzmiałoby to następująco: „jednego członka na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej, jednego członka na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, jednego członka na wniosek Naczelnej Rady Aptekarskiej, jednego członka na wniosek Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych”.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani senator Krzyżanowska wprowadza taką autopoprawkę?

Senator Olga Krzyżanowska:

Tak jest, składam taką autopoprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję.

Czy pani minister Kralkowska chciałaby się odnieść do tej kwestii?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Ta poprawka stoi w sprzeczności z przedłożeniem rządowym, w związku z tym opiniujemy ją negatywnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania? Jeśli nie ma pytań, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki siedemnastej, proszę o podniesienie ręki. (5)

Kto jest przeciw? (4)

Kto się wstrzymał od głosu? (2)

Dziękuję bardzo.

5 senatorów głosowało za, 4 – przeciw, 2 wstrzymało się od głosu.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka osiemnasta jest zgłoszona przeze mnie. Ma charakter legislacyjno-porządkujący.

Proszę panią minister o stanowisko rządu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Przepraszam, Panie Senatorze, ale ta poprawka nie jest legislacyjna, ale merytoryczna. Jest to poprawka, którą popieramy. Jest to powrót do przedłożenia rządowego.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy Biuro Legislacyjne...

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.)

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania? Jeśli nie ma, to możemy przystąpić do głosowania.

Przypomnę jeszcze raz, że zgodnie z art. 42 ust. 2 prezesa powołuje i odwołuje prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia. Wykreślamy: „na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia”, jeśli przyjmujemy poprawkę. Czyli będzie powoływał prezes Rady Ministrów, sam z własnej inicjatywy.

Jeśli nie ma pytań, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki osiemnastej, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 11 głosami za, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka dziewiętnasta została zgłoszona przez panią senator Janowską.

Oddaję głos pani senator.

Senator Zdzisława Janowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Chciałabym przekonać państwa do rozszerzenia zapisu w art. 50, gdzie jest mowa o tym, że fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom, wczesnego wykrywania chorób, poprzez finansowanie działań w zakresie...

Do tychże działań dołączone zostaje działanie prowadzone przez opiekę pielęgniarską, czyli chodzi o prowadzenie całodiennej opieki pielęgniarskiej w specjalistycznych ośrodkach szkolno-wychowawczych. To jest ciąg, że tak powiem, poprawek dotyczących środowiska dziecięcego, gdzie ta opieka jest bezwzględnie potrzebna.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pani minister Kralkowska, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Ta opieka jest bezwzględnie potrzebna w tychże środowiskach i ona jest w tej chwili realizowana. Jest możliwość jej realizowania, dlatego że fundusz, a w tej chwili kasy chorych, zawierają kontrakty na taką opiekę. Zawierają kontrakty z pielęgniarkami, z praktykami pielęgniarskimi, z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej i z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Jeżeli zostanie zapisane takie brzmienie poprawki, to fundusz zostanie zobowiązany do finansowania etatów, które powinny być finansowane z opieki społecznej. Jest to przerzucenie na fundusz kosztów, które musi ponosić opieka społeczna przy prowadzeniu takich ośrodków, bo to ona jest prowadząca te ośrodki. Przy braku tego zapisu w tym brzmieniu – ja mówię o tym właśnie brzmieniu – za świadczenia płaci fundusz. I taką umowę na świadczenia można było dotychczas zawrzeć i jest zagwarantowana w kilku miejscach tej ustawy możliwość zawarcia umowy na świadczenia. Fundusz natomiast nie może opłacać etatów, które są płacone z pieniędzy opieki społecznej. Tak więc zgoda co do idei wykonania świadczeń, tylko nie tą drogą finansowania. Dlatego musimy tę poprawkę zaopiniować negatywnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pani senator Janowska, proszę.

Senator Zdzisława Janowska:

Tłumaczenie pani minister wydaje mi się trochę taką „spychotechnikową” robotą – z jednego resortu do drugiego. Jeśli mówić o opiece społecznej, to my dobrze wiemy, że opieka społeczna nie ma grosza, a niedawno mówiliśmy o ustawie budżetowej, z której wynikało wręcz, że brakuje pieniędzy na obligatoryjne zasiłki opieki społecznej, rodziny zastępcze. Ponadto, jeśli chodzi o ośrodki szkolno-wychowawcze, to chyba – jeśli się nie mylę – nie opieka społeczna, ale MENiS odpowiada za nie. W sytuacji braku poparcia ministra zgłaszam poprawkę mniejszości.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Marek Balicki:

To jakieś kolejne przewidywanie faktów. Czy pani minister... Muszę bowiem powiedzieć, żeby senatorowie mieli jasność, co to są specjalistyczne ośrodki szkolno-wychowawcze. Czy jest może przedstawiciel Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu albo ministerstwa pracy?

Prosiłbym jeszcze panią minister Kralkowską o doprecyzowanie tej sprawy.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Panie Senatorze, w tej chwili, przykro mi, nie umiem odpowiedzieć na to pytanie. Jestem w stanie ściągnąć informacje w ciągu pół godziny, żeby precyzyjnie się powołać na przepisy.

Od strony organizacyjnej sprawa wygląda w następujący sposób. Otóż, rzecz ma się podobnie w ośrodkach prowadzonych przez pomoc społeczną i przez oświatę. Organizatorem ośrodka jest któryś z tych resortów. Organizator ponosi koszty związane z utrzymaniem infrastruktury i etatami osób zapewniających funkcjonowanie tego ośrodka oraz zadania statutowe. Jednym z zadań statutowych jest ciągła opieka, zadania opiekuńcze, nad pensjonariuszami ośrodka. I to jest jedna część zadań i związane z ich realizacją ponoszone koszty.

Drugie zadania to są świadczenia zdrowotne, które muszą być podopiecznym ośrodka zapewnione. I te świadczenia zdrowotne są zapewniane na podstawie umowy kontraktu z ubezpieczycielem, czyli z kasą chorych, a w przyszłości ewentualnie z funduszem. To są zadania określone bardzo ściśle jako świadczenia zdrowotne. Kontrakt na te świadczenia zdrowotne podpisuje albo pielęgniarzka w swojej indywidualnej albo grupowej praktyce, w publicznym czy w niepublicznym ZOZ. I to finansuje fundusz. W zależności od zawartego kontraktu i umowy kontraktowej są to zadania określone precyzyjnie ilościowo, albo jest to po prostu całodobowa opieka. To zależy od podpisanej umowy.

Istota całej sprawy polega na określeniu, kto ma finansować które zadania. I tak, jak powiedziałam, zadania wynikające z infrastruktury i z funkcjonowania ośrodka finansuje organizator tego ośrodka, czyli albo MENiS albo opieka społeczna, bo to występuje w obydwu typach jednostek. Świadczenia zdrowotne natomiast – fundusz. I tak to jest w tej chwili zagwarantowane i nadal tak będzie zagwarantowane.

Tutaj zaś w ten sposób przerzucamy koszt opiekuńczych zadań, czyli tego statutowego organizowania funkcjonowania ośrodka, na fundusz. Ja rozumiem, że we wszystkich pionach mamy braki finansowe, ale dokładamy następne zadanie do funduszu, zadanie, które nie jest, proszę państwa, świadczeniem zdrowotnym.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Ponieważ trudno jest głosować nad czymś, wobec czego nie mamy pełnej jasności, to ja mam taką propozycję. Otóż to jest poprawka, nad którą nie musimy z uwagi na następne poprawki – z tego, co pamiętam – w tej chwili głosować. Nie wynikają bowiem z niej takie skutki, które musiałyby rzutować na sposób głosowania przy następnych poprawkach. Na pewno głosowanie zajmie nam jeszcze godzinę, jeśli nie więcej. Mam zatem propozycję, aby przedstawiciel odpowiedniego resortu – gospodarki, pracy i polityki społecznej lub edukacji narodowej i sportu – przyjechał na posiedzenie komisji i udzielił takiej informacji senatorom, żeby można było w sposób świadomy głosować nad tą poprawką. Tylko prosiłbym, żeby to spowodować teraz. Prosiłbym przedstawicieli jednego i drugiego resortu, aby przyjechali...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przypomnę też, że przedstawiciele wszystkich resortów, o których mówimy, zostały zaproszone. Zgodnie z Regulaminem Senatu istnieje obowiązek obecności przed-

stawicieli resortów na posiedzeniach komisji, szczególnie na tych, na które są zaproszeni. To wynika z regulaminu.

Czyli zawieszamy głosowanie nad poprawką dziewiętnastą. Wrócimy również do ewentualnych pytań czy komentarzy po przybyciu odpowiedniego przedstawiciela resortu.

Poprawka dwudziesta dotyczy art. 50. Jest to poprawka pani senator Janowskiej. Proszę panią senator o jej prezentację.

Senator Zdzisława Janowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

To jest poprawka z ciągu poprawek dotyczących opieki nad dziećmi i młodzieżą oraz obowiązku obywateli sprawowania tej opieki, umieszczonej przecież w konstytucji. Otóż wiemy już od dawna, że dzieci w środowisku szkolnym nie są należycie chronione. Taki niewielki tylko powrót nie rozwiązuje sytuacji. Stan zdrowia dzieci, brak podstawowej opieki nad dzieckiem w środowisku szkolnym wymaga doprecyzowania. W związku z tym proszę o przyjęcie poprawki w art. 50. Proszę, ażeby w ust. 1 w pkt. 5 po wyrazie „wychowania” dodać wyrazy „w ramach systemu medycyny szkolnej”. Chodzi o to, żeby to było jasne, że chodzi o przywrócenie należytej opieki nad dzieckiem w ramach systemu medycyny szkolnej.

Ust. 5 wyraźnie precyzuje to, o czym mówiłam, a więc wyraźnie się tutaj mówi o potrzebie wydania rozporządzenia, dotyczącego określenia zakresu i organizacji w ramach medycyny szkolnej świadczeń zdrowotnych, które będą obejmowały promocję zdrowia, profilaktykę zagrożeń, wczesną diagnostykę i badania przesiewowe adekwatne do potrzeb leczenia itd., itd. Jest to coś, o co woła środowisko szkolne i dziecięce. Ono woła o pomoc, a to, co się dzieje, jest tragiczne, po prostu tragiczne w swojej wymowie, o czym doskonale wszyscy wiemy. Wypadki, narkotyki, urazy, zafęcia wychowania sportowego, które dzieciom nie pomagają. Dzieci są pozostawione same sobie. Brak szczepień. Za dużo jest tu lekarzy, żeby rozszerzała ten temat. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Proszę bardzo panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Proszę państwa, trudno mi się odnieść do tego problemu jednym słowem. Państwo pozwolicie, że powiem kilka słów na ten temat.

System medycyny szkolnej, jako pojęcie bardzo ogólne, jest w tej chwili pojęciem trochę historycznym, dlatego że kiedyś był taki system i było używane takie pojęcie. W tej chwili natomiast odchodzi się od takiego systemu i w związku z tym został opracowany program profilaktyki dzieci i młodzieży w miejscu nauczania i wychowania. Jest to program, powiedziałabym, bardzo szeroki, który obejmuje te wszystkie zagadnienia, o których pani senator była uprzejma powiedzieć. Jest to program, który współgra z programem udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza rodzinnego, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza, który zajmuje się zdrowiem dziecka

w kontekście całej rodziny i na tle całej rodziny. Tak, że w tej chwili są jak gdyby rozdzielone pojęcia, które spina dopiero ten lekarz, który zajmuje się całą rodziną, czyli lekarz rodzinny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

W związku z tym wydaje nam się, że profilaktyczna opieka nad dziećmi w środowisku nauczania i wychowania jest, że tak powiem, określeniem bardzo szerokim, które pozwala ująć wszystko kompleksowo. W programie działań profilaktycznych, który wspólnie opracowały resort edukacji i resort zdrowia, i który przywraca do szkół właśnie gabinety profilaktyczne, już rozpoczęła się jego realizacja, główną rolę, że tak powiem, odgrywa pielęgniarka, która jest tą osobą spinającą opiekę nad dzieckiem.

Również inne przepisy ustaw nakazują i dają uprawnienia pacjentowi do wyboru miejsca leczenia. Pacjentowi, czyli rodzicom w imieniu dzieci, dlatego że to rodzice są prawnymi opiekunami i mają prawo o tym decydować. To rodzic decyduje, który lekarz obejmie dziecko opieką lekarską. I dlatego organizowanie gabinetów lekarskich w szkołach natrafia na pewne trudności. Jeżeli bowiem różni rodzice wybiorą różnych lekarzy, niekoniecznie z tego gabinetu, bo wybierają swoich rodzinnych lekarzy, którzy się opiekują całą rodziną, to wtedy trudności organizacyjne i trudności rzeczowe są ogromne.

I następna sprawa, proszę państwa, w drugiej części tejże poprawki jest wymieniony zakres świadczeń, który przekracza ramy możliwe do wykonania w zakresie działań profilaktycznych w szkole i przekracza ramy teże ustawy, dlatego że orzecznictwo regulują zupełnie inne przepisy. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej i nadzór to też są inne przepisy, inna ustawa – ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. To są inne ustawy. To przekracza instytutację płatnika za świadczenia zdrowotne.

Referując państwu ustawę w dniu wczorajszym, powiedziałam, że ustawa dotyczy zmiany płatnika, nie dotyczy zaś zakresu organizacyjnego systemu opieki zdrowotnej. Zmiany wchodzące w zakres organizacyjny systemu opieki zdrowotnej będą w następnych nowelizacjach, które będziemy państwu przedkładać. Będzie duża nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w której będzie zawarty zakres organizacyjny. Ta zaś ustawa dotyczy tylko płatnika. Z tego powodu opiniujemy tę poprawkę negatywnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani mecenas chce zabrać głos?

Proszę bardzo.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Chcę tylko powiedzieć, że budzi legislacyjną wątpliwość pojęcie, o którym ostatnio powiedziała pani minister, chodzi mianowicie o to orzecznictwo. Nie potrafię jednak powiedzieć w tej chwili, jaka powinna być redakcja tej poprawki. Budzi wątpliwość to sformułowanie w delegacji dla ministra. O jakie orzecznictwo właściwie chodzi? Bo orzecznictwo jest czymś, co powstaje i co tworzy się, co niejako narasta. I jest pytanie, czy jest możliwe w ogóle napisanie w delegacji, że w gestii ministra jest orzecznictwo jako takie. Tak że tutaj mam taką właśnie wątpliwość. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani senator Janowska.

Senator Zdzisława Janowska:

Chciałabym przekonać państwa do wagi problemu i trudno zgodzić mi się z przedstawionymi argumentami, ponieważ rzeczywistość jest zupełnie inna, aniżeli możemy sobie to wyobrazić, aniżeli było to prezentowane.

Rodzina odpowiada za dziecko. Dzisiaj, gdy 80% społeczeństwa żyje poniżej minimum socjalnego, gdy rodzice nie mają możliwości leczenia się, a co dopiero kierowania całej rodziny do opieki...

(Przewodniczący Marek Balicki: Pani Senator...)

Powiem tylko jedno zdanie...

(Przewodniczący Marek Balicki: Żeby nie wyszło na to, że inni senatorowie są przeciwko...)

W medycynie szkolnej jest dzisiaj powrót, łaskawy powrót, do opieki pielęgniarstwa – jednej na tysiąc dwustu uczniów. I może to już jest wystarczające. Nie ma żadnej możliwości bezpośredniej opieki nad dzieckiem w szkole. Stąd też istnieje potrzeba powrotu i zwrócenia uwagi resortu zdrowia na problem systemu medycyny szkolnej i ta poprawka idzie w tym kierunku.

Podtrzymuję poprawkę i zastanawiam się w tym momencie nad ewentualną autopoprawką. Proszę panią z Biura Legislacyjnego o pomoc w kwestii orzecznictwa.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeśli nie, to podtrzymuję poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Pani Senator, to do pani należy decyzja.

Ja tylko chcę przypomnieć paniom i panom senatorom, że kilka miesięcy temu było posiedzenie naszej komisji, podczas którego omawialiśmy projekt programu rządu dotyczącego opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania. W czasie tamtego posiedzenia, tak jak wczoraj, okazało się, że co do celów wszyscy się zgadzają; tylko że są dwa podejścia: jedno reprezentowane przez rząd, przez ministra zdrowia oraz ministra edukacji narodowej i sportu, oraz drugie podejście, które było wczoraj zaprezentowane przez Biuro Rzecznika Praw Dziecka. I to są po prostu dwa podejścia – żebyśmy mieli jasność, o co chodzi – do realizowania tego ważnego zadania, o którym mówiła pani senator. Jest jedno podejście rządowe i drugie zgłoszone przez ważną instytucję, ale która nie odpowiada za realizację tej polityki. I to jest ten wybór. I teraz jest pytanie, czy można narzucić rządowi jednym zapisem inną politykę. To jest ten obszar decyzji.

Czy są jeszcze jakieś pytania?

Proszę bardzo, pan senator Cieślak.

Senator Jerzy Cieślak:

Myślę, że stwierdzenie pani senator Janowskiej, że 80% polskiego społeczeństwa żyje poniżej minimum socjalnego, wymaga sprostowania. Nie jest dobrze, ale tak

źle to na szczęście jeszcze nie jest. Przytoczę wyniki badań Centralnego Biura Opinii Społecznej, które w pewnym sensie powtarzają się, mniej więcej z częstotliwością co trzy, cztery miesiące. Otóż 65% polskiego społeczeństwa żyje w biedzie, 12% żyje w nędzy, można powiedzieć, że rzeczywiście nie ma udokumentowanych źródeł stałego dochodu. 78% polskiego społeczeństwa nie ma pieniędzy na robienie oszczędności, czyli nie ma na odkładanie pieniędzy na kontach bankowych czy innych lokatach kapitałowych. Taka jest sytuacja. Oczywiście to zaprzecza stwierdzeniu, że 80% polskiego społeczeństwa żyje poniżej minimum socjalnego. Stwierdzenie to jest po prostu nieprawdziwe. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pani minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Przepraszam, chciałabym jeszcze przekazać państwu jedno sprostowanie. Pielęgniarka w gabinecie profilaktycznym w miejscu nauczania i wychowania będzie miała pod opieką nie tysiąc dwieście dzieci, tylko osiemset. To jest jednak różnica.

Pani Senator, jeżeli mogę – ten program, który był państwu prezentowany, o którym mówił pan senator Balicki, mówi o szczegółach. Ja z przyjemnością te szczegóły przytoczę, jeżeli to jest miejsce i czas na przytoczenie tych szczegółów. Te zadania, które spełnia gabinet profilaktyczny w miejscu wychowania i nauczania, to nie są zadania terapeutyczne, tylko zadania profilaktyczne. W związku z tym ta liczba osiemset dzieci odpowiada wszystkim standardom, które na świecie są proponowane. To jest zgodne ze standardami, które są. Tak, że to na pewno nie jest sprzeczne z tym, co obowiązuje wszędzie na świecie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Jeśli nie ma więcej pytań i pani senator podtrzymuje poprawkę w brzmieniu, w którym została zgłoszona, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki dwudziestej, proszę o podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Powtórzymy, ponieważ są wątpliwości.

Kto jest za? (4)

4 głosy za.

Kto jest przeciw? (5)

Kto się wstrzymał od głosu? (1)

Stwierdzam, że 4 senatorów głosował za, 5 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu.

Poprawka nie zyskała poparcia komisji.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę zgłosić.

Senator Zdzisława Janowska:

Zgłaszam wniosek mniejszości.

Przewodniczący Marek Balicki:

Ale do tego potrzeba dwóch senatorów.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Czy ktoś jeszcze chce poprzeć ten wniosek?

(Senator Zdzisława Janowska: Popieracie państwo?)

(Głos z sali: Tak.)

(Senator Zdzisława Janowska: 4 senatorów popiera.)

Czyli to jest wniosek mniejszości pan senator Janowskiej i Krzyżanowskiej.

(Senator Zdzisława Janowska: I pana Religi, i pani Sienkiewicz.)

Poprawka dwudziesta pierwsza. Jest to poprawka zgłoszona przez pana senatora Pawłowskiego.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Wojciech Pawłowski:

Panie Przewodniczący, jest to poprawka zgłoszona przeze mnie i przez pana senatora Bielawskiego. Sądzę, że właśnie pan senator Bielawski powie, w czym rzecz.

Przewodniczący Marek Balicki:

Bardzo proszę o uzupełnienie zestawienia, bo rzeczywiście teraz sobie przypominam, że to była wspólna poprawka. I to nie tylko w tym przypadku, ale jeszcze w trzech innych.

Proszę bardzo, Panie Senatorze. Pan senator Bielawski, proszę bardzo.

Senator Janusz Bielawski:

W art. 51 zostało pominięte sformułowanie: „ubezpieczenia zdrowotnego”. Do określenia, że ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, lekarza stomatologa lub felczera należało dodać wyrażenie: „ubezpieczenia zdrowotnego”. Cały czas bowiem w całej ustawie jest o tym mowa. Należy tutaj również dodać sformułowanie: „a także lekarza emeryta dla siebie i najbliższej rodziny po zawarciu umowy z funduszem”.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Ta poprawka jest poprawką zawężającą zakres zapisu. Ideą zapisu proponowanego w przedłożeniu rządowym było to,

że do szpitala może skierować pacjenta każdy lekarz. Nie tylko ten, który zawarł umowę z funduszem, ale każdy. Chodzi o to, żeby w przypadku podejrzenia zagrożenia życia, każdy mógł skierować chorego do szpitala, a lekarz izby przyjąć rozstrzygnięcie, czy to jest pacjent, który wymaga przyjęcia. Poprawka natomiast zawęży ten zapis. Tak, że chciałabym tylko to wszystkim uświadomić. My uważamy, że na tym etapie powinna być rozszerzona możliwość kierowania do szpitala.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne proszę.

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję, nie mam uwag.)

Pan senator Bielawski ponownie. Proszę bardzo.

Senator Janusz Bielawski:

Uważam, że pani minister nie ma racji, ponieważ jeżeli jest stan zagrożenia życia, to lekarz izby przyjęć przyjmie bez żadnego skierowania.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa, pań i panów, senatorów ma pytanie?

Jeśli nie ma już pytań, to ja chciałbym wrócić do tej kwestii. Inny jest bowiem problem w przypadku skierowań. W art. 51 jest zapisane, że „na podstawie skierowania każdego lekarza”, bez kontraktu. I ta poprawka rzeczywiście ogranicza taką możliwość. To będzie rodziło problemy faktyczne, wszyscy bowiem lekarze emeryci będą się zgłaszać do kas, czy do funduszu, że chcą zawrzeć umowę. A w art. 51 mają prawo do skierowania bez tej umowy. Zgodnie z art. 51 każdy lekarz, jeśli nie ma nic wspólnego z ubezpieczeniem zdrowotnym, może skierować do szpitala. Zgodnie z art. 51, lekarz, nawet jeśli nie ma umowy na wystawianie recept, może skierować do szpitala.

Nie wiem, czy pani mecenas podziela takie rozumienie tego przepisu, że to w stosunku do tej grupy lekarzy... Bo kto to jest lekarz w tym kontekście? Ten, kto ma prawo wykonywania zawodu. A prawo wykonywania zawodu nie znika, jeśli ktoś przechodzi na emeryturę w swoim miejscu pracy. Zgadzam się zatem z intencją, tylko to może odnieść odwrotny skutek – zamiast ułatwić, utrudnimy tej grupie lekarzy życie.

Czy pani mecenas ma do tego jakieś uwagi?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Wydaje mi się, że rzeczywiście, to może być zawężenie, z tym że tutaj prawdopodobnie jeszcze nakłada się w świadomości uregulowanie art. 54, który jednak dotyczy czegoś innego. Zapewne taka była intencja, która może trochę przesunęła akcent znaczeniowy tego uregulowania.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czyli to jest nieporozumienie.
Proszę bardzo.

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej Zbigniew Brzezini:

Jestem przedstawicielem Naczelnej Rady Lekarskiej. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na to, że obecny zapis, taki, jaki jest w tej chwili w przedłożeniu rządowym, to efekt naszych starań. I ten zapis, że każdy lekarz może skierować, znalazł się w ostatniej nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Tak też zostało to zapisane w proponowanej ustawie w przedłożeniu rządowym. W związku z tym poprawka pana senatora będzie powrotem do poprzedniego zapisu i ograniczy liczbę lekarzy, którzy będą mogli kierować do szpitala. W tej chwili każdy lekarz, również emeryt, może takie skierowanie wystawić. Praktycznie każdy lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu może w chwili obecnej skierować pacjenta do szpitala. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
(*Senator Janusz Bielawski: Wycofujemy tę poprawkę.*)

Dziękuję bardzo.
Czyli poprawka dwudziesta pierwsza – pan senator Pawłowski również wycofuje – została wycofana przez wnioskodawców.
Pani Mecenass, proszę bardzo.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Chciałabym o czymś uprzedzić pana senatora, zanim przejdziemy do głosowania nad poprawką dwudziestą trzecią i dwudziestą czwartą.

Bardzo państwa przepraszam, ale uwaga, która znajduje się w zestawieniu, jest błędna. Ona powinna brzmieć inaczej. Analizowaliśmy zakresy znaczeniowe poprawki dwudziestej trzeciej i dwudziestej czwartej i chęć powiedzieć, że uznaliśmy, że te poprawki, mówiąc krótko, wykluczają się, ze względu na zakresy znaczeniowe, ze względu na kolejność umieszczenia w ustawie. Tak, że chciałabym poprosić o to, żeby wykreślić tę uwagę. Zamiast niej powinno być napisane: „poprawka dwudziesta trzecia wyklucza poprawkę dwudziestą czwartą”. Należy się skupić nad tymi dwiema poprawkami i podjąć po prostu decyzję co do zakresów znaczeniowych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję.
Zaraz przejdziemy do tej kwestii. Najpierw jednak poprawka dwudziesta druga pani senator Sienkiewicz. Proszę bardzo.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Ta poprawka, w odróżnieniu od pierwszej, za poparcie której dziękuję koleżankom i kolegom, niczego nowego do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu nie wprowadza. Ta ustawa konsumuje przepis ustawy z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej i wydane na podstawie tej ustawy rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie. To rozporządzenie jest zawarte w Dzienniku Urzędowym nr 116 poz. 750.

W przypadku tej poprawki Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uzyskała akceptację ministra zdrowia, pana Mariusza Łapińskiego, opatrzoną jego własnoręcznym podpisem w dniu 25 listopada 2002 r.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Proszę panią minister o stanowisko.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Ta poprawka rozszerza przedłożenie rządowe. W przedłożeniu rządowym tego zapisu nie było, a nie było go z tej prostej przyczyny, że projekt ustawy o funduszu nie ingeruje w żaden sposób w ustawę o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Nie znosi tamtych zapisów. One są ważne, utrzymane w mocy. W związku z tym nie widzieliśmy potrzeby, żeby tutaj szczególnie ten przepis powtarzać.

W związku z tym podtrzymuję przedłożenie rządowe, opiniując tę poprawkę negatywnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani mecenas chciałaby...

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.)

Ale ja mam pytanie. Tutaj jest bowiem zapis, że „ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych”, czyli jest tak, jak pani senator Sienkiewicz mówi...

(Senator Krystyna Sienkiewicz: Oczywiście.)

To nie ma legislacyjnego znaczenia. Może prosiłbym panią mecenas o opinię. Czy zapiszemy to, czy nie zapiszemy tego, to i tak pielęgniarki te prawa mają.

Proszę bardzo.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

W tym momencie rzeczywiście nie ma większego znaczenia, jeśli tego przepisu nie ma, ale również nic się nie zmieni, jeśli ten przepis będzie. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pani senator Sienkiewicz.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Powodowana szacunkiem dla autorytetu ministra zdrowia, Mariusza Łapńskie-go, który będzie gospodarzem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, bardzo proszę o poparcie tej poprawki, ponieważ zwyczajnie wymaga tego autorytet konstytucyjnego ministra rządu, który własnym podpisem deklaruje poparcie dla tej poprawki największej korporacji zawodowej – Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Nikt nie zgłasza pytań.
Kto jest za przyjęciem poprawki dwudziestej drugiej, proszę o podniesienie ręki.
Kto jest przeciw?
Kto się wstrzymał od głosu?
Nie, jeszcze raz musimy...
Kto jest za, proszę o podniesienie ręki. (8)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał od głosu? (3)
8 senatorów głosowało za, a 3 wstrzymało się od głosu.
Poprawka została przyjęta.
Poprawka dwudziesta trzecia jest to poprawka pana senatora Pawłowskiego i senatora Bielawskiego.
Pan senator Bielawski, proszę bardzo.

Senator Janusz Bielawski:

W art. 54 jest mowa o uprawnieniach, kto ma prawo kierować do badań diagnostycznych, analityki medycznej itd. Proponujemy dodać: „a także lekarza emeryta dla siebie i najbliższej rodziny po zawarciu umowy z funduszem”.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Proszę o stanowisko panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Niestety, jestem zmuszona zaopiniować negatywnie tę poprawkę zapisaną w takiej formie, trzeba by bowiem sprecyzować, jakiej umowy. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli zostanie podpisana taka umowa w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, to umożliwiają ją obecnie istniejące przepisy i nic nie stoi na przeszkodzie, żeby taką umowę zawrzeć, czyli nie wymaga to specjalnego zapisu prawnego.

Mam natomiast wątpliwość następującej natury, już jak gdyby merytorycznej – czy zawarcie takiej umowy daje możliwość poruszania się w środkach, które ta umowa daje lekarzowi? Po prostu środki na świadczenia tego typu pochodzą z całej umowy, gdzie jest lista aktywna i gdzie jeden pacjent korzysta w tym momencie, drugi nie korzysta... Mogą to być czasami bardzo drogie badania i wtedy tych środków na podstawie tej umowy temu lekarzowi po prostu nie wystarczy. Mam tu taką wątpliwość natury, że tak powiem, praktycznej, czy będzie to do skonsumowania. Nurtuje mnie też, już jako lekarza, druga wątpliwość, czy lekarz sam siebie powinien diagnozować i leczyć.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Umowę może zawrzeć, naturalnie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Zanim wypowie się Biuro Legislacyjne, to teraz właśnie omówilibyśmy kolejną poprawkę, żeby później móc głosować będąc dobrze poinformowanymi.

Kolejna poprawka dotyczy tego samego problemu. Zgłosiła ją pani senator Krzyżanowska.

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Olga Krzyżanowska:

Poprawka dwudziesta czwarta dotyczy właściwie tego samego problemu. Czym się różni w stosunku do poprawki dwudziestej trzeciej? Mówi tylko o małżonku, nie mówi o całej rodzinie. Poprawka dwudziesta trzecia dotyczy jakby szerszego zakresu. Poprawka dwudziesta czwarta mówi jeszcze o tym, że minister właściwy do spraw zdrowia – macie państwo tekst przed sobą – określi zakres tych skierowań lekarza emeryta dla siebie i dla swojego małżonka. Taka jest treść tej poprawki.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Proszę ponownie panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Jeśli państwo pozwolicie, pani senator pozwoli, to ja mam do drugiego punktu tej poprawki trudno powiedzieć, że pytanie, bo to nie w tych kategoriach, ale – pewną wątpliwość. Otóż, określając zakres takich badań, minister zdrowia musiałby się kie-

rować jakimiś wytycznymi, musiałyby być tutaj zakreślone jakieś wytyczne, czym się kierować. Ograniczenie możliwości kierowania do jakiegoś zakresu badań musi być czymś uzasadnione – wiedzą tego lekarza, wykonywaną przez niego specjalizacją, zakresem działań w jego czynnej pracy.

Jak wiemy, ogromny postęp medycyny daje to, że niewykonywanie przez jakiś czas zawodu nie pozwala nam, wszystkim lekarzom, na prawidłową ocenę diagnostycznych badań, itd. I tak więc musimy korzystać z czyjejś pomocy specjalistycznej. Czyli ten zakres, który miałyby określić minister, jeżeli będzie zbyt wąski, to będzie on do zaskarżenia, że dla czego akurat tak wąsko, że się ogranicza pole manewru lekarza. Jeżeli będzie to określone zbyt szeroko, to wtedy będzie to nie do skonsumowania, a będzie rodziło koszty. Czyli musi być gdzieś zawarta na to wszystko umowa, co może ten lekarz dla siebie i dla swoich najbliższych zrobić. Mam wątpliwości, czy to będzie do rzeczywistego wykonania.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Pawłowski i pani senator Krzyżanowska.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Sądzę, że tutaj trudno ograniczać zakres badań. Dorzucę dwa przykłady. Wielki autorytet naukowy, profesor jakiejś dziedziny, przechodzi na emeryturę i jemu trudno byłoby ograniczyć zakres badań, a swoją rodzinę może leczyć. A drugi przykład: lekarz sam siebie leczy, chorując na cukrzycę i kontrolując cukier czy krzywą cukrową. Te dwa przykłady niech nam uświadomią, że tutaj nie powinniśmy zbyt ograniczać zakresu badań, a jednak żeby była ta umowa z funduszem na badania diagnostyczne. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Krzyżanowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

Chciałbym nawiązać do tego, co była uprzejma powiedzieć pani minister i pan senator. W sformułowaniu tej poprawki jest pewnego rodzaju ograniczenie: „uwzględniając możliwości płatnicze funduszu”. Czyli rozumiem, że daje się tu ministrowi zdrowia jakieś wskazania, jeżeli ta poprawka zostałaby uwzględniona. Nie może być tak, że lekarze emeryci będą kierować na najdroższe, zarezerwowane jednak dla bardzo wysoko specjalistycznych świadczeń, badania. I jest to ograniczenie. Uważam natomiast, to, co pan senator był uprzejmy powiedzieć, że nie ma możliwości, żeby pan minister ograniczał, jakie specjalności, itd. Rozumiem, że przecież to nie jest ogromna grupa ludzi, to dotyczy tylko lekarza i małżonki i dlatego zwracam się jednak o przyjęcie tej poprawki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Chcę zapytać panią minister o pewne skutki praktyczne, rozumiem bowiem, że możliwość skierowania pacjenta do szpitala wynika po prostu z samego prawa wykonywania zawodu. Chodzi o to, żeby chory otrzymał pomoc. Sprawa wystawiania recept jest również innym rodzajem działań, bo wystawienie recepty nie jest świadczeniem zdrowotnym. Teraz jest sprawa tych skierowań. Mamy zapisane w innych przepisach ustawy, że w umowie musi być wymieniona liczba świadczeń i rodzaj świadczeń. I teraz ja nie wiem, jak zawrzeć umowę – bo to są przecież środki, to są koszty. Jeśli bowiem chodzi o receptę, to tylko certyfikujemy czy dajemy licencję na wystawianie recept, inny zaś jest system dotyczący finansowania. Tutaj natomiast umowa oznacza przekazanie środków. I teraz, tak sobie myślę szybko, nie wiem, jak taką umowę podpisać z lekarzem emerytem. I to jest jedna rzecz, o którą chciałbym zapytać. W podstawowej opiece zdrowotnej środki na badania są zawarte w całości świadczenia. Ale tu – jak to zrobić?

I druga wątpliwość. Nie wiem, czy ustawodawca powinien stwarzać zachętę do tego, żeby lekarz emeryt leczył swoją rodzinę. Dodatkowe badanie diagnostyczne – bo to chodzi o badania dodatkowe – to jest część postępowania lekarskiego. Czym innym jest recepta, czym innym skierowanie do szpitala. To przecież studentów medycyny się uczy, że to jest badanie dodatkowe, chociaż one odgrywają coraz większą rolę, ale ich interpretacja i skutki... Nie tak dawno zakład opieki zdrowotnej został zmuszony do zapłacenia odszkodowania w przypadku skierowania i wykonania badania dodatkowego w postaci EKG i niepoinformowania pacjenta o jego wyniku – to było chyba w Łodzi – a tam była stwierdzona ostra niewydolność wieńcowa.

Byłbym po prostu bardzo ostrożny przy ustawowym wspieraniu takiej możliwości. Jeśli to ma gdzieś w praktyce miejsce i odbywa się na koszt własny, to każdy postępuje na własny rachunek i nikomu nie dzieje się krzywda. Ale tutaj bardzo poważne wątpliwości. A ustawodawca ma jeszcze trudności związane z umową, chyba że pani minister je wyjaśni.

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Nie potrafię wyjaśnić tych wątpliwości i mam je również. Kontrakt jest zawierany w przeliczeniu per capita i na określoną kwotę. Suma kwot całej grupy, która jest pod opieką lekarza, pozwala jemu tak żonglować tymi pieniędzmi, że u jednego można zrobić drogie badanie, a u drugiego w tym czasie nie potrzeba żadnego.

Jeżeli natomiast ta umowa będzie dotyczyła lekarza i jego najbliższych, czy tylko współmałżonka, to już jest kwestia decyzji państwa senatorów. Ta umowa też musi być zawarta per capita, bo musi być zawarta na tych samych zasadach, bo musi być równość podmiotów wobec prawa. I wtedy te pieniądze tak naprawdę na nic nie starczą. Nie można bowiem wartościować badań w proponowanym rozporządzeniu ministra ani w zależności od ich ceny, ani od, że tak powiem, ich wagi diagnostycznej. Jeżeli bowiem daje się takie prawo, to tenże lekarz może uznać, że w danym momencie dla niego, czy dla osoby, dla której będzie skierowanie, najważniejszym badaniem jest jakieś badanie, które na przykład jest bardzo drogie, albo nie stawia jeszcze kropki nad

„i”, czyli są konieczne następne badania w wyniku przeprowadzonego pierwszego badania.

Osobiście nie potrafię w tej chwili odpowiedzieć na pytanie pana senatora, w jaki sposób zawrzeć te umowy. Jak określić liczbę badań i jak określić cenę badań, żeby to było w zgodności z innymi umowami. Przecież wszyscy świadczeniodawcy, którzy są wymienieni w słowniku, muszą być tak samo potraktowani przez ustawę i przez tych, którzy zawierają umowy, czyli przez fundusz.

Przepraszam, że nie umiem odpowiedzieć na to pytanie, ale nie mam takiej wyobraźni...

(Przewodniczący Marek Balicki: Teraz płaci kierujący na badania?)

Tak, płaci kierujący na badania.

Przewodniczący Marek Balicki:

Zgłosi się do jakiegoś zakładu opieki zdrowotnej ze skierowaniem – i kto płaci? Jest przyjęta zasada, że płaci instytucja kierująca, czyli – przynajmniej tak było dotąd i ja nie słyszałem o zmianach – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w swoim zakresie...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: I tak będzie w dalszym ciągu.)

Poradnia specjalistyczna ma w cenie porady konieczne badania. Nie wiem, jak to w praktyce wykonać. Osobiście nie jestem zwolennikiem leczenia osób bliskich. Nie wiem do końca, jak to jest określone w zasadach etycznych, bo chyba nie jest to w pełni określone. Jest pewne uzasadnienie do tego, żeby nie leczyć osób bliskich i nie diagnozować ich, bo to czasem może być niedobre. Zresztą są inne ograniczenia dla lekarza, jeśli chodzi o jego relacje z pacjentem, czyli nie wolno też tej relacji wykorzystywać do innych celów. Czyli tu wkraczamy w dwie sprawy: jedna to jest niemożność technicznej natury, a druga to same zasady wykonywania zawodu lekarza.

Proszę bardzo, pani senator Krzyżanowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

Jeśli chodzi o to, co pan senator był uprzejmy powiedzieć na temat nieleczenia przez rodzinę swojej rodziny, to z tym się zgadzam. Proszę jednak spojrzeć na to i tak, że w wielu przypadkach lekarz emeryt, który ma żonę, albo sam widzi, że ma jakieś dolegliwości, nie podejmie leczenia, wie zaś, że jak chce porządnie być leczony, to pewne badania trzeba zrobić, na przykład EKG, gdy jego żonę boli serce. Nie przypuszczam więc, że to by zahaczało o tę dziedzinę, o której pan mówi, to znaczy przejęcia pełnego leczenia. Byłoby to raczej ułatwienie drogi do badań.

Z tego, co powiedziała i pani minister i pan przewodniczący wynika, jeżeli by to przeszło, że zostaje to praktycznie w gestii funduszu, czy podpisze umowę z lekarzem. Być może fundusz powie to, co mówi pan przewodniczący: przepraszam, nie jest pan płatnikiem, bo nie będzie pan przecież płacił z własnego ubezpieczenia. Musimy sobie zdawać z tego sprawę, że składamy na fundusz dramatyczną decyzję. Zamknięcie lekarzom emerytom, których jest jednak duża rzesza, możliwości ułatwienia sobie i swojej rodzinie przeprowadzenia badań, wydaje mi się, nie byłoby dobrą decyzją. Dziękuję.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: Czy można jedno słowo?)

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Przepraszam, że ja w takim tonie polemicznym, Pani Senator, ale zagadnienie jest niezwykle trudne. Rozumiem moralną istotę tego zagadnienia, ale z praktycznego punktu widzenia, jeżeli wpisujemy lekarzowi emerytowi prawo wystawienia skierowania, to nie zostawiamy tego do decyzji funduszu, wtedy bowiem ten lekarz może wystąpić z roszczeniem do funduszu, dlatego nie została z nim zawarta umowa. Piszemy bowiem, że chodzi o prawo do wystawienia skierowania w przypadku zawarcia umowy, czyli nie zostawiamy tego do decyzji funduszu, tylko określamy to prawo ustawowo. A jak go wykonać? Prawo nie może być martwe, trzeba móc je wykonać.

(Głos z sali: Na ogólnych zasadach...)

Podpisujący umowę lekarz nic nie jest w stanie wykonać na ogólnych zasadach na podstawie tej umowy. Otrzymuje bowiem umowę na dwa razy per capitam, czyli na siebie i na współmałżonka, i równocześnie nie może być zapisany u żadnego innego lekarza. Nie może mieć bowiem dwóch lekarzy. A zatem nie może się zapisać do innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zamyka mu się więc możliwość wejścia do systemu inną drogą. Takie są moje wątpliwości i ja nie potrafię sobie wyobrazić, jak je rozwiązać.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Bielawski i będziemy już kończyli.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Zrobiła się koło tej poprawki dyskusja i ja uważam, że jest to pewnego rodzaju sofistyka. Ja na przykład nie mam uprawnienia, bo nie zawarłem takiej umowy, do wystawiania recept. Co ja więc robię? Idę, stanę sobie w kolejce do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego jestem zapisany, i taką receptę otrzymuję. Podobnie by było, gdybyśmy nie wprowadzili tego zapisu ze skierowaniami na badania diagnostyczne. Czy to jest lepiej? Nie wiem. Czy to jest mądrzej? Też nie wiem.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Czy są jeszcze pytania? Jeśli nie ma więcej pytań, to myślę, że...
Pan senator Cieślak, proszę bardzo.

Senator Jerzy Cieślak:

My właśnie przyjęliśmy poprawkę, która upoważniła pielęgniarki i położne do wystawiania skierowań. Teraz dyskutujemy, czy lekarz emerytowany może czy nie

może wystawić skierowania na badanie diagnostyczne. Dla mnie jest to dziwna dyskusja. Rozumiem, że trzeba znaleźć metodę rozwiązań w sferze ekonomicznej. Pani minister wyraźnie mówi, że jest to problem płacenia, problem kontraktów, problem określenia kwot itd.

Ja bym tę poprawkę przyjął i zastanowimy się nad nią do środy. Jeżeli dojdziemy do wniosku, że ona jest niedobrze sformułowana i będzie kłopot z jej realizacją, to po prostu odrzucimy ją na posiedzeniu plenarnym Senatu. Zbliżam się do wieku emerytalnego i dla mnie rzeczywiście jest to dziwna sytuacja, że pan profesor Bielawski idzie do przychodni w Lubinie, siedzi w kolejce i prosi kolegę lekarza rodzinnego o wypisanie recepty i skierowania. Coś tutaj jest w sensie etycznym, w sensie zawodowym nie w porządku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Dla ścisłości jednak podkreślę, że w przypadku przyjęcia tej poprawki sytuacja profesora Bielawskiego będzie taka sama, bo pan profesor Bielawski nie skorzystał z prawa podpisania umowy z kasą chorych na wystawianie recept. Czyli tutaj akurat się nic nie zmieni.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: Panu senatorowi po prostu się nie chciało.)

Dziękuję bardzo.

Jeśli nie ma więcej wniosków, możemy przystąpić do głosowania. Nie wiem, czy Biuro Legislacyjne chciałoby jeszcze zabrać głos?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Jest jeszcze ewentualnie pewna wątpliwość związana z art. 54a ust. 2. Wydaje się, że nie ma jednak wytycznych do wydania tego aktu, że może być wątpliwość, czy one są wystarczające w kontekście art. 92 ust. 1 konstytucji. Wydaje się, że to może być pewien problem. Również w kontekście tego wydania rozporządzenia. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Głosujemy w kolejności tak jak jest w zestawieniu, czyli nad dwudziestą trzecią poprawką, dwudziestą czwartą, ale w przypadku przyjęcia poprawki dwudziestej trzeciej, nie głosujemy już nad poprawką dwudziestą czwartą. One się wzajemnie wykluczają. Po prostu nie możemy przyjąć obydwu, a kolejność jest taka, jak w zestawieniu wniosków.

Zatem przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki dwudziestej trzeciej, proszę o podniesienie ręki. (8)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał od głosu? (1)

Dziękuję bardzo.

1 senator głosował przeciw, 1 wstrzymał się od głosu, 8 głosowało za.

Poprawka dwudziesta trzecia została przyjęta.

W ten sposób nie głosujemy nad poprawką dwudziestą czwartą.

Przystępujemy do głosowania nad poprawką dwudziestą piątą.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Było głosowanie nad dwudziestą czwartą poprawką?)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Wszystko jest jasne, tak?

Poprawka dwudziesta piąta została zgłoszona przeze mnie i dotyczy art.59. Chciałbym dokonać autopoprawki, która polegałaby na tym, że nie skreśla się całego ust. 5. W ust. 5 skreśla się tylko wyrazy „art. 60 ust. 1, art. 61 ust. 1”, a wyraz „oraz” zamienia się na wyraz „i”. Czyli brzmienie ust. 5 byłoby takie, że „przepisy art. 55 ust. 2 i 3 i art. 66 ust. 3 stosuje się odpowiednio”... Tutaj chodzi o to, żeby nie stosować limitów cen w stosunku do tych tak zwanych leków za złotówkę.

Czy pani minister chciałaby się odnieść do tej kwestii?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy Biuro Legislacyjne ma jakieś uwagi? Czy są jakieś pytania? Jeśli nie ma, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki dwudziestej piątej, proszę o podniesienie ręki. (9)

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Jednogłośnie, 9 głosami, poprawka została przyjęta.

Teraz poprawka dwudziesta szósta. Jest to również poprawka zgłoszona przeze mnie. Ona dotyczy art. 60 ust. 3, który mówi, że mogą być różne limity cen dla tego samego leku. I to, moim zdaniem, może być w niektórych sytuacjach oceniane jako korupcjogenne, bo ten sam lek, tylko produkowany przez innego producenta, może mieć inny limit ceny, czyli inne dofinansowanie ze środków publicznych. W dotychczasowym stanie prawnym takiego przepisu nie ma. Uważam, że wprowadzanie takiego zróżnicowania jest niezasadne.

Proszę bardzo panią minister o stanowisko rządu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Takiego doprecyzowania nie było w przedłożeniu rządowym, ale jeżeli pan senator uważa, że jest konieczne, to nie mamy nic przeciw.

Przewodniczący Marek Balicki:

Biuro Legislacyjne ma jakieś uwagi? Czy są pytania? Jeśli nie ma, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki dwudziestej szóstej, proszę o podniesienie ręki. (8)

Dziękuję bardzo.

8 senatorów głosowało za, jednogłośnie.

Komisja przyjęła poprawkę dwudziestą szóstą.

Poprawka dwudziesta siódma, można powiedzieć, doprecyzowująca, dotyczy art. 60, który mówi o limitach cen. W obecnym stanie prawnym jest określone, że w przypadku, gdy cena leku przekracza limit, apteka wydaje lek po dopłaceniu przez pacjenta. W ustawie uchwalonej przez Sejm ten przepis zniknął, jego nie ma, i w związku z tym mogą być wątpliwości w stosowaniu tego limitu ceny. Dlatego uważam, że należy doprecyzować to i zapisać tak, jak jest w obecnym stanie prawnym, tak żeby nie było wątpliwości.

Proszę bardzo, Pani Minister. To merytorycznie w założeniach nic nie zmienia, ale czyni to...

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Tak, popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy pani mecenas chciałaby coś dodać? Mam do pani mecenas pytanie, czy taki zapis: „lek, o którym mowa w ust. 1” jest wystarczający, czy też trzeba to wszystko powtórzyć: „lek, o którym mowa w wykazach”... itd.?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Może tak zostać.)

Zapis jest poprawny, tak? Dziękuję bardzo.

Jeśli nie ma pytań, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki dwudziestej siódmej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

10 senatorów głosowało za, nikt nie głosował przeciw i nikt nie wstrzymał się od głosu.

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

Poprawka dwudziesta ósma dotyczy art. 62 ust. 4. Chodzi o wnioski o umieszczenie leków na wykazach leków podstawowych czy uzupełniających. Wnioskuje o to, żeby w ust. 4, w którym jest mowa o tym, żeby w przypadku nieuwzględnienia wniosku było uzasadnienie stanowiska. Dodaję tutaj, co powinno zawierać, zgodnie z jakimi zasadami powinno być sformułowane to uzasadnienie stanowiska. A mianowicie powinno być ono oparte na obiektywnych i weryfikowalnych przesłankach, uzupełnionych w razie potrzeby o opinie lub rekomendacje ekspertów, będących podstawą nieuwzględnienia wniosku.

Proszę bardzo panią minister o stanowisko.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Tę poprawkę chciałabym zaopiniować negatywnie i zaraz powiem dlaczego. Otóż dlatego, że ona jest niemożliwa do wykonania. W ustawie o cenach są zawarte gwarancje, że wniosek będzie oceniony obiektywnie. Tam jest miejsce na zasięgnięcie opinii różnych gremiów, zarówno nauko-

wych, jak i medycznych, konsultacji eksperckich itd. To jest więc uwzględnione w tamtej ustawie i jest po prostu do wykonania. Tutaj natomiast ściąganie i ustanawianie następnych ekspertyz w ciągu czternastu dni jest praktycznie niewykonalne. Dlatego chciałabym to zaopiniować negatywnie. Gwarancja obiektywności jest zawarta, podkreślam, w ustawie o cenach.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy są jakieś pytania? Jeśli nie, to przystępujemy do głosowania.

Pani mecenas jeszcze. Proszę bardzo.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Po prostu zastanawiam się nad legislacyjną stroną tego, co czyni poprawka. Chodzi mianowicie o regulowanie w ustawie kwestii uzasadniania stanowiska i szczegółowych postanowień dotyczących materii, będących przedmiotem uzasadnienia.

(Przewodniczący Marek Balicki: Czyli pani zdaniem to jest nadmierna regulacja, tak?)

Wydaje mi się, że z tego punktu widzenia tak to można oceniać. Te szczegółowe przesłanki i jeszcze kwestia wykonalności tego. To rzeczywiście...

Przewodniczący Marek Balicki:

Dobrze. To ja wycofuję tę poprawkę. Czyli poprawka dwudziesta ósma jest wycofana.

Poprawka dwudziesta dziewiąta dotyczy art. 66. Jest to poprawka o charakterze legislacyjnym, zgłoszona przeze mnie. Ona wynikała z uwag Naczelnej Rady Aptekarskiej, mianowicie że termin: „osoba realizująca receptę” odnosi się nie do pacjenta, czy do osoby wykupującej, ale do aptekarza. Aptekarz realizuje receptę. Dlatego zostało zaproponowane, żeby określić to sformułowanie: „osoba przedstawiająca receptę do realizacji”.

Druga część poprawki dotyczy dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie, w art. 66 ust. 3 mówi się mianowicie, że osoby są obowiązane do okazania lekarzowi lub felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące mu uprawnienie. I tu jest propozycja, żeby minister właściwy do spraw zdrowia określił, jaki to jest właściwy dokument. Z samej ustawy to nie wynika.

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Odnośnie do pierwszej części tej poprawki o osobie realizującej, to w naszym pojęciu zapis był wystarczający. Jeżeli jednak są jakiegokolwiek wątpliwości w interpretacji zapisu, to jesteśmy za tym, żeby one były udoskonalone i naturalnie zgadzamy się z tym, co zostanie zaproponowane, żeby ten zapis wyjaśnić.

Odnośnie do drugiej części zapisu, to jeżeli mogę zaproponować – ponieważ był zbyt krótki czas na zapoznanie się z poprawkami, żebym mogła ściągnąć odpowiednie doku-

menty – jeśli więc pan senator pozwoli, ściąglibyśmy odpowiednie dokumenty do czasu plenarnego posiedzenia i ewentualnie przygotowali tę poprawkę, jeżeli ona będzie konieczna, jeżeli to nie wynika z innych przepisów. W naszym pojęciu to wynika, ale nie jesteśmy w stanie w tej chwili tych przepisów zacytować, bo po prostu nie mamy ich przy sobie.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czyli z tego wniossek, że wycofałbym drugą część poprawki i podobnie jak to było w przypadku poprawki pani senator Janowskiej będziemy oczekiwać na stanowisko ministra i wtedy wrócimy do tego. Wycofuję zatem drugą część poprawki, a pozostaje jej część pierwsza.

Czy pani mecenas chciałaby się odnieść do tej kwestii? Czy są pytania? Jeśli nie ma, to możemy przystąpić do głosowania nad poprawką dwudziestą dziewiątą po dokonaniu autopoprawki.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o podniesienie ręki. (10)

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

10 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę dwudziestą dziewiątą w jej pierwszej części.

Poprawka trzydziesta dotyczy art. 67 i to też jest poprawka z inicjatywy Naczelnej Rady Aptekarskiej. Chodzi o to, aby minister właściwy do spraw zdrowia przy wydawaniu aktu wykonawczego, dotyczącego wzoru recept itd., zasięgnął również opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję.

Biuro Legislacyjne.

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję, nie mam uwag.)

Dziękuję.

Czy są jakieś pytania? Jeśli nie ma, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej, proszę o podniesienie ręki.

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że komisja 10 głosami, jednogłośnie, przyjęła poprawkę trzydziestą.

Poprawka trzydziesta pierwsza, zgłoszona przeze mnie, jest to poprawka o charakterze legislacyjnym.

Czy pani minister chciałaby zabrać głos?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy Biuro Legislacyjne chce zabrać głos?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie mam uwag.)

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej pierwszej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Stwierdzam, że 10 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę.

Poprawka trzydziesta druga, zgłoszona przeze mnie, w zasadzie również ma charakter legislacyjny.

Proszę bardzo panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Pani mecenas?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie mam uwag.)

Czy są pytania? Nie ma pytań.

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej drugiej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że komisja 10 głosami, jednogłośnie, przyjęła poprawkę trzydziestą drugą.

Poprawka trzydziesta trzecia polega na skreśleniu art. 76, który daje podstawę do wydania aktu wykonawczego. To jest zbędne.

Bardzo proszę panią minister o przedstawienie stanowiska ministra.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.)

Dziękuję.

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej trzeciej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że komisja 10 głosami, jednogłośnie, przyjęła poprawkę trzydziestą trzecią.

Poprawka trzydziesta czwarta, zgłoszona również przeze mnie, dotyczy art. 79 ust. 2, gdzie skreśla się zdanie trzecie, a co wynika – o ile pamiętam – z opinii Biura Legislacyjnego. To jest zdanie: „ogłoszenie o rokowaniach ma charakter uproszczony”. Nie wiadomo, co by miało to oznaczać w rozumieniu tej ustawy, dlatego jest to przepis błędny.

Pani minister?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Biuro Legislacyjne?

(*Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie mam uwag.*)

Przystępujemy zatem do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej czwartej, proszę o podniesienie ręki. (10)

(*Głos z sali: Można jeszcze raz, bo widzę, że niektóre osoby wahają się?*)

Pan senator Bielawski się waha.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

10 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka trzydziesta piąta dotyczy art. 79 ust. 3 i doprecyzowuje, co ma zawierać ogłoszenie.

Prosiłbym panią minister o przedstawienie stanowiska.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

To jest porządkująca poprawka i popieramy ją.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani mecenas?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej piątej, proszę o podniesienie ręki.

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę trzydziestą piątą.

Poprawka trzydziesta szоста również ma charakter legislacyjno-porządkujący, z tym że ona zmienia zakres podmiotów, których opinia jest potrzebna do wydania przez ministra zdrowia rozporządzenia.

Proszę bardzo panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani mecenas?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej szóstej, proszę o podniesienie ręki.

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami...

(Głos z sali: Tym razem 11.)

Stwierdzam, że 11 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę trzydziestą szóstą.

Poprawka trzydziesta siódma jest to poprawka zgłoszona przez pana senatora Relgę.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Zbigniew Religa:

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Przewodniczący Marek Balicki: Proszę włączyć mikrofon.)

Przepraszam. To była poprawka zgłoszona w porozumieniu z warszawską Okręgową Izbą Lekarską, ale też w porozumieniu z izbą w tym momencie ją wycofujemy.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Poprawka trzydziesta ósma ma charakter legislacyjny.

Czy pani minister...

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Tak, popieramy wniosek.

Przewodniczący Marek Balicki:

Biuro Legislacyjne?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy są pytania? Nie ma pytań. Możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki trzydziestej ósmej, proszę o podniesienie ręki.

Dziękuję.

Stwierdzam, że 11 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka trzydziesta dziewiąta jest to poprawka pani senator Sienkiewicz.

Oddaję głos pani senator.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Ta poprawka zmierza do tego, aby w art. 81 dodać ust. 2 w brzmieniu: „w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej składnikiem oferty jest lista zadeklarowanych podopiecznych do pielęgniarstwa, położnej, które udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach zakładu opieki zdrowotnej, praktyki pielęgniarstwa lub praktyki położni-

czej”. Moim zdaniem, które opieram również na podpisanym porozumieniu ministra zdrowia i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wprowadzenie tej poprawki jest istotne ze względu na fakt, że w procedurze wyboru oferty wymagana jest lista z deklaracjami pacjentów, zarówno od lekarzy, jak i od podmiotów innych. W związku z tym brak jest racjonalnych podstaw, aby w procedurze składania ofert wymagana była lista z deklaracjami tylko od podmiotów lekarskich, bo co wówczas z opcjami do pielęgniarek czy do położnych? Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Jeśli dobrze usłyszałem, pani senator dokonała autopoprawki. Zamiast słowa: „liczba”, słowo: „lista”, tak? W drugiej linijce, tam, gdzie jest sformułowanie: „składnikiem oferty jest lista”... W zestawieniu poprawek jest wyraz: „liczba”.

(*Senator Krystyna Sienkiewicz: Chodzi o wyraz: „lista”. Przepraszam.*)

Czyli uznajemy to za autopoprawkę?

(*Senator Krystyna Sienkiewicz: Tak.*)

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Biuro Legislacyjne?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Dziękuję.

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o podniesienie ręki. (10)

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Stwierdzam, że 10 głosami – nikt nie głosował przeciw, nikt się nie wstrzymał od głosu – poprawka została przyjęta.

Poprawka czterdziesta jest to poprawka zgłoszona przeze mnie i ma charakter legislacyjny.

Pani Minister?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Biuro Legislacyjne?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czterdziestej, proszę o podniesienie ręki.

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę czterdziestą.

Poprawka czterdziesta pierwsza dotyczy art. 86 i art. 87 i ma charakter porządkująco-przeredagowujący te przepisy ustawy, które dotyczą rokowań stron itd.

Proszę bardzo panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Również popieramy tę poprawkę. Ona po prostu doprecyzowuje pewne pojęcia.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy są pytania? Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czterdziestej pierwszej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę czterdziestą pierwszą.

Poprawka czterdziesta druga jest to poprawka zgłoszona przez pana senatora Religę.

Oddaję panu senatorowi głos.

Senator Zbigniew Religa:

W porozumieniu z izbą lekarską wycofujemy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Poprawka czterdziesta druga jest wycofana.

Poprawka czterdziesta trzecia jest zgłoszona przeze mnie. Dotyczy art.103 ust. 5. Chodzi o inne sformułowanie tego, co powinien zawierać plan zdrowotny dla służb mundurowych. Nowy zapis byłby bardziej zgodny z istotą, o którą chodzi w tym uregulowaniu.

Czy pani minister chciałaby zabrać głos? W poprzednim brzmieniu było zdanie: „oraz zadania w zakresie obronności i bezpieczeństwa państwa”, które mogłoby stwarzać trudności interpretacyjne.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę. Faktycznie, być może, w toku prac nie zostało to doprecyzowane. Zadania obronności i bezpieczeństwa państwa regulują zupełnie inne

przepisy i zupełnie kto inny za to odpowiada. Fundusz natomiast dotyczyłbyświadczeń związanych z wykonywaniem tych zadań. W związku z tym popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy Biuro Legislacyjne...

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czterdziestej trzeciej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że komisja 10 głosami, jednogłośnie, przyjęła poprawkę czterdziestą trzecią.

Poprawka czterdziesta czwarta dotyczy art. 104 i ona też przeredagowuje i doprecyzowuje brzmienie tego artykułu.

Proszę bardzo panią minister o przedstawienie stanowiska rządu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani mecenas?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeśli nie ma pytań, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za poparciem poprawki czterdziestej czwartej, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 11 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę czterdziestą czwartą.

Poprawka czterdziesta piąta jest zgłoszona przeze mnie i ma charakter legislacyjny.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o podniesienie ręki...

Przepraszam, jeszcze pani minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Biuro Legislacyjne?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kto jest za przyjęciem poprawki, proszę o podniesienie ręki. (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że komisja 11 głosami, jednogłośnie, przyjęła poprawkę.

Poprawka czterdziesta szósta jest to poprawka pana senatora Religi.
Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Zbigniew Religa:

Poprawka jest zgłoszona z inicjatywy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Jej zasadniczym celem jest to, aby ceny otrzymywane przez świadczeniodawców, tych, którzy prowadzą praktyki stażowe lekarzy i inne szkolenia, żeby były po prostu wyższe w porównaniu do pozostałych podmiotów.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Z ogromną przykrością, ale muszę negatywnie zaopiniować tę poprawkę, dlatego że zadania dydaktyczne są finansowane z zupełnie innych źródeł. One się zbiegają u wykonawcy tych zadań, gdzie świadczenia zdrowotne są finansowane z funduszu, a dydaktyka z innego, że tak powiem, tytułu. Nie może natomiast fundusz, który płaci za wykonanie świadczenia zdrowotnego, być już w ustawie obciążony podwyższeniem kosztów tego świadczenia o koszty dydaktyki. Koszty dydaktyki są finansowane z innych źródeł.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Czy Biuro Legislacyjne...

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Tutaj jest pewna wątpliwość legislacyjna, czy taka poprawka może być w tym miejscu i w tym przepisie, który ma dosyć daleko idący stopień ogólności. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Mam jednak wątpliwość. Oczywiście, uważam, że należy wszystkie ceny zwiększyć o 100%. I teraz, jak się zastanowimy, chodzi o zwiększenie cen o 15% dla tych, którzy prowadzą praktyki stażowe... To znaczy, to na pewno nie jest dla wszystkich, ale czy to nie jest prawie dla wszystkich? Czy to nie jest tak, jak byśmy dwukrotnie podwyższyli wszystkie ceny, wynagrodzenia itd.? Mam tego typu wątpliwości. Wtedy każdy zatrudni na miesiąc, czy na dwa stażystę, bo przecież staż jest realizowany w różnych jednostkach, i to jest finansowane z budżetu państwa. W tej chwili zresztą, o ile pamiętam, jest to refundowane chyba przez sejmiki samorządowe.

Tak więc wartość kontraktów w ogóle powinna być większa, ale to o czym teraz mówimy dotyczy prawie wszystkich, czyli nawet jakby zapisać to dobrze, poprawnie, to nic to nie zmienia. Takie mam wątpliwości.

Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Są dwie wątpliwości i dlatego, tak jak powiedziałam, z przykrością muszę zaopiniować tę poprawkę negatywnie. Uważam bowiem, że dydaktyka kosztuje i środki na nią powinny być zagwarantowane, ale nie z tego źródła. Fundusz płaci za świadczenie zdrowotne, a dydaktyka nie jest świadczeniem zdrowotnym. W związku z tym – to nie jest ta droga. To po pierwsze.

Ponadto jest też wątpliwość, w jaki sposób rozdzielić te instytucje. Jeżeli bowiem jednostka prowadząca staż kieruje stażystę na miesiąc czy na dwa tygodnie do innej jednostki, żeby zrealizował odcinek stażu specjalistycznego, to co? Kto ma przekazać środki? Czy ma zapłacić ktoś inny, czy też ta jednostka ma przekazać swoje środki, te 15%, które dostała? Będą ogromne kłopoty w zrealizowaniu tego, nawet jeżeli taka intencja zostanie, że ma to być płacone z funduszu. W jaki sposób to zrealizować? Fundusz służy do czego innego.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Nie ma więcej pytań.

Pani senator Krzyżanowska, proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

Mam nie tyle pytanie, ile, niestety, dalszą wątpliwość. Szpitale są zobowiązane przyjmować stażystów, prawda? Oni są na różnych oddziałach. Jak rozumiem, istotą tej poprawki jest to, żeby placówkom, które są do tego zobowiązane, a nie są placówkami akademickimi, dodatkowo płacić za dydaktykę.

(Głos z sali: Za staż nie...)

Nie, stażystom płaci się pensję, to jest zupełnie co innego. Ale ja mówię, że szpitalowi, który jest zobowiązany do prowadzenia stażu, nie dodaje się więcej pieniędzy za to, że lekarz ordynator, ktokolwiek, musi... To, co mówię, to jest moja wątpliwość. Rozumiem bowiem, że to jest trudno sprecyzować. Ale tak to jest, że się obciąża niektóre placówki dydaktyką nie opłaconą dodatkowo. Nie mówię o szpitalach klinicznych.

(Senator Zbigniew Religa: Taka jest intencja tej poprawki.)

Tak i to jest moja wątpliwość dalsza.

Przewodniczący Marek Balicki:

Opiekunowie mają jednak wynagrodzenie i to jest obligatoryjne. To nie jest refundacja samych tylko wynagrodzeń stażystów. Szpitale otrzymują więcej środków. Wprawdzie nie otrzymują na świadczenia zdrowotne, ale z drugiej strony można po-

wiedzieć, że stażysta jest również pracownikiem i wykonuje zadania, za które nie ponosi ta placówka kosztów. To więc działa w dwie strony.

Jeśli nie ma więcej pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czterdziestej szóstej, proszę o podniesienie ręki. (3)

Kto jest przeciw? (6)

Kto się wstrzymał od głosu? (2)

Dziękuję bardzo.

3 senatorów głosowało za, 6 – przeciw, 2 wstrzymało się od głosu.

Poprawka została odrzucona.

Poprawka czterdziesta siódma, zgłoszona przeze mnie, ma charakter legislacyjny.

Czy pani minister...?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Tak, popieramy.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czterdziestej siódmej? (11)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 11 głosami, jednogłośnie, została przyjęta poprawka czterdziesta siódma.

Poprawka czterdziesta ósma jest to poprawka pana senatora Pawłowskiego i senatora Bielawskiego.

Proszę bardzo, pan senator Pawłowski.

Senator Wojciech Pawłowski:

Sądzę, że dotychczas ten zapis był martwy i nadal będzie martwy. Kwestia zabezpieczenia wizyt nocnych powinna być w gestii płatnika, a nie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. I jeszcze jedna uwaga. Ze względu na sfeminizowanie zawodu lekarskiego nie wyobrażam sobie, żeby w nocy młoda lekarka, która może nie mieć samochodu albo prawa jazdy, jechała do patologicznego środowiska pijaków. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Chciałabym zaopiniować tę poprawkę negatywnie, dlatego że chodzi o sposób zorganizowania nocnej pomocy. Pacjent musi mieć do niej dostęp. Co zaś do formy,

możliwości innego zorganizowania, żeby ta lekarka – wszystko jedno, z prawem czy bez prawa jazdy – nie musiała jechać w nocy do patologicznego środowiska, to taka możliwość istnieje. Istnieje możliwość podpisania umowy zlecenia itd. Nocna pomoc musi być zapewniona. Forma organizacyjna, wynikająca z obecnych zapisów, jest możliwa i nie musi jej literalnie realizować ta sama osoba.

Przewodniczący Marek Balicki:

Pan senator Pawłowski, proszę.

Senator Wojciech Pawłowski:

Nie zgadzam się z tym ze względu na istnienie dwóch systemów: niepublicznego i publicznego. Jeżeli system niepubliczny sobie z tym faktem poradzi, to już publiczny nie. Dyrektor zakładu opieki zdrowotnej może się tym nie interesować, jeżeli jest zapis o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej, a lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie ma środków na to, żeby na przykład zapłacił pogotowiu, które by te wizyty wykonywało. Jest to praktycznie niemożliwe. Ustawa natomiast zobowiązuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Pieniądze na wykonanie tej czynności są zawarte w kontrakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Te środki zresztą, według obecnych projektów umów, są że tak powiem środkami określonymi, wydzielonymi. I jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zechce zawrzeć kontrakt z funduszem bez uwzględnienia nocnej pomocy, to będzie mógł go zawrzeć, tylko będzie miał pomniejszone środki o te, które wynikają z pomocy nocnej, fundusz bowiem z kim innym zawrze kontrakt na tę pomoc. Pacjent bowiem musi mieć zapewnioną pomoc całodobową, a kwestia organizacji leży gdzie indziej. Tak, że według mnie, przepraszam, nie według mnie, ale takie jest stanowisko rządowe, musi być wpisana do ustawy również pomoc nocna. Formy zorganizowania tej pomocy są różne. Środki finansowe zaś zawarte są w kontrakcie w środkach przeznaczonych na podstawową pomoc.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne? Czy ktoś z państwa, pań i panów, senatorów ma pytanie?

Pan senator Cieślak.

Senator Jerzy Cieślak:

Proszę państwa, chcę tylko zwrócić uwagę na to, że zapis art. 116 w ust. 2 nie ma charakteru fakultatywnego, to znaczy nie ma takiej możliwości, żeby lekarz pod-

stawowej opieki zdrowotnej albo świadczył te usługi nocne, albo ich nie świadczył. Tu wyraźnie jest napisane, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia je. Jeżeli zapewnia, to oznacza, że jest do tego zobowiązany i nie ma tu wyboru.

W związku z tym jest indywidualną sprawą każdego z senatorów, jakie zajmie stanowisko wobec tej poprawki. Chcę jednak powiedzieć, że to nie jest zapis fakultatywny. To jest obligatoryjne zobowiązanie, wynikające z litery ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Przepraszam, chcę zwrócić uwagę na jedną sprawę. W ustawie zapisano „zapewnia dostęp”, a nie „świadczy tę usługę”. A więc zapewnia dostęp, czyli jest jego obowiązkiem zorganizowanie, zapewnienie tego dostępu. Może zatem również zawrzeć umowę, scedować to, itd., itd. Musi natomiast zapewnić dostęp.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Też chcę powiedzieć w związku z tą kwestią kilka słów. Zgadzam się bowiem z wnioskodawcami, że ten przepis jest nieszczęśliwie zapisany i może budzić różne wątpliwości. Z tym, że wykreślenie takiej zasady, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej sprawują czy udzielają pomocy również w porze wieczornej i nocnej jest wylaniem dziecka z kąpielą. W porozumieniu z Kolegium Lekarzy Rodzinnych i ze związkiem pracodawców będę chciał przygotować na posiedzenie plenarne inny zapis tego artykułu.

We wszystkich krajach europejskich, gdzie jest podstawowa opieka zdrowotna, to nie tak zwane pogotowie ratunkowe czy różne jego formy, ambulanse, tylko lekarze podstawowej opieki zdrowotnej udzielają pomocy wieczornej i nocnej. Musi to tylko mieć właściwe formy. Jak wykreślimy ten zapis, to pójdzie przekaz, że wprowadzamy w Polsce system, od którego od wielu lat chcemy właśnie odejść, że nie pogotowie ratunkowe świadczy pomoc w niektórych rodzajach potrzeb zdrowotnych, bo to jest droższe i nieefektywne. Od kilkunastu lat o tym mówimy. A zatem to jest potrzebne, tylko nie w taki sposób, jak to zostało zapisane, bo to rzeczywiście jest źle zapisane.

Ja nie mogę głosować za tą poprawką. Oczywiście, w ogóle są przeciwnicy pracowania w nocy, i to jest słuszne, tylko że są niektóre zawody, z których wyborem wie się, że czasem trzeba pracować również w nocy. I to dotyczy lekarzy. Musi więc być system nocnej pomocy lekarskiej. To chyba był jeden z punktów strategii ministra, czyli tej przedstawionej na początku roku, tylko nie w taki sposób zapisany. Ja i tak będę pracował nad inną formą zapisu, teraz głosując inaczej...

Czy pani minister chciała coś jeszcze dodać?

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: Nie.*)

Dziękuję bardzo.

Możemy zatem przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czterdziestej ósmej, proszę o podniesienie ręki. (4)

Kto jest przeciwny? (4)

Kto się wstrzymał od głosu? (3)

Dziękuję bardzo. Jaki jest wynik?

4 senatorów głosowało za, 4 – przeciw, 3 wstrzymało się od głosu.

Poprawka nie uzyskała poparcia komisji.

Może jednak wspólnie przygotujemy taką poprawkę, która będzie ten problem rozwiązywała.

Poprawka czterdziesta dziewiąta jest to poprawka pani senator Janowskiej. Proszę bardzo.

Senator Zdzisława Janowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Chciałabym prosić o poparcie tejże poprawki. Jest ona niejako konsekwencją terminu przyjętego wcześniej w słowniku – długoterminowej opieki pielęgniarstwa. W tym przypadku w art. 120 dodaje się – wprowadzam w tym momencie autopoprawkę – ust. 3, który brzmiałby: „ubezpieczony ma prawo wyboru podmiotu prowadzącego długoterminową opiekę pielęgniarstwa, który zawarł umowę z funduszem”. W nawiasie wyjaśniam, że chodzi o zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opiekę w miejscu zamieszkania. Takie jest brzmienie tej autopoprawki.

(Przewodniczący Marek Balicki: Jeszcze raz prosiłbym...)

Przeczytam: „ubezpieczony ma prawo wyboru podmiotu prowadzącego długoterminową opiekę pielęgniarstwa – zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opieka w miejscu zamieszkania – który zawarł umowę z funduszem”.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Już, jedną minutę, muszę bowiem przeczytać zapis tej autopoprawki, gdyż ona wyjaśnia moją wcześniejszą wątpliwość.

Senator Zdzisława Janowska:

Może jeszcze wyjaśnię, że chodzi o zakłady, w których na przykład są dzieci, które mają problemy z rozwojem, dzieci, które mają problemy z wadami wzroku, dzieci po operacjach nowotworowych, itd., itd., i oczywiście osoby dorosłe. Wiemy przecież co to są zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze...

(Przewodniczący Marek Balicki: Ale dzieci z chorobą nowotworową to są w szpitalach, albo w domu... To akurat jest inna specyfika choroby.)

W każdym razie chodzi o zakłady opiekuńcze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opiekę w miejscu zamieszkania.

(Przewodniczący Marek Balicki: Chyba, że chodzi o hospicja.)

Nie, nie. Może za szeroko je wymieniałam.

Przewodniczący Marek Balicki:

Bardziej ogólne sformułowanie jest chyba bezpieczniejsze.
Nie wiem, co na to pani minister?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Miałam wątpliwości wobec wcześniejszego zapisu, że ubezpieczony ma prawo do opieki pielęgniarstwa w zakładzie, który zawarł umowę z funduszem. Moja wątpliwość polegała na tym, o który zakład chodzi: czy ten zakład, w którym jest pacjent, czy ten zakład, który wykonuje świadczenia? W autopoprawce zaś, którą pani senator była uprzejma w tej chwili przytoczyć, nie wiem, czy ja mam ją dobrze zapisaną...

(Senator Zdzisława Janowska: Wyboru podmiotu.)

Ta sprawa jest chyba wyjaśniona, bo ubezpieczony ma prawo wyboru podmiotu prowadzącego długoterminową opiekę pielęgniarstwa, który zawarł umowę z funduszem. Czy to, co jest w nawiasie...

(Senator Zdzisława Janowska: W nawiasie są zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opieka w miejscu zamieszkania.)

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze... Tutaj mam wątpliwość, bo do zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych jest skierowanie z samorządu, a nie wybór. Według mnie te zakłady należy tutaj wykreślić.

(Senator Zdzisława Janowska: Skreślam nawias.)

I wtedy jest to szeroko określone. To bowiem wymienia się enumeratywnie. W takiej formie popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czyli Biuro Legislacyjne ma jasność. Dobrze. Dziękuję bardzo.

Możemy zatem przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki czterdziestej dziewiętej po dokonaniu autopoprawki, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję.

Stwierdzam, że 10 głosami, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę.

Poprawka pięćdziesiąta jest moją poprawką, ma charakter legislacyjno-porządkowy.

Pani Minister?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Biuro Legislacyjne?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.)

Dziękuję.

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pięćdziesiątej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka pięćdziesiąta pierwsza jest również zgłoszona przeze mnie i też ma charakter legislacyjno-porządkowy.

Czy pani minister chciałaby zabrać głos?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję.

Biuro Legislacyjne?

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pięćdziesiątej pierwszej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami za, jednogłośnie, komisja przyjęła poprawkę pięćdziesiątą pierwszą.

Teraz przystępujemy do poprawek: pięćdziesiątej drugiej i pięćdziesiątej siódmej, nad którymi będziemy głosować łącznie. One dotyczą tej samej sprawy. Jest to poprawka, która wynika z opinii Biura Legislacyjnego. Doprecyzowuje zapis. Dzięki niej zapis dotyczący tej sprawy jest poprawny.

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy obydwie poprawki.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani mecenas chce zabrać głos?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.)

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania. Głosujemy łącznie nad poprawką pięćdziesiątą drugą oraz pięćdziesiątą siódmą.

Kto jest za przyjęciem tych dwóch poprawek, proszę o podniesienie ręki. (9)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 9 głosami, jednogłośnie, poprawki: pięćdziesiąta druga oraz pięćdziesiąta siódma zostały przyjęte.

Poprawka pięćdziesiąta trzecia jest to również poprawka o charakterze porządkująco-legislacyjnym. Została zgłoszona przeze mnie.

Czy pani minister chciałaby zabrać głos?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy pani mecenas chce zabrać głos?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję bardzo.)

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pięćdziesiątej trzeciej, proszę o podniesienie ręki. (10)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami...

(Głos z sali: 9 głosami.)

10, bo pani senator Sienkiewicz podniosła rękę.

...10 głosami poprawka została przyjęta.

Poprawka pięćdziesiąta czwarta ma charakter porządkująco-legislacyjny.

Czy pani minister...

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy Biuro Legislacyjne chce zabrać głos?

(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Dziękuję.)

Kto jest za przyjęciem poprawki pięćdziesiątej czwartej, proszę o podniesienie ręki. (9)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 9 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka pięćdziesiąta piąta ma troszkę poważniejsze znaczenie. Ona dotyczy art. 184, gdzie się mówi o środku specjalnym. Tu jest nadane nowe brzmienie. Zwłaszcza chodzi o drugą część zapisu. Po prostu chodzi o to, żeby przychodem były środki uzyskane na podstawie umowy o udzielanie świadczeń i żeby te środki były przeznaczone na wydatki związane z udzielaniem świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Chciałbym zgłosić autopoprawkę – wykreślić wyrażenie „kompetencji lekarza”, i zostawić tylko „z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej”, tak żeby to obejmowało również na przykład pielęgniarkę. W ustawie jest bowiem to sformułowanie „kompetencji lekarza”. Czyli końcówka tego zapisu brzmiałaby następująco: „udzielaniem świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej”.

Proponuję też dodanie ust. 3, zgodnie z którym Rada Ministrów w drodze rozporządzenia ustali wykaz jednostek, w których może być gromadzony środek specjalny. To bowiem powinno mieć charakter uporządkowany. Ta informacja jest niezbędną funduszowi do tego, żeby móc zawierać takie umowy.

Czy pani minister chciałaby się odnieść do tej poprawki?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieram tę poprawkę, łącznie z dokonaną autopoprawką. Faktycznie bowiem kompetencje podstawowej opieki zdrowotnej są szersze niż kompetencje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z tym jest zasadne, żeby ten zapis był rozszerzony. Również uważamy, że jest niezbędne uporządkowanie jednostek, które są. Plany zdrowotne, na których buduje się konieczność zawierania kontraktów, muszą bowiem uwzględniać konkretne jednostki.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy Biuro Legislacyjne ma uwagi? Nie ma uwag.

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pięćdziesiątej piątej po dokonaniu autopoprawki, proszę o podniesienie ręki. (9)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 9 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka pięćdziesiąta szósta ma w zasadzie charakter legislacyjny. Chodzi o to, żeby w ustawie o cenach był taki sam zapis, jak w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Inaczej bowiem byłyby dwa różne zapisy i to mogłoby budzić niejasności interpretacyjne.

Czy pani minister chce zabrać głos?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy tę poprawkę. To jest poprawka dostosowująca zapisy dwóch ustaw.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani mecenas?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Chcę tylko powiedzieć, że to powinien być nie art. 192a, a art. 189a.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czyli mam wnieść autopoprawkę?

(*Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Jeśli można prosić.*)

Dziękuję bardzo.

Czy są jakieś pytania? Jeśli nie ma pytań, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pięćdziesiątej szóstej, proszę o podniesienie ręki. (9)
Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 9 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka pięćdziesiąta siódma została przegłosowana razem z poprawką pięćdziesiątą drugą.

Poprawka pięćdziesiąta ósma dotyczy art. 196. To jest poprawka zgłoszona przeze mnie. Przypomnę, że art. 196 mówi o tym, że ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nie narusza przepisów o świadczeniach zdrowotnych, które są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Chodzi o to, żeby było wyraźnie określone, że świadczenia związane z ciążą, porodem i położeniem są udzielane bezpłatnie, niezależnie od uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Taka gwarancja jest potrzebna w randze ustawowej, a nie tylko w starych przepisach, które takiej rangi nie miały.

Czy pani minister chciałaby zabrać głos?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Tak. Popieramy tę poprawkę. Mamy na te świadczenia zarezerwowane środki. My te świadczenia opłacamy i tylko przy licznych zmianach legislacyjnych gdzieś po drodze wypadła do tego podstawa. Tak więc, żeby nie było wątpliwości interpretacyjnych, popieramy tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani mecenas chciałaby zabrać głos? Czy ktoś z pań i panów senatorów ma pytanie? Jeśli nikt nie ma wątpliwości, to możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pięćdziesiątej ósmej, proszę o podniesienie ręki. (9)

Dziękuję.

Stwierdzam, że komisja 9 głosami, jednogłośnie, przyjęła poprawkę pięćdziesiątą ósmą.

Teraz poprawka pięćdziesiąta dziewiąta. Jest to poprawka zgłoszona przez panią senator Krzyżanowską i pana senatora Bobrowskiego.

Proszę bardzo, jeśli pani senator Krzyżanowska zechce zabrać głos, to udzielam głosu.

Senator Olga Krzyżanowska:

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Marek Balicki:

Przydałoby się jednak wyjaśnienie.

Senator Olga Krzyżanowska:

Chodziło o wyjaśnienie. Jak ja zrozumiałam...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Marek Balicki:

Nie wiem, może Biuro Legislacyjne to wyjaśni?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Chcę tylko powiedzieć, że z naszego punktu widzenia ta poprawka w ogóle nie wydaje się potrzebna, ponieważ sytuacja osób określonych w art. 198 ust. 4 jest zupełnie inną sytuacją niż sytuacja osób określonych w art. 206 – pracowników kas chorych i UNUZ. Wydaje się, jeśli dobrze zrozumieliśmy te przepisy, nie ma potrzeby stwarzać takiego ustawowego dla nich uregulowania. Dziękuję bardzo.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Marek Balicki:

Jeszcze proszę o wypowiedź panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Ja się zgadzam z tym, co powiedziało Biuro Legislacyjne. Według nas też nie ma takiej potrzeby, żeby to odrębnie regulować.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Bobrowski również jest tego zdania, tak? Czyli poprawka pięćdziesiąta dziewięta została wycofana przez wnioskodawców.

Poprawka sześćdziesiąta zgłoszona przeze mnie ma charakter doprecyzowujący. Ona wynika z opinii Biura Legislacyjnego Senatu. Chodzi o to, żeby było jasne, że znosi się Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Czy pani minister chciałaby się odnieść do tej poprawki?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy ją.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy Biuro Legislacyjne ma uwagi? Jeśli nikt nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki sześćdziesiątej, proszę o podniesienie ręki. (10)
Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 10 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Poprawka sześćdziesiąta pierwsza jest to poprawka zgłoszona przez panią senator Krzyżanowską i pana senatora Bobrowskiego.

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Olga Krzyżanowska:

Dotyczy to pracowników kas i sposobu rozwiązywania z nimi umów o pracę. Zgłaszając tę poprawkę mam zastrzeżenia takie, że praktycznie wszyscy, jak rozumiem, otrzymają albo wypowiedzenia, albo nowe warunki pracy i jeżeli pracownicy ich nie przyjmą, to automatycznie będą zwalniani. Mnie natomiast chodziło o to – zgłaszałam tę poprawkę panu senatorowi Bobrowskiemu – żeby nie rozwiązywać z nimi stosunku pracy tylko dlatego, że się coś zmienia, ale żeby automatycznie przejmowały ich nowe placówki, a oni, jeżeli nie zaakceptują tych warunków, to mogą zgodnie z kodeksem pracy ich nie przyjąć. Była dyskusja o tym wczoraj. Ja się boję, że przy tych zmianach będzie absolutne trzęsienie ziemi, jeśli chodzi o pracowników. Nie chodzi mi o dyrekcję, tylko o normalnych pracowników dotychczasowych kas chorych.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani senator.

Czy pan senator Bobrowski chce zabrać głos?

Pani Minister, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Jeśli mogę wyjaśnić, to zapis, który jest przez nas proponowany, jest rozwiązaniem, powiedziałabym, standardowym. Stosuje się go we wszystkich tego typu przypadkach, w których łączy się na przykład dwie instytucje, gdy się je przekształca, przy reformie, gdy pracownicy przechodzą do instytucji, która jest prawnym następcą itd. W terminie trzech miesięcy natomiast pracownicy otrzymują nowe warunki pracy. Czasami są one korzystniejsze, czasami są inne i pracownik decyduje, czy przyjmie te warunki, czy nie. Jeżeli zaś zastosujemy art. 23 kodeksu pracy, to wtedy jest nie do zrobienia żadna reorganizacja, bo wtedy są potrzebne niezwykle duże pieniądze na odprawę itd., itd. w przypadku ewentualnych zwolnień.

Ja zresztą wczoraj w czasie dyskusji wyjaśniałam pewne rzeczy, że naturalnie obsługa administracyjna całego systemu w porównaniu z istniejącą obsługą w kasach chorych będzie zmniejszona. Mówiliśmy o tym w sposób jasny. Ona jest systematycznie zmniejszana. W tej chwili, na obecnym etapie, w porównaniu z zeszłym rokiem o tej samej porze, jest już mniej obsługi administracyjnej o 10%. Różnie to w różnych kasach wygląda, ale średnio o 10%. Prawdopodobnie jeszcze jakieś niewielkie ruchy w tym pierwszym okresie będą.

Chodzi więc o ten okres trzech miesięcy, gdzie ci pracownicy mogą dostać nowe umowy. Nie istnieje żadne niebezpieczeństwo, że będą jakieś masowe zwolnienia, bo system musi być prowadzony przez ludzi, którzy nabyli już doświadczenia, potrafią to zrobić, nabyli wykształcenie i doświadczenia.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Mecenasa, bardzo proszę.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Chcę powiedzieć tylko, że decyzja jest merytoryczna i należy do państwa, ale gdyby komisja popierała tę poprawkę, to wyrazy w art. 198 ust. 4 należałoby wykreślić.

(Senator Olga Krzyżanowska: Przepraszam, ale ja nie słyszałam.)

Mówię, że nie chcę wypowiadać się na temat tej poprawki, ponieważ jest to kwestia merytoryczna. Jednakże, gdyby komisja zamierzała poprzeć tę poprawkę, to chcę zwrócić uwagę i poprosić wnioskodawców o wycofanie wyrazów w art. 198 ust. 4.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani senator Krzyżanowska...

Senator Olga Krzyżanowska:

Przepraszam, muszę bowiem w związku z tą poprawką zastanowić się. Rozumiem, że zgodnie z tym, co proponuje pani magister, chodziłoby o to, że do wszystkich pracowników, czyli nie tylko w pktcie 4, stosowalibyśmy kodeks pracy, tak?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Chodzi o to, że wyłączamy tę kategorię, o której mowa w art. 198 ust. 4, czyli to, o czym przed chwilą mówiliśmy, to są pracownicy jednostki, która byłaby właściwa do podejmowania działań zmierzających do realizacji celów ustawy. To jest zupełnie inna jednostka niż kasy chorych. Inni są jej pracownicy i pracownicy UNUZ. Wydaje mi się, że łączenie tych kategorii z kategorią, o której mowa w art. 206, jest po prostu niecelowe.

Senator Olga Krzyżanowska:

Rozumiem. Ja nie wiem, czy pan senator Bobrowski... W takim razie jestem skłonna wycofać tę poprawkę. Ja ją jednak opracuję i w razie czego zgłoszę na plenarnym posiedzeniu, nie mam tu bowiem jasności. Nie, że wyjaśnienia są złe, tylko ja nie mam jasności. Nie wiem, czy pan senator Bobrowski na to się zgadza.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy pan senator...

Senator Franciszek Bobrowski:

Stosunek z pracownikami, o których mowa w art. 206, wygasa po upływie trzech miesięcy, jeżeli nie otrzymają propozycji w ciągu dwóch miesięcy... To jest jednoznaczny zapis. To jest zapis art. 207. I ta poprawka zmierza do tego, żeby uniknąć takiej sytuacji...

(Senator Olga Krzyżanowska: Automatycznego wygaśnięcia.)

Tak jest. To jest jednoznaczne. Nie otrzymuję propozycji w ciągu dwóch miesięcy i mnie nie ma.

Przewodniczący Marek Balicki:

Ja myślę, Panie Senatorze, że to o to chodzi. Przypomnę, że była taka ustawa, która również dotyczyła reformy, akurat administracji samorządowej, czyli ustawa wprowadzająca nowy ustrój Warszawy, która dotyczy tej samej liczby osób, czyli sześciu, siedmiu tysięcy osób, i dokładnie taki sam zapis przyjęliśmy, że umowy wygasają i mogą być wznowione.

W innym przypadku – to, co pani senator Krzyżanowska powiedziała – to będzie chaos. Chaos będzie, gdybyśmy właśnie tego nie wprowadzili. Dopiero wtedy tworzymy dodatkowe koszty i dodatkowe zamieszanie. Przyjęty jest zatem taki sposób, jak to jest w ustawie uchwalonej przez Sejm.

(Senator Olga Krzyżanowska: Można?)

Proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

Może nawiążę do tego, co powiedział pan przewodniczący, właśnie dlatego, że pamiętam, co się działo w samorządach po uchwalonej ustawie, jak to się naprawdę odbywało. Odbywało się zgodnie z prawem, ale odbywało się tak, jak się odbywało. I naprawdę uważam, że powinniśmy starać się ustrzec przed tym pracowników. Ja nie wiem, jeżeli pan senator się zgodzi, zgłosimy taki wniosek...

(Senator Franciszek Bobrowski: Po ewentualnym wprowadzeniu tej poprawki, nie będzie, Panie Przewodniczący, chaosu. Ewentualnie będą koszty.)

Właśnie. I raczej myślimy nad kosztami.

Przewodniczący Marek Balicki:

Ja rozumiem, że pani senator Krzyżanowska zadeklarowała...

(Senator Olga Krzyżanowska: Podtrzymanie poprawki.)

Tak jak w przypadku tych kilku innych, trudniejszych poprawek – do posiedzenia plenarnego.

Czy również pan senator Bobrowski z panią senator Krzyżanowską to zrobi? Czyli dzisiaj poprawka zostałaby wycofana i pracujemy nad nią do posiedzenia plenarnego.

(Senator Olga Krzyżanowska: My ją dopracujemy.)

Dziękuję bardzo.

Teraz poprawka sześćdziesiąta druga. To jest poprawka zgłoszona przeze mnie. Chcę złożyć uzupełnienie, czyli autopoprawkę do punktu oznaczonego literą „c”, tam, gdzie jest nowe brzmienie ust. 3. Chodzi o to, żeby tam, gdzie jest po przecinku sformułowanie: „Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekaze do centrali informacje o kwotach przesunięć pomiędzy kasami chorych...”, żeby dodać zdanie: „które byłyby wynikiem rozliczenia zaliczek przekazanych kasom chorych za okres...”. Ja to może przekaże pani mecenas do zapisania. Ta poprawka jest niezbędna. Ona ułatwi sprawne przeprowadzenie okresu przejściowego.

Czy pani minister chciałaby się odnieść do tej poprawki?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieram tę poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy pani mecenas chce zabrać głos? Czy są pytania? Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki sześćdziesiątej drugiej, proszę o podniesienie ręki. (8)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 8 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta przez komisję.

Poprawka sześćdziesiąta trzecia jest to poprawka o charakterze legislacyjnym, zgłoszona przeze mnie.

Czy pani minister chce się ustosunkować do poprawki?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Popieramy poprawkę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Czy Biuro Legislacyjne chce zabrać głos? Dziękuję bardzo.

Jeśli nie ma pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki sześćdziesiątej trzeciej, proszę o podniesienie ręki. (8)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 8 głosami, jednogłośnie, poprawka została przyjęta.

Teraz została nam poprawka przedostatnia, bo jedna poprawka, pani senator Janowskiej, jest zawieszona...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

To może teraz, gdyż dobrze by było, żeby nad tą poprawką głosować na końcu, wrócimy do poprawki dziewiętnastej. Przypomnę, że to jest poprawka pani senator Janowskiej. Może jeszcze raz, ponieważ upłynęło trochę czasu, prosiłbym panią senator o krótkie przedstawienie poprawki i później o informację.

Senator Zdzisława Janowska:

Chciałabym podkreślić wagę tej poprawki. Chodzi o całodzienną opiekę pielęgniarską w specjalistycznych ośrodkach szkolno-wychowawczych. Tutaj właśnie powinienam powiedzieć to, co powiedziałam wcześniej – przepraszam za pomyłkę – mianowicie kto znajduje się w tychże ośrodkach szkolno-wychowawczych. To są właśnie ośrodki, w których znajdują się dzieci po urazach, po chorobach, dzieci o niepełnej sprawności, dzieci upośledzone, które wymagają całodziennego opieki pielęgniarskiej. Dzisiejsza praktyka mówi, że nie mają fachowej opieki, zajmują się nimi wychowawcy, zajmują się osoby, które nie mają żadnych kwalifikacji i uprawnień. Zajmują się, bo muszą się nimi zajmować. A więc należałoby ten stan zmienić.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Teraz prosiłbym panią minister o uzupełnienie informacji rządu w tej sprawie przez przedstawicieli innych resortów.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Jeśli można, chciałabym prosić o pozwolenie, żeby przedstawiciel resortu edukacji powiedział, jaka jest istota działania ośrodków nie specjalistycznych, tylko specjalnych ośrodków. Tutaj bowiem jest w nazwie pewna pomyłka. To są specjalne ośrodki. Ale to nie ma znaczenia. Bardzo proszę.

**Naczelnik Wydziału Kształcenia Specjalnego
w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu
Wiesława Szczepaniak-Maleszka:**

Panie Przewodniczący! Wielce Szanowni Państwo! W systemie oświaty funkcjonują tylko specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze dla uczniów niepełnosprawnych, to znaczy dla niewidomych, słabowidzących, niesłyszących, słabosłyszących, z upośledzeniami umysłowymi od lekkiego do głębokiego, z niepełnosprawnością ruchową, z autyzmem, z upośledzeniami sprzężonymi, czyli z takimi, w których występują dwa rodzaje niepełnosprawności, jak na przykład głucho-niewidome czy upośledzone umysłowo i niewidome, itd., itd. Są to bardzo często również uczniowie, wychowankowie tych ośrodków, którzy przebywają w nich całodobowo, bardzo często całorocznie. Jeżeli bowiem są to dzieci pozbawione opieki rodzicielskiej, to one przebywają w tych placówkach całorocznie. Są to dzieci z różnego rodzaju schorzeniami. Poza upośledzeniami wymienionymi przeze mnie jest to cała rzesza dzieci z epilepsją, z chorobami układu krążenia, z wieloma innymi. Ta grupa dzieci, rzeczywiście, zdana jest tylko na opiekę wychowawców, którzy są pedagogami specjalnymi, nauczycielami specjalnymi.

W tej chwili sytuacja jest taka, że jeżeli udało się niektórym dyrektorom ośrodków bądź organom prowadzącym te ośrodki zawrzeć stosowne porozumienia z kasami chorych, to w tych ośrodkach opieka pielęgniarska i lekarska w ustalonych dniach czy w godzinach w tygodniu jest świadczona, ale gros tych placówek jest pozbawionych opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

W przypadku dzieci, które przyjmują silne leki, które powinny być niedostępne ogółowi dzieci, to są te leki w dyspozycji wychowawcy, który zgodnie ze swoją pedagogiczną wiedzą i instruktażem udzielonym przez lekarza pierwszego kontaktu, podaje je dzieciom.

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę bardzo, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Po tej informacji chciałabym dodać jeszcze następującą: dyrektor czy kierownik takiego domu ma i uprawnienia, i obowiązek zawrzeć umowę z kimś, kto wykonuje

świadczenia zdrowotne. Mówiąc kimś, ja mówię to naturalnie w ogromnym cudzoświecie, bo jest to podmiot prawny, czyli indywidualna praktyka lub grupowa lub zakład opieki zdrowotnej itd. I to jest umowa zawarta z tymże podmiotem wykonującym świadczenie zdrowotne. Opłacenie tego świadczenia zdrowotnego następuje w wyniku umowy świadczeniodawcy z funduszem czy z kasą.

Umowa między dyrektorem a świadczeniodawcą jest umową, którą powinien podpisać ten dyrektor. Dlatego w przedstawieniu rządowym jest to przedstawione w ten sposób, że nie można rzucić na fundusz zatrudnienia pielęgniarki, bo to będzie wtedy opłaceniem etatu. Dyrektor ma obowiązek podpisać umowę, koszty świadczenia zdrowotnego natomiast opłaca świadczeniodawcy fundusz na podstawie umowy świadczeniodawcy z funduszem.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Ja widziałem, że pan doktor Koronkiewicz zgłaszał się do zabrania głosu. Jeśli mogę prosić o informację, tak żebyśmy mieli jasność.

**Naczelnik Wydziału Ochrony Zdrowia w Departamencie Zdrowia
w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji
Andrzej Koronkiewicz:**

Proszę państwa, ja mogę powiedzieć tylko o doświadczeniach, jakie miała Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych w kontraktowaniu tej kategorii świadczeń, które dotyczą dzieci przebywających w domach dziecka. I tu rozwiązanie było stosunkowo proste, finansowaliśmy bowiem świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej przez wybrany, działający na danym terenie zakład opieki zdrowotnej. W przypadku konkretnego domu dziecka, największego zresztą w Polsce, imienia księdza Boduina przy ulicy Nowogrodzkiej, był to zespół opieki zdrowotnej na Ochocie.

Proszę państwa, nie ma możliwości rozwiązania wszystkich problemów od strony formalnoprawnej w tym zakresie. Po prostu trzeba wykazać dobrą wolę i nie do końca precyzyjną kontrolę wydatkowania tych środków. Proszę bowiem pamiętać, że w takich ośrodkach znajdują się również dzieci, które nie posiadają PESEL, bo to są dzieci – nazwijmy – cudzoziemskie. I tych dzieci niejednokrotnie jest dosyć dużo i nie mamy w takiej sytuacji prawnych możliwości finansowania im świadczeń zdrowotnych.

Dlatego też te rozwiązania miały raczej charakter wzajemnych uzgodnień i ustaleń, na co te środki będą przekazywane. W pełni – to, co pani minister Kralkowska powiedziała – było gwarantowane, że te środki nie są przekazywane na wynagrodzenia pracownicze, a tylko na wykonywanie świadczeń zdrowotnych albo w formie opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, albo też w formie osobodnia dla opieki długoterminowej. Większość tych dzieci będących w wieku do trzech lat wymagała bowiem rzeczywistej opieki pielęgniarki i lekarza. I na co dzień te osoby były zatrudnione przez dyrektora zakładu, którym był ten państwowy dom dziecka. W ten sposób rozwiązywaliśmy te problemy.

Poza tym tego typu jednostki mają różne organa założycielskie. Trzeba powiedzieć, że w przypadkach, o których tutaj mówiła pani z Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, niejednokrotnie tego typu placówki prowadzą związki wyznaniowe lub

też fundacje. I tu również jest pewien problem w przekazywaniu środków finansowych. Ale, tak jak powiedziałem, wszystko zależy od tego, w jaki sposób kasa chorych czy fundusz w ramach wzajemnych umów będzie starała się te środki przekazać.

Potrzeba bowiem jest oczywista i tu nikt z tym nie dyskutuje. Forma natomiast musi być na pograniczu, niestety, rozwiązań prawnych, bo wszystkich bardzo precyzyjnych wymogów prawa nie jesteśmy w stanie zrealizować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Nie mam pełnej jasności, ale wiem, że na pewno jeśli mielibyśmy coś określać, to nie można tego zawęzić do opieki pielęgniarstwa. Tu bowiem chodzi o pełną opiekę. Rozumiem, że u początku tego wniosku leżał trochę inny cel, niż teraz się okazało, że jest potrzeba. Potrzeba zaś pełnej opieki.

(Senator Zdzisława Janowska: Można jeszcze?)

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Zdzisława Janowska:

Panie Senatorze! Szanowni Państwo! Przypomnę początek naszej dyskusji. Dlaczego zostały poproszone panie z Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu? Otóż dlatego, że pani minister zastanawiała się, kto ma to finansować. W pierwszym przypadku powiedziała, że to powinno leżeć po stronie opieki społecznej. Opieka społeczna została wykluczona, bo okazało się, że te ośrodki są w gestii państwa, a przecież nikt chyba z nas nie wątpi, że istnieje potrzeba tej właśnie całodziennej opieki pielęgniarstwa z uwagi na funkcjonowanie specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, w których znajdują się dzieci inne niż w domu dziecka, choć na pewno w jednym i w drugim przypadku jest to bardzo ważna grupa i kategoria. Sądzę natomiast, że po to przybyło przedstawicielstwo drugiego ministerstwa, żeby państwo mogli domówić się między sobą, jak to powinno być finansowane. Taki był duch przywołania naszej reprezentacji.

Przewodniczący Marek Balicki:

Ale chodzi o całość opieki, nie jej segment. To jest niezwykle ważne.

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Przepraszam, że to będzie pewien wywód, bo jedną sprawą jest zakres przedłożenia rządowego, który mnie zobowiązuje do zajmowania jednoznacznych stanowisk. Jednakże, w odniesieniu do tego, co zarówno pan doktor był uprzejmy powiedzieć na podstawie doświadczeń i tego, co przedtem mówiliśmy, to instytucja, która jest organem prowadzącym te jednostki, ma obowiązek zapewnić funkcjonowanie infrastruktury i zapewnić funkcjonowanie etatów, które pozwalają na realizację zadań statutowych.

Potrzebne tam świadczenia zdrowotne są zdecydowanie – i ja to podtrzymuję, już to powiedziałam na początku – finansowane z funduszu. Tylko teraz chodzi o spo-

sób przepływu środków z funduszu do wykonujących te świadczenia. I jest tylko jedno możliwe uregulowanie: umowa świadczeniodawcy z funduszem. A zatem świadczeniodawca, w tym przypadku podstawowa opieka zdrowotna, zakład opieki pielęgniar-skiej, lekarz pierwszego kontaktu, wszystko jedno, w każdym razie świadczeniodawca świadczący te niezbędne usługi mający kontrakt z kasą, w związku z tym płaci za nie kasa, zawiera umowę z dyrektorem tego domu na objęcie opieką w zakresie tych wła-snie świadczeń zdrowotnych. I to nie jest umowa na etat, tylko na liczbę świadczeń, proszę państwa. I to jest jasne. Prawo na to zezwala i tak należy robić. To jest właśnie to rozwiązanie, z którego korzystała mazowiecka kasa i ośrodki znajdujące się na tere-nie mazowieckiej kasy, o czym mówił pan doktor Koronkiewicz.

Ja myślę, że nie mamy takiej możliwości, żeby w świadczenia funduszu wstawić płatności za etat, mówiąc w zupełnym skrócie. W warunkach konkursu i w warunkach umowy musi być zakres świadczeń, liczba świadczeń, cena świadczeń. Nigdzie tam natomiast nie mieści się pojęcie etatu. A zatem, żeby te świadczenia były wykonywane w tym domu, musi być porozumienie między dyrektorem domu a świadczeniodawcą. I takie uregulowania są w tej chwili, tylko nie wszędzie są wykonywane, co wynika z niestosowania prawa. Ja myślę – ale to jest moje głośne myślenie i przepraszam, że sobie pozwalam to w takiej formie powiedzieć – że to polega tutaj w większym stopniu na egzekwowaniu zapisów, niż na dopisywaniu do tego nowych zapisów. Wtedy bo-wiem musielibyśmy otworzyć furtkę również na opłacanie innych etatów w innych jednostkach, nie tylko w tych.

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę bardzo, pani senator Sienkiewicz.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Nie chciałabym otwierać innych obszarów dyskusji, ale aż się prosi w tym momencie pytanie o wykonanie delegacji ustawowej do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która brzmiała mniej więcej tak: minister właściwy do spraw zdrowia... – nie mniej więcej, tylko na pewno – w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społeczne-go określi w drodze rozporządzenia zakres świadczeń z ubezpieczenia, udzielanych mieszkańcom domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych na terenie tych domów i placówek, a także warunki dostępu do tych świadczeń.

Ta delegacja do dnia dzisiejszego nie została zrealizowana. Gdyby ona była wy-konana, mogłaby być wprost przeniesiona do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i rozwiązywałaby zakres tych potrzeb, dlatego że oprócz specjalnych ośrodków, które ja akurat znam, istnieje ten sam problem na terenie domów pomocy społecznej.

Przygotowując się do dyskusji nad tą sejmową ustawą, pytałam o to dyrektorów domów pomocy społecznej. Mają tenże sam problem, zawierają umowy formalne, nie-formalne z niepublicznymi zakładami różnego rodzaju, z zastosowaniem właśnie miękkiej dyplomacji, w różny sposób. I ta opieka z reguły kończy się około godziny 14.00, 15.00, a pozostaje szesnaście godzin, gdzie pielęgniarka nie jest pielęgniarką, bo w domach pomocy społecznej nie ma pielęgniarek. Nawet jeżeli ona ma dyplom ukoń-

czenia szkoły, to jest zatrudniona jako opiekunka z innym zakresem zadań. I pozostaje nierozwiązana sprawa właśnie tych specjalnych ośrodków, domów opieki społecznej i placówek opiekuńczo-wychowawczych opieki całodobowej. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję.

Zanim zabierze głos pani minister, jeszcze dodałbym dwa zdania, bo muszę, niestety, poprzeć panią senator Sienkiewicz i też przypomnieć dyskusję, jaka toczyła się właśnie na posiedzeniu kilka miesięcy temu, gdy mówiliśmy o opiece profilaktycznej w szkole. Muszę powiedzieć, że ja do końca nie rozumiem, na jakiej zasadzie będzie zawierana umowa między szkołą a pielęgniarką, a później między indywidualną praktyką pielęgniarską a funduszem. Tam bowiem jest tak wiele trudnych spraw, które jak przyłożymy do prawa cywilnego czy do innego, to w ogóle się tego nie da rozwiązać. Tam na przykład jest tak, że za gabinet odpowiada szkoła, a nie świadczący usługi. A wiadomo, że świadczący usługi odpowiada za gabinet na podstawie innych przepisów, czy ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej czy ustawy o zawodzie lekarza.

Podobny jest problem z domami pomocy społecznej. Jest ścieżka, która została zastosowana do innych rodzajów jednostek, do służb mundurowych, czyli możliwość zatrudnienia na etacie i stworzenie środka specjalnego. Wtedy dla tych jednostek, jak domy pomocy społecznej, może byłoby to dużo łatwiejsze. Domy pomocy społecznej – wczoraj przedstawiciel rzecznika praw obywatelskich o tym mówił – są nieuregulowaną kwestią. No i to jest nadal nieuregulowane, czyli nadal będzie z tym problem.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

My nie chcemy dyskutować...

Bardzo krótko, proszę.

Zastępca Dyrektora Zespołu Podstawowych Praw i Wolności Obywatelskich w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich Agnieszka Adamska-Karska:

Chcę powiedzieć jedno zdanie. W obecnym stanie prawnym placówki dla dzieci i domy pomocy społecznej są traktowane jako normalny blok mieszkalny, gdzie mieszkańcy tychże placówek i domów mogą korzystać na ogólnych zasadach ze świadczeń zdrowotnych, czyli po prostu z placówek podstawowej opieki zdrowotnej znajdujących się najbliżej siedziby tychże placówek. I właśnie tutaj powstaje pytanie, czy to jest wystarczające rozwiązanie. W tych placówkach bowiem znajdują się osoby, które bezspornie wymagają większego zakresu świadczeń zdrowotnych i większej troski pielęgniarskiej i lekarskiej niż mieszkańcy normalnego bloku mieszkalnego.

Chcę tutaj również zwrócić uwagę na fakt, że w przypadku normalnych obywateli na przykład obowiązki dowiezienia osoby, która nie może dostać się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy też do specjalisty, spoczywają zwykle na rodzinie. Tutaj ten obowiązek spoczywa na pracownikach domu. Pracownicy domu, którzy transportują pacjenta niepełnosprawnego czy też dziecko upośledzone do lekarza, czy też do pielęgniarki na przykład na szczepienie, w tym czasie pozostawiają bez opieki pozostałych pacjentów. Tak, że nie wydaje mi się wystarczające obecne rozwiązanie, które traktuje ludzi chorych, dzieci niepełnosprawne, tak samo jak pozostałych mieszkańców. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo panią minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Chciałabym najpierw odpowiedzieć na pytanie pani senator Sienkiewicz odrębnie rozporządzenia. Tego rozporządzenia faktycznie nie ma do dnia dzisiejszego, dlatego że ani poprzednia, że tak powiem, ekipa przez trzy lata funkcjonowania tej ustawy nie była w stanie wydać tego rozporządzenia, bo ono było niewykonalne...

(Przewodniczący Marek Balicki: Ono później powstało, to znaczy jego nie było na początku...)

(Senator Krystyna Sienkiewicz: Ono jest od początku.)

(Przewodniczący Marek Balicki: Ono jest od początku.)

Ale tak czy inaczej, od początku funkcjonowania to rozporządzenie nie było możliwe do wykonania i nie ma go nadal. W ustawie o funduszu my go nie przywołujemy w żadnej formie, mimo że przejęliśmy szereg rzeczy z poprzedniej ustawy.

Problem natomiast jest – i my ten problem widzimy. Wiemy o nim i staramy się go rozwiązać w innym miejscu. W tej chwili w Ministerstwie Zdrowia został powołany zespół do tak zwanej dużej nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W tymże rozwiązaniu, czyli w nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która mówi nie o płatniku, a o organizacji systemu, będziemy dochodzić w porozumieniu z resortem edukacji i resortem pracy – bo to jest problem następnych domów, czyli to jest podobny problem – do wspólnego rozwiązania, jakiegoś konsensusu. Problem niewątpliwie istnieje.

Jednakże już w tej chwili inaczej są traktowane domy, w których istnieje konieczność całodobowej opieki, to podam jako przykład, że w PDPS jest trzykrotny wskaźnik kapitałowy w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej. Tam są więc przekazane większe środki. Tak jest, proszę państwa, w przypadku większości kas chorych. I to już pozwala na inne zorganizowanie tam opieki podstawowej.

To są wszystko półśrodki, Pani Senator. Zgadzam się z taką opinią. Ten problem trzeba rozwiązać generalnie. Myślę natomiast, że nie ta ustawa jest od rozwiązania tego problemu.

Na tym etapie natomiast jest to kwestia właściwego porozumienia dyrektora tego domu... Ja w tej chwili nie mówię którego, bo to się odnosi zarówno do domów specjalnych, jak i do domów znajdujących się w pionie opieki społecznej. Stąd była na początku moja wątpliwość, bo specjalistyczny dom kojarzył mi się z domami, które są w pionie opieki społecznej. Przepraszam panią senator, że inaczej zrozumiałam nazwę tych domów. Nie można zatem przerzucić kosztów etatowego zatrudnienia fachowych pracowników – bo to są fachowi pracownicy – na fundusz, który jest wyłącznie do płacenia za świadczenia zdrowotne.

Przewodniczący Marek Balicki:

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pani senator Krzyżanowska, proszę bardzo.

Senator Olga Krzyżanowska:

W tej poprawce nie ma mowy o etatach. Chodzi o ideę zapewnienia całodobowej opieki. I na to w funduszu powinno być więcej pieniędzy, skoro to jest całodobowa opieka. Nie przesądza to natomiast, tak ja rozumiem tę poprawkę, sprawy etatów.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Pani Senator, o tyle pośrednio przesądza, że nie można zawrzeć kontraktu na opiekę z zakładem opiekuńczym... Cała gama tych zakładów nie jest bowiem zakładem opieki zdrowotnej. A tylko zakłady opieki zdrowotnej i inne formy prowadzenia świadczeń zdrowotnych mają uprawnienia do zawarcia kontraktu z kasą. A zatem tenże dom trzeba by przekształcić w formę zakładu opieki zdrowotnej i wtedy mógłby on zawrzeć kontrakt na te świadczenia.

A jeżeli nie, to pozostaje tylko drugie, jedyne rozwiązanie, które zostało zastosowane w przypadku, tak to określe w skrócie, zielonych garnizonów. Zostało mianowicie zaproponowana przez nas *lex specialis* w stosunku do jednostek budżetowych, które tam świadczą usługi zdrowotne, tak żeby mogły zawrzeć kontrakt z funduszem i mieć środek specjalny, na który zostają przekazane przychody z tego kontraktu.

I to są dwa rozwiązania prawne, możliwe do zastosowania. Chyba że wymyślimy zupełnie inną formę prawną.

Przewodniczący Marek Balicki:

Mam jeszcze takie pytanie, żeby była jasność, czy my chcemy usankcjonować stan istniejący, czy chcemy coś wprowadzić? W związku z tym mam pytanie, czy jest w tej chwili w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych prowadzona całodzienna opieka pielęgnarska? Prosiłbym o odpowiedź.

**Naczelnik Wydziału Kształcenia Specjalnego
w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu
Wiesława Szczepaniak-Maleszka:**

Z informacji przez nas posiadanych, Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, wynika, że w niektórych ośrodkach, tam gdzie organy prowadzące zawarły stosowne porozumienia z kasami chorych, jest zapewniona opieka pielęgnarska, ale tylko w określonych godzinach w czasie doby, a nie całodobowa. Wiele natomiast placówek, zwłaszcza tych usytuowanych w małych środowiskach wiejskich, gdzie jest daleko do kasy chorych, tam nie ma żadnej opieki.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Jeśli mogę dodać jedno słowo, chciałabym zwrócić uwagę, że to wynika z umowy zawartej między dyrektorem zakładu a świadczeniodawcami. Jeżeli więc ta umowa opiewałaby na inny zakres tej opieki, to tak by było, jak to wynika z umowy.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czyli nie wiadomo, co ma oznaczać ta poprawka. Nie istnieje bowiem przygotowany system całodziennej opieki pielęgniarstwa w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych. Trzeba go najpierw opracować i dopiero wtedy można nad tym głosować. W innym bowiem przypadku przyjmujemy przepis, który nie wiadomo, co ma w przypadku tych ośrodków oznaczać. I to jest problem, nie negując tych potrzeb i tego wszystkiego, o czym mówiła pani senator Sienkiewicz, o braku regulacji we wszystkich zamkniętych placówkach. Przyjęcie takiego otwartego ogólnego przepisu, za którym nie wiadomo, co ma się kryć, muszę powiedzieć, jest ryzykowne. To może nam psuć prawo. Taka jest moja opinia.

Nie wiem, czy chciałaby jeszcze zabrać na koniec głos wnioskodawczyni. Następnie poprosimy Biuro Legislacyjne...

Senator Zdzisława Janowska:

Chciałabym podtrzymać tę poprawkę. Przecież po to przybyli przedstawiciele drugiego resortu, ażeby państwo niejako porozumieli się tutaj w tej kwestii. Panie reprezentujące resort edukacji twierdzą, że jest to prawda, że nie ma całodziennej opieki pielęgniarstwa, a jest ona niezbędnie potrzebna. Pani minister mówi o potrzebie szerszego zakresu tejże opieki, też stwierdzając, że faktycznie jej nie ma. Na dzisiaj zdaję sobie z tego sprawę, że szerszy zakres opieki lekarsko-pielęgniarstwa jest niemożliwy do zrealizowania. W związku z tym nie zostanie nic i wprowadzam w tej sytuacji tylko autopoprawkę i w miejsce określenia „prowadzenia” proponuję, żeby było sformułowanie: „zapewnienia całodziennej opieki pielęgniarstwa w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych”. Taka jest moja prośba.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czyli są dwa zmienione zapisy. Chodzi o kwestię związaną z zapewnieniem opieki i o wyrażenie „w specjalnych”, zamiast „specjalistycznych”.

Czy Biuro Legislacyjne chciałoby wyrazić swoją opinię?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Pan przewodniczący właściwie wyreczył mnie w wydaniu opinii legislacyjnej, wyrażając swoją opinię. Jest tak, że w tym momencie wprowadzamy właściwie zmiany już u podstaw przepisu.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Jeżeli mogę, jedno zdanie. Chciałabym w tej chwili przekazać tylko informację nie dotyczącą tej konkretnej kwestii, ale generalnie całego problemu. Odbyły się na ten temat już dwa wspólne spotkania. Było spotkanie, w którym uczestniczyłam, z resortu edukacji uczestniczyli moi odpowiednicy, gdzie o tym problemie rozmawialiśmy. Ten problem jest zasygnalizowany w pracach nad nowelizacją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i będziemy dochodzić do wspólnego rozwiązania. Tak, że problem jest znany. Dążymy do jego rozwiązania. Tutaj natomiast będzie to znowuż martwy zapis.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Jeśli nie ma więcej pytań, możemy przystąpić do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki dziewiętnastej, po dokonaniu autopoprawki przez panią senator Janowską, proszę o podniesienie ręki. (4)

Kto jest przeciwny? (3)

Kto się wstrzymał od głosu? (1)

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że 4 senatorów głosowało za, 3 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu.

Poprawka została przyjęta.

Przystępujemy do rozpatrzenia ostatniej poprawki – szesnastej czwartej. To jest poprawka pani senator Krzyżanowskiej i dotyczy vacatio legis.

Udzielam głosu pani senator.

Senator Olga Krzyżanowska:

Poprawka jest prosta, chociaż rozumiem, że brzemienne w skutki, bo czas się liczy. Ja zaś uważam, że liczba rozporządzeń wykonawczych, która jest potrzebna, żeby ta ustawa weszła w życie, słysząc to, co pani minister mówiła jeszcze o konieczności uzgodnień międzyresortowych, że te rozporządzenia nie wejdą w życie na czas. Boję się, że ta ustawa przy tak krótkim vacatio legis będzie następną ustawą podobną do leków za złotówkę. Uważam, że powinniśmy takich rzeczy unikać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pani minister Kralkowska.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Podtrzymuję przedłożenie rządowe o czternastodniowym vacatio legis. Na poparcie naszego stanowiska chciałabym powiedzieć dwie rzeczy. Przede wszystkim maraża zła sytuacja w ochronie zdrowia, zła sytuacja związana z aneksowaniem umów w kasach chorych, zła sytuacja w różnych kasach chorych różna. Nie ma żadnych narzędzi, żeby spróbować to wszystko wyprostować i im szybciej te narzędzia będziemy mieli, tym łatwiej będzie nam wyprowadzić to na prostą. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa. Wszystkie rozporządzenia, tak jak powiedziałam, są już gotowe i tylko czekamy na ostateczną wersję ustawy, żeby je wysłać do uzgodnień.

I trzecia sprawa. W przepisach przejściowych jest zapis, że wszystkie istniejące rozporządzenia, które dotyczą tych samych obszarów, zachowują swoją ważność do czasu wydania nowych. Tak więc nie będzie luki prawnej, nie będzie momentu, w którym by nie było, że tak powiem, podstaw prawnych do działania systemu.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Wczoraj była w tej kwestii dyskusja i czy Biuro Legislacyjne w sprawie vacatio legis, szczególnie jeśli chodzi o to, czy okres czternaście dni spełnia...

**Główny Specjalista do spraw Legislacji
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Te czternaście dni spełnia ten wymóg minimalny. Jest to minimalny wymóg.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś chciałby głos zabrać w tej sprawie?

Pan senator Cieślak?

(*Senator Jerzy Cieślak: Nie, dziękuję.*)

Muszę powiedzieć, że podzielim zdanie pani senator Krzyżanowskiej, że lepiej mieć bezpieczny okres vacatio legis. Ja sądzę, że trzydzieści dni może być okresem bardzo ambitnym, ale to jest decyzja rządu, to znaczy, jeśli rząd jest przekonany, że w czternaście dni ta ustawa wejdzie w życie, to chcącemu nie dzieje się krzywda. Ale to jest duża ustawa... Nowelizacja ustawy wprowadzająca leki za złotówkę miała czternaście dni vacatio legis i nie weszła w życie, a była dużo prostsza. Nie wiem więc, Pani Minister, czy to jest ostateczne zdanie?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska:

Ja podtrzymuję przedłożenie rządowe. Jestem do tego zobowiązana i robię to z całym przekonaniem.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Czy są inne głosy? Jeśli nie ma, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem wniosku pani senator Krzyżanowskiej – poprawki sześćdziesiątej czwartej – proszę o podniesienie ręki. (1)

Kto jest przeciwny? (0)

Kto się wstrzymał od głosu? (7)

(*Wesołość na sali*)

Proszę o zachowanie powagi.

Dziękuję bardzo.

1 senator głosował za, 7 senatorów wstrzymało się od głosu.

Stwierdzam, że poprawka nie została przyjęta.

Teraz, Pani Mecenas, pozostaje nam głosowanie nad całością ustawy wraz z przyjętymi poprawkami.

Kto jest za przyjęciem ustawy wraz z przyjętymi poprawkami, proszę o podniesienie ręki. (7)

Dziękuję.

Kto jest przeciwny? (0)

Kto się wstrzymał od głosu? (1)

1 senator wstrzymał się od głosu.

Stwierdzam, że 7 senatorów głosowało za, a 1 wstrzymał się od głosu.

Ustawa została przyjęta.

Pozostaje wyznaczenie senatora sprawozdawcy. Chcę zapytać...

Pan senator Cieślak.

Senator Jerzy Cieślak:

Proszę państwa, wydaje mi się – zwracam się oczywiście do pań i panów senatorów – że mamy do czynienia z ustawą, która jest jednym z najważniejszych aktów prawnych, jaki będzie uchwalony w ogóle w tej kadencji parlamentu. To jest zmiana systemowa. Bardzo ważna zmiana. I to jest jedno uzasadnienie mojego wniosku, który sformułuję za chwilę. I drugie, że większość poprawek, które były wnoszone do tej ustawy w czasie prac komisji, to były poprawki pana senatora Balickiego. Dlatego proponowałbym, żeby jednak przewodniczący komisji był sprawozdawcą tej ustawy.

Przewodniczący Marek Balicki:

To było takie podchwytliwe zagranie. Chciałem proponować pana senatora Cieślaka, który tu dzielnie pomagał przez cały czas.

Senator Jerzy Cieślak:

Pan senator Balicki jest godniejszy niż... Zawsze przewodniczący jest osobą godniejszą niż wiceprzewodniczący. Wice – wiadomo, kto to jest, nie będę cytował starej anegdoty.

Przewodniczący Marek Balicki:

Ale podział pracy w komisji jest taki, że kolejno wszyscy senatorowie, panie i panowie, przyjmują na siebie obowiązek bycia senatorem sprawozdawcą. Przypomnę, że ostatnio był taki przypadek, kiedy nikt nie chciał się zdecydować na bycie sprawozdawcą i ja taką rolę przyjąłem właśnie jako przewodniczący komisji. To było przed ostatnim posiedzeniem Senatu. I myślę, że niedobry byłby obyczaj, a to by teraz weszło w takie tory, gdyby zawsze przewodniczący...

(Senator Zdzisława Janowska: Ostatni raz.)

Właśnie nie. To się tak mówi. Mam więc propozycję, by to był pan senator Cieślak. Mówię zupełnie poważnie.

Senator Jerzy Cieślak:

Jeszcze jedna sprawa. Od pewnego czasu pan senator Balicki prezentuje tę ustawę również w mediach i stąd jest jakoś już w odbiorze społecznym związany z tą ustawą. Ja nie upieram się przy tej kandydaturze, wydaje mi się jednak, że przemawia za nią ranga tej ustawy, jej znaczenie i fakt, że właściwie największy wkład w jej usprawnianie w sensie i merytorycznym, i legislacyjnym miał właśnie pan senator Balicki. Wolałbym, żeby przewodniczącą komisji był sprawozdawcą.

(*Senator Krystyna Sienkiewicz: A ja proszę o przejście do głosowania, Panie Przewodniczący.*)

Przewodniczący Marek Balicki:

Proponuję pięć minut przerwy, żeby to przygotować.
Ogłaszam przerwę do godziny 12.20.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Marek Balicki:

Proszę o zajmowanie miejsc. Już zostało nam niewiele pracy.

Pozostaje nam ostatnia rzecz – wyznaczenie senatora sprawozdawcy, pani lub pana. Po uzgodnieniach w czasie przerwy chciałbym ponownie zgłosić pana senatora Cieślaka, wiceprzewodniczącego komisji, jako senatora sprawozdawcę. Czy pan senator wyraża zgodę?

Senator Jerzy Cieślak:

Skoro były takie uzgodnienia, to wyrażam zgodę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Innych kandydatur nie ma. Jak rozumiem, komisja to akceptuje.

Bardzo dziękuję panu senatorowi.

Ostatnia sprawa – sprawozdawcy wniosków mniejszości, czyli pani senator Krzyżanowska i pani senator Janowska, tak?

(*Senator Zdzisława Janowska: Tak, tak.*)

Jako sprawozdawca wniosku mniejszości.

W ten sposób wyczerpaliśmy porządek obecnego dwudniowego posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Chcę podziękować wszystkim za udział, gościom, których już niewielu zostało, i przedstawicielom rządu, z panią minister Kralkowską na czele, i Biuru Legislacyjnemu za ciężką pracę. Rzadko się zdarza, żeby Biuro Legislacyjne miało tyle pracy.

Zamykam posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 23)

