



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Wspólne posiedzenie
Komisji Zdrowia (25.)
oraz Komisji Samorządu Terytorialnego
i Administracji Państwowej (44.)
w dniu 2 sierpnia 2016 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 250, druki sejmowe nr 711 i 736).

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 00)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Zdrowia Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam państwa na wspólnym posiedzeniu Komisji Zdrowia oraz Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej. Witam pana przewodniczącego Zientarskiego. Witam panie i panów senatorów z obu komisji. Witam pana ministra Łąde, przedstawiciela ministra zdrowia.

Dzisiejszy porządek naszych obrad obejmuje rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. To jest druk senacki nr 250, druki sejmowe nr 711 i 736.

Czy ktoś z państwa ma jakieś uwagi co do porządku obrad?

Skoro nie ma uwag, to uważam, że został on przyjęty.

Ponieważ to jest rządowy projekt ustawy, proszę pana ministra o przedstawienie założeń.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Szanowni Państwo Przewodniczący! Szanowni Państwo! Wysokie Komisje!

Przedstawiam projekt ustawy, który wiąże się z wydatkowaniem środków unijnych na inwestycje w ochronie zdrowia. Projekt pod ogólnym hasłem „Mapy potrzeb zdrowotnych” opiewa na kwotę ok. 12 miliardów zł. Generalnie w resorcie został on przeze mnie przejęty dopiero w drugiej połowie stycznia 2016 r., a więc kilka miesięcy temu. I cóż zauważyliśmy? Może najpierw powiem, że początkowo to był projekt wysokiego ryzyka, dlatego że chodzi o ogromne kwoty, które, z jednej strony, mogą pomóc polskiej służbie zdrowia, ale z drugiej, jeżeli będą źle wydane, mogą jej bardzo zaszkodzić. Te pieniądze oczywiście powinny być wydatkowane inaczej, lepiej niż w poprzednich perspektywach. Bardzo mocno podkreślała to Komisja Europejska.

Było kilka problemów związanych z realizacją projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych”. Komisja Europejska zarzuciła nam, że w poprzednich perspektywach kupowano sprzęt, który nigdy nie został rozpakowany, że były budowane obok siebie jednostki o tym samym profilu, że generalnie

było sporo niegospodarności w wydatkowaniu środków publicznych. Tymczasem to, na czym Komisji Europejskiej najbardziej zależy, to jest przejrzystość, jeżeli chodzi o wydatkowanie pieniędzy, oraz racjonalność.

Proszę państwa, problemem było również to, że Komisja Europejska skłaniała się do, powiedziałbym, wstrzeźliwej oceny, jeżeli chodzi o mapy potrzeb zdrowotnych. Z kilku powodów. Po pierwsze, Komisja zauważyła, że informacje, które są gromadzone w mapach potrzeb zdrowotnych, czyli dotyczące epidemiologii, demografii, kadry i infrastruktury, nie przekładają się bezpośrednio na plany inwestycyjne, a więc opinie o celowości czy też decyzje, na co będą wydatkowane środki publiczne zgodnie z projektem. I to była rzeczywiście uwaga, którą traktowaliśmy z całą powagą. Po drugie, Komisja Europejska zauważyła, że samorządy, regiony nie są włączone do projektu map potrzeb zdrowotnych w sposób właściwy, że zaangażowanie regionów, a więc wojewodów, marszałków, regionalnych oddziałów funduszu, w prace nad mapami potrzeb zdrowotnych powinno być większe.

Kolejnym elementem, który ma istotne znaczenie w projekcie, są priorytety regionalnej polityki zdrowotnej. Chodzi o plany strategicznych zmian w poszczególnych zakresach odnośnie do szpitalnictwa, AOS i POZ.

Tak że, proszę państwa, ten projekt był postrzegany, przynajmniej w resorcie, jako projekt wysokiego ryzyka. Mówię „był”, ponieważ w tej chwili, dzięki IOWISZ, czyli Instrumentowi Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, tj. narzędziu, które jest tutaj opisane, a którego podstawą wdrożenia jest ten projekt ustawy, wszelkiego rodzaju zagrożenia zostały zniwelowane. Tak więc IOWISZ wpisuje się w spełnienie tych wszystkich postulatów.

Jak państwo widzicie, Komisja Europejska odebrała wszystkie nasze mapy, zarówno onkologiczne, jak i kardiologiczną, a także te, które były opublikowane 30 kwietnia. W dużej mierze dzięki IOWISZ ten projekt jest pod pełną kontrolą. Zaangażowanie regionów również jest bardzo duże.

Może opowiem państwu trochę o historii i genezie samego IOWISZ, czyli Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Otóż, proszę państwa, pierwszą rzeczą, którą zrobiłem czy zrobiliśmy po przejęciu tego projektu, było zorganizowanie trzech konferencji: na północy Polski dla północnych regionów, dla środkowych regionów i dla regionów południowych Polski. Po prostu pytaliśmy przedstawicieli oddziałów wojewódzkich, wydziałów zdrowia marszał-

kowskich oraz wydziałów zdrowia wojewódzkich, jakie powinny być w tym projekcie, według nich, kryteria podziału środków, żeby odpowiedzieć na postulaty Komisji Europejskiej, żeby zapobiec błędom, które były popełnione wcześniej. I podczas tych trzech konferencji powstała bardzo długa lista postulatów. Następnie został powołany tzw. zespół do spraw translacji map potrzeb zdrowotnych na plany inwestycyjne. Skrótowo nazywaliśmy go zespołem kartografów, bo skoro mapy potrzeb zdrowotnych, to powinni być również kartografowie. To są ludzie, którzy mają ogromną wiedzę, nieliczni specjaliści w Polsce znający się na wskaźnikach jakościowych w ochronie zdrowia. Tak więc to są naprawdę osoby świetnie przygotowane i śmiem twierdzić, że najlepsi ludzie w Polsce do tego typu opracowań. I oni opracowali wszystkie pytania. Zebraliśmy postulaty od regionów i zostały one przedstawione w formie pytań. Tak że te pytania to są kryteria. W formularzu IOWISZ są 34 pytania, na które musi odpowiedzieć najpierw wnioskodawca, a ponieważ ocena jest kaskadowa, to potem trzeba zweryfikować odpowiedzi na pytania. Oczywiście są przydzielane punkty. Każde pytanie ma swoistą wagę. A za całą maszynę stoi odpowiedni wzór. Tak więc pierwsza rzecz to jest przygotowanie przez wnioskodawcę wniosku z użyciem formularza IOWISZ. Czyli tak: ktoś ma pomysł na realizację takiej czy innej inwestycji w danym regionie w sektorze zdrowia, musi więc przygotować wniosek, przydzielić swoje punkty wraz z krótkim uzasadnieniem. Następnie ten wniosek podlega ocenie kaskadowej. Zostaje skierowany do oddziału wojewódzkiego funduszu, co oczywiście podnosi stopień przejrzystości oraz stopień racjonalności stosowania samego narzędzia. Jeżeli oddział funduszu chce zmienić którąkolwiek z punktacji w tych 34 pytaniach, to może to zrobić, np. z 6 na 4 albo z 3 na 5. Nie ma problemu. Ale za każdym razem musi tę punktację, ten punkt, który przydzielił i zmienił, uzasadnić – do 200 znaków. Potem ten dokument jest kierowany do wojewody. Wojewoda może zmienić punktację, którą przydzielił wnioskodawca bądź oddział, ale też musi to uzasadnić. Wcześniej w tym projekcie był jeszcze etap jeden – ocena marszałków, wydziałów zdrowia. Kiedy jednak stało to na posiedzeniu Rady Ministrów, uznano, że w przypadku marszałków zachodzi istotny konflikt interesów pod tym względem. Rzeczywiście marszałkowie, którzy mają dużo szpitali, mogliby de facto preferować te swoje, a – teoretycznie – dyskryminować pozostałe. W związku z tym wydaje mi się, że słusznie zostali oni wykluczeni z dokonywania kaskadowej oceny. Zresztą na początku, kiedy jeszcze byli uwzględnieni w projekcie, były liczne protesty z ich strony i ze strony wydziałów zdrowia marszałkowskich. Oni nie chcieli uczestniczyć w tym procesie. Co prawda potem, kiedy zostali z niego wyłączeni, pojawiły się odwrotne postulaty, ale to już zupełnie inna historia. Wydaje mi się, że rozstrzygnięcie przyjęte przez rząd jest jak najbardziej zasadne.

Proszę państwa, jeszcze kilka słów o samym IOWISZ, o kryteriach, które tam są...

(Głos z sali: Przepraszam, Panie Ministrze, powiedział pan, że wojewoda...)

Wojewoda wydaje opinię o celowości, a więc jest to decyzja o tym, że inwestycja będzie realizowana.

(Głos z sali: I koniec procesu oceny?)

Koniec.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Może być odwołanie do ministra zdrowia.

Proszę państwa, chcę jeszcze powiedzieć o kryteriach. Otóż po pierwsze, IOWISZ konsumuje informacje z map potrzeb zdrowotnych. Tak więc jeżeli coś jest na mapie, to stosuje się wiele kryteriów oceny pod kątem informacji, które znajdują się na mapach. Po drugie, inwestycja musi się wpisywać w priorytety regionalnej polityki zdrowotnej. To kryterium jest zero-jedynkowe – albo coś wpisuje się w priorytety, albo nie. Jeśli nie, to nie ma co dalej wypełniać formularza IOWISZ. Kryteria w IOWISZ konsumują więc informacje z map i z priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej. Oprócz tego są pytania, które wpisują się w priorytety Komisji Europejskiej, takie jak opieka długoterminowa, opieka środowiskowa czyli ta blisko pacjenta. Jest też zestaw pytań... Część pytań wpisuje się w politykę zdrowotną Ministerstwa Zdrowia, w priorytety ministra zdrowia. I wreszcie jest grupa pytań, które działają bardzo silnie – pytania trzydzieste pierwsze, trzydzieste drugie i trzydzieste trzecie – wpisujących się w program rozwoju gospodarki państwa, a więc w plan Morawieckiego. Czyli pieniądze, które są zapisane w projekcie, mają zadziałać na rzecz wypełnienia priorytetów Komisji Europejskiej, wypełnienia priorytetów Ministerstwa Zdrowia oraz wypełnienia priorytetów Ministerstwa Rozwoju.

Teraz, jak działa IOWISZ? IOWISZ działa, proszę państwa, przede wszystkim jako bariera wejścia, jeśli chodzi o aplikowanie o środki publiczne. Jeśli ktoś zderzy swój pomysł z IOWISZ, uzyska 13 tysięcy 500 punktów bądź więcej, to ma szansę... Bo sprawa nie jest jeszcze przesądzona, to nie jest narzędzie, które zastępuje podejmowanie decyzji przez wojewodę. To jest narzędzie wsparcia decyzyjnego. Jak mówię, IOWISZ jest jakby barierą wejścia. Tak więc jeśli ktoś uzyska 13 tysięcy 500 punktów bądź więcej, to przechodzi do dalszej oceny. Jeśli nie...

(Głos z sali: Czy można na bieżąco zadawać takie...)

Nie ma problemu.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Senator Waldemar Sługocki:

Już mówię do mikrofonu. Bardzo przepraszam.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Waldemar Sługocki, senator RP.

(Głos z sali: Wszyscy go znają.)

Tak, wszyscy mnie znają, jak pan senator podpowiada.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jasne.

Panie Ministrze, 13 tysięcy 500 punktów to jest ogromna liczba. To ile jest pytań i jaki jest maksymalny... Rozumiem, że liczba możliwych do zdobycia punktów w różnych pytaniach jest zróżnicowana, ale liczba możliwych do zdobycia punktów, które predestynują projekt do dalszego ewentualnie aplikowania o środki publiczne, jest przeogromna – 13 tysięcy 500 punktów. Przeogromna. Dziękuję bardzo.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Krzysztof Łanda:**

To jest pytanie szczegółowe, tak więc pozwolę sobie jednak skończyć *big picture*, czyli ogólny ogląd, a potem wrócić do tego pytania.

Proszę państwa, jak działa jak bariera? Jeżeli projekt nie uzyska minimalnej liczby punktów, to po prostu nie można dalej kierować wniosku. Potem to wszystko podlega ocenie kaskadowej. Proszę państwa, moim zdaniem to narzędzie ma znacznie ważniejszą funkcję niż bariera wejścia. Otóż to narzędzie jest pomyślane jako narzędzie teleinformatyczne, a więc będzie odpowiednia strona internetowa. Program już jest napisany przez CSIOZ. I teraz, proszę państwa, jeśli ktoś będzie miał jakiś dobry pomysł, ale będzie się obawiał, że ma marne szanse na uzyskanie środków finansowych, że pewnie nic z tego nie będzie i z tego powodu nie będzie chciał składać wniosku, to właśnie będzie mógł wejść na stronę internetową, wpisać, nawet pobieżnie, punktację i zobaczyć, ile punktów może uzyskać. Jeżeli ktoś będzie miał dobry pomysł, który się wpisuje w plany strategiczne Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rozwoju oraz postulaty Komisji Europejskiej, to będzie mógł wejść na stronę internetową i zobaczyć, ile punktów uzyska. Kiedy zobaczy, że jest ich znacznie powyżej 14 tysięcy, to się zachęci, ogromnie zachęci do złożenia wniosku. Tak więc kiedy zobaczy, że jego szanse na uzyskanie środków finansowych są duże, to będzie o nie wnioskował.

Oprócz tego – kończę już wypowiedź dotyczącą całościowego oglądu sytuacji, proszę państwa – IOWISZ zgodnie z wolą pana ministra ma być używany nie tylko do inwestycji finansowanych ze środków unijnych, lecz także do wszystkich inwestycji w sektorze zdrowia, żeby po prostu uniknąć błędów, które do tej pory w naszym systemie się zdarzały.

Wracam teraz do pytania. Proszę państwa, większość pytań, praktycznie każde – może nie każde, są wyjątki – ma punktację od 0 do 10. Wzór przewiduje łączenie wartości sumarycznych, a następnie przemnażanie ich w pewnych zbiorach. Dlatego te liczby są tak duże. Skąd się wzięła minimalna liczba? Minimalna wzięła się stąd, że wpisaliśmy ponad 70 tzw. fiszek projektowych zebranych z całej Polski, z projektów już zrealizowanych bądź tych, które mają być realizowane. I na tej podstawie sprawdziliśmy praktycznie jak ten wzór działa. Tak że dzięki temu możemy podać minimalną liczbę. Maksymalna to jest... Ile?

(*Głos z sali*: 89 tysięcy.)

89 tysięcy to jest maksymalna liczba.

Przypominam państwu, że nad tym projektem wciąż toczy się debata. Jeżeli ktoś chce zgłosić racjonalne uwagi, to bardzo proszę. Tylko przypominam, że nie jest łatwo opracować tego typu pytania, bo one działają jak wskaźniki, a wskaźniki nie jest tak prosto opracować. Tam jest również instrukcja, tzn. przy każdym pytaniu jest instrukcja, jak należy rozumieć dane pytanie. Proszę państwa, wcale nie jest łatwo przygotować odpowiednią punktację i połączyć te wskaźniki w odpowiednie zbiory. I nie jest proste stworzenie wzoru, który działa w sposób zbilansowany, jeżeli

chodzi o wnioski inwestycyjne. Oczywiście przyjmujemy racjonalne uwagi. Jeżeli ktoś rzeczywiście zagłębił się w pytania, przegryzł się przez pewne pytania i przez wzór, i ma uwagi, to nie ma problemu, żeby je zgłosił. Będzie rozporządzenie, ono jest w konsultacjach wewnętrznych, zewnętrznych. Tak że nie będzie żadnego problemu, żeby zgłosić swoje uwagi. Konsultacje w sprawie rozporządzenia potrważają do...

(*Głos z sali*: ...jedenastego.)

...11 sierpnia. Tak że można zgłosić uwagi. Ale proszę jeszcze raz, żeby one były rzeczywiście przemyślane, jeżeli ktoś będzie je zgłaszał. Bo propozycja, która tutaj jest, naprawdę jest bardzo dobrze przemyślana i sprawdzona, jak mówię, na licznych przykładach realnych fiszek. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz przystąpimy do zdawania pytań przez państwa senatorów.

Pani Senator, proszę bardzo.

Senator Jadwiga Rotnicka:

Jadwiga Rotnicka.

Szanowny Panie Ministrze!

Krótkie pytanie. W tej ocenie kaskadowej, jak pan powiedział, decyzje o celowości danej inwestycji wydaje wojewoda. Czy to jest równoznaczne z tym, że to się znajdzie na mapie potrzeb i będzie realizowane? Czy to znaczy, że dopiero można wystąpić o fundusze? Jak to należy traktować?

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Krzysztof Łanda:**

Inaczej, mapy są zupełnie czymś innym. Mapy są zgromadzeniem informacji epidemiologicznych, demograficznych, kadrowych i infrastrukturalnych. To jest po prostu model, który ma odzwierciedlać rzeczywistość, prawda? Chodzi o same mapy. Żeby to było jasne. One jeszcze przez poprzedni rząd zostały zaprojektowane w taki sposób: wiadomo, że na początku poziom szumu będzie wysoki, bo pierwsze dane są przekazywane przez świadczących w sposób niezbyt precyzyjny, oni dopiero muszą się nauczyć, że to jest ważne narzędzie. Poziom szumu maleje wraz z kolejnymi interakcjami. Jeżeli ktoś sobie wyobraża, że mapy potrzeb zdrowotnych oddadzą w pełni rzeczywistość, to się myli, bo żaden model nigdy nie odda rzeczywistości w 100 procentach, zawsze będą jakieś różnice. W rzeczywistości coś się zmieni, a na mapach jeszcze tego nie będzie.

Pytanie było inne. Przede wszystkim, wojewoda nie wydaje decyzji, tylko opinię o celowości inwestycji. Od tej opinii jest możliwość odwołania.

(*Senator Jadwiga Rotnicka*: Ale powiedzmy, że jest opinia pozytywna. Co to oznacza?)

W większości przypadków, że takie inwestycje będą realizowane, chyba że ktoś się odwoła.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Odpowiedz? Chcesz odpowiedzieć? To bardzo proszę. Pan dyrektor Jakub Adamski.

**Zastępca Dyrektora
Departamentu Analiz i Strategii
w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Adamski:**

Jeżeli można, może uzupełnię tę odpowiedź.

Jakub Adamski, Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia.

Jeżeli chodzi o środki europejskie, to uzyskanie pozytywnej opinii będzie kryterium formalnym do uzyskania możliwości przystąpienia do konkursu. W przypadku innych środków opinia będzie wykorzystywana do stwierdzenia, że finansowanie jest zasadne, jednakże w tej chwili nie jest wskazany obowiązek jej uzyskania na etapie składania wniosków. Czyli uzyskanie samej opinii nie przesądzi o tym, że środki będą przyznane, jednakże na pewno będzie to pozytywnie oceniane. Jeżeli chodzi o środki inwestycyjne...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

W wypadku środków europejskich – tak, w wypadku innych środków w tym kierunku będziemy zmierzali. Jednakże obecnie na tym etapie jeszcze nie jesteśmy. Opinia znajdzie jednak zastosowanie, m.in. na etapie konkursów czy zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, albo ewentualnie później, kiedy system będzie modyfikowany. Będą przydzielane dodatkowe punkty na podstawie pozytywnej opinii w zakresie prowadzonych inwestycji.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Czarnobaj się zgłaszał.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Ministrze, pan dyrektor częściowo odpowiedział, ale jeszcze do tego wracam: opinia a decyzja. Rozumiem, że w sytuacji ubiegania się o środki unijne sprawa jest prosta. Negatywna opinia – nie startuję w konkursie. A co, jeśli chodzi o środki krajowe? Założmy, że jest opinia, która niekoniecznie obliguje... Czy mówimy tutaj o staraniu się tylko o środki inwestycyjne, czy w przyszłości również o środki publiczne na funkcjonowanie? To jest pierwsze pytanie. Bo to są dwie rzeczy powiązane...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Raczej nie można czy raczej nie powinno się tego, Panie Ministrze i Panie Dyrektorze, rozdzielać? Czyli dajemy komuś pozytywną opinię, okej, inwestuj...

I jeszcze pytanie z tym związane. Dlaczego państwo nie wprowadzacie... Uważam, że dobrze, żeby inwestor na początku wiedział, czy ma szansę, czy to, co on zamierza zrobić, to jest pożądana inwestycja, czy nie. Wiele lat się na to czeka w zakresie inwestycji w ochronie zdrowia. Tak że to tyle pytań. Pozostałe będą później.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Krzysztof Łanda:**

Jeżeli chodzi o drugą część pytania, to właśnie taka jest funkcja IOWISZ. Dzięki temu, że on będzie dostępny na stronie internetowej, ci, którzy myśleli, że mają pewne uwarunkowania i dostaną pieniądze, będą mogli się sprawdzić, tak żeby się nie pomylić na wypadek, gdyby się okazało, że inwestycja nie wpisuje się ani w priorytety Unii, ani w politykę zdrowotną, ani politykę rozwojową. Niektórych to zniechęci. Może będą sobie włosy z głowy wyrwać, ale mnie to specjalnie nie interesuje, bo albo mamy dobry pomysł na dobrą inwestycję, która pomoże służbie zdrowia i gospodarce polskiej, albo nie i w takim wypadku inwestycja nie powinno być realizowana. A z drugiej strony, jeżeli ktoś ma dobry pomysł, a nie wiedział, jakie są szanse na jego realizację, będzie mógł to sprawdzić. I jeżeli dostanie wysoką punktację, to będzie wiedział, że ma szansę na uzyskanie, po pierwsze, środków inwestycyjnych, po drugie, jak sądzę, potem również środków finansowych na działalność.

Ale pan dyrektor...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Ministrze, okej. Rozumiem, co pan minister mówi, tylko nie proszę o ocenę w sensie zabarwienia ujemnego lub dodatniego. Mnie chodzi o prostą rzecz. Składam... Inaczej powiem. Przymierzam się do inwestycji ze środków krajowych. Dostałem negatywną... Znaczy jeszcze inaczej powiem. Wyświetliłem sobie informację, że prawdopodobnie dostanę negatywną opinię, ale mimo to brnę dalej, bo jestem przekonany, że to jest jednak dobry pomysł. I chodzi o to, żeby tak jak w wypadku opinii w odniesieniu do wniosku o środki unijne, kiedy mówi się: okej, możesz startować, ale nie o środki unijne, również tu dać prostą odpowiedź: nie będziesz miał możliwości korzystania ze środków publicznych.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Krzysztof Łanda:**

Jeśli chodzi o środki krajowe, to nie jest to możliwe. Gdybyśmy wprowadzili zakaz, byłoby to niezgodne z prawem unijnym. Jeśli ktoś chce zainwestować, może to zrobić, każdy inwestor – prywatny i publiczny. Może wystąpić dzisiaj... To wszystko działa na miękko. Każdy może wystąpić o opinię o celowości, ale nie musi. A jeśli nie wystąpi albo gdzieś tam coś sprawdził i chce ją realizować, to po prostu naraża się na ryzyko, że nie uzyska środków finansowych na działalność.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Na działalność.

(Głos z sali: A inwestycyjne?)

Na inwestycje na pewno nie uzyska albo prawie na pewno. Nie uzyska na finansowanie...

Pan dyrektor jeszcze chce uzupełnić.

**Zastępca Dyrektora
Departamentu Analiz i Strategii
w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Adamski:**

Znaczący jeżeli chodzi o finansowanie rzeczywistej działalności, to jest kwestia tego, w jakim stopniu opinia o celowości inwestycji będzie uznawana w konkursach organizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tu są prace nad...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...Tudzież innego płatnika. Mówimy jednak zgodnie z obecnym stanem prawnym, a więc o Narodowym Funduszu Zdrowia. Jeśli podmiot startujący do konkursu będzie miał pozytywną opinię, to jego szanse na uzyskanie finansowania będą większe ze względu na uzyskaną punktację. Tak więc mówimy tutaj o instrumencie miękkim, którego oddziaływanie ma realne konsekwencje na przyszłość.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Ślugocki. Proszę.

Senator Waldemar Ślugocki:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo! Panie Ministrze!

Ideę rozumiem. Absolutnie idea jest taka, żeby efektywnie wydatkować publiczne pieniądze, w tym europejskie, żeby przeznaczać je na takie sfery opieki zdrowotnej, które dają jak największą efektywność z punktu widzenia biorców tych usług, czyli nas obywateli. Rozumiem, oczywiście, cel systemu IOWISZ, który pan prezentował. Ale nie do końca rozumiem, Panie Ministrze, i jak mniemam, jest to decyzja polityczna, wyłączenie marszałków z procesu oceny wniosków. Jednak samorząd województwa prowadzi ważną działalność, nie tylko w odniesieniu do szpitali wojewódzkich, lecz także redystrybucji pieniędzy europejskich. Czy tę procedurę państwo w jakikolwiek sposób przedyskutowali? Jak wiemy, to także Komisja Europejska zasugerowała, żeby w ramach Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko” został utworzony podkomitet zajmujący się redystrybucją środków europejskich. Na czele tego podkomitetu stoi minister właściwy do spraw zdrowia, czyli dzisiaj personalnie pan minister Radziwiłł. Absolutnie słuszna jest idea, żeby mieć kompleksową wiedzę, w jakich obszarach inwestujemy pieniądze, aby nie dochodziło do takich sytuacji, o których pan mówił. Chociaż z tymi przykładami ja się do końca nie zgadzam. Nie chodziło o to, że sprzęt był niewypakowany, lecz o to, że w ogóle nie było na niego zapotrzebowania.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale to są niuanse. O tym nie chcę dyskutować, bo są pewnie różne przykłady.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wiem, że to samo mówicie. Ale ja nakreśliłam, Panowie, pewien kontekst. Nie rozumiem, dlaczego Rada Ministrów czy Komitet Stały Rady Ministrów – bo nie wiem, na którym poziomie marszałkowie zostali z tej procedury wyłączeni – tak zdecydował, skoro marszałkowie zgodnie z ustawą z 5 czerwca 1998 r. jakieś działania w tym zakresie podejmują. Tak więc myślę, że byłaby pożądana pewna ocena wydana przez marszałków, zanim to zrobi wojewoda, jeżeli mówimy o Polsce samorządnej. Chyba że nie. Ale jak rozumiem, do 11 sierpnia dopuszczacie państwo także wyrażenie opinii w konsultacjach społecznych. Ja pozwolę sobie skierować do pana ministra stanowisko w tej sprawie. W ramach konsultacji społecznych wyrażę na piśmie swoją opinię.

Jak rozumiem, Panie Ministrze, w zależności od tego, jaki jest typ beneficjenta – teraz mówię o środkach europejskich – jeżeli otrzymuje on mniej niż 13 tysięcy 500 punktów, to nie aplikuje o środki, np. w ramach regionalnego programu operacyjnego województwa X, Y, Z, jednego z 16. Oczywiście jeśli jest beneficjentem. A może aplikować o inne środki? O żadne środki publiczne nie może aplikować? Dobrze zrozumiałem, tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Może? O krajowe może?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No to widzę tutaj pewną niekonsekwencję, nielogiczność, bo...

Przepraszam, prowadziłem tutaj wewnętrzną dyskusję z panem profesorem na nieco inny temat.

Skoro może aplikować, to tym bardziej nie rozumiem, Panie Dyrektorze. Środki europejskie i krajowe także są środkami publicznymi. Dlaczego więc z jednego źródła, z jednego portfela nie można skorzystać, a z drugiego można? Będę jeszcze kontynuował, ale może dopiero po tym, jak pan dyrektor odpowie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

**Zastępca Dyrektora
Departamentu Analiz i Strategii
w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Adamski:**

Jeżeli mogę... Jeśli będzie za dużo pytań naraz, to jeszcze się pogubię.

Jeżeli chodzi o marszałków, to dwa argumenty przesądziły o tym, że oni przestali być brani pod uwagę w procesie opiniowania. Po pierwsze, najzwyczajniej w świecie oni są podmiotami tworzącymi dla części szpitali, tak więc powstaje pewien konflikt interesów podczas opiniowania. Po drugie, jak słusznie zauważono, oni i tak dokonują redystrybucji środków, tak więc zasadniczo później i tak wyrażają opinię. Nie było większego uzasadnienia, żeby w tym samym procesie de facto wyrażali ją dwa razy.

Jeżeli chodzi o środki krajowe, to ministerstwo od początku jasno wyraża stanowisko, wskazał to pan minister, że docelowo ten mechanizm ma być stosowany do innych środków. Niestety, ze względu na narzucone nam ramy czasowe, wynikające z momentu rozpoczęcia prac i związane z terminem wejścia ustawy w życie, i ponieważ opinie o celowości inwestycji są wydawane od 30 czerwca, de facto zgodnie z przepisami z 2014 r., które wtedy weszły w życie, mogliśmy dokonywać najpilniejszych zmian. Chodzi o te, których trzeba było dokonać natychmiast. Ale to będzie podlegało rozszerzeniu.

(*Senator Waldemar Ślugocki: Rozmawialiście państwo w Komitecie Monitorującym o tych przepisach, czy w ogóle nie stało to...*)

Tak, jak najbardziej. Przede wszystkim, marszałkowie brali udział w tworzeniu samego instrumentu, tak jak wspominał pan minister, w trakcie poszczególnych konferencji. Projekt był dyskutowany również w komisji wspólnej. Był też przedstawiany w komitecie sterującym. Tak więc to nie jest coś, co zostało wprowadzone w oderwaniu od marszałków, tak żeby oni nie mieli możliwości prowadzenia konsultacji czy dyskusji.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Waldemar Ślugocki: Jaka była opinia samorządu?*)

Odnosnie do czego?

(*Senator Waldemar Ślugocki: Odnosnie do wyłączenia marszałków. A może oni jeszcze nie wiedzą o tym, że zostali wyłączeni...*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Już mówię.

(*Senator Waldemar Ślugocki: ...Do 11 września...*)

Nie, nie. Sekundkę. Konsultacje trwają. Rozporządzenie jest konsultowane. Wyłączenie jest w ustawie, czyli w tym, co mamy tutaj. Do 11 sierpnia będą trwały konsultacje w sprawie rozporządzenia. To są konsultacje dotyczące pytań, algorytmu czy prognozy punktowej. Jeżeli chodzi o wyłączenie marszałków, tak jak pan minister już wcześniej powiedział, to kiedy za pierwszym razem zostali oni zaproszeni do dokonywania opinii, ich stanowisko było jednoznacznie negatywne, stwierdzili, że nie chcą tego robić, że dla nich to są dodatkowe obowiązki. A gdy zostali, zgodnie z ich wolą, wykluczeni z tego projektu, nagle pojawiły się wątpliwości, deklaracje, że może jednak warto wziąć w nim udział.

Senator Waldemar Ślugocki:

Jeśli mogę, Panie Przewodniczący, ostatnie zdanie, bo wiem, że jest jeszcze wiele innych ważnych pytań.

Niespecjalnie chcę nawet znać zdanie jednostek samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego i marszałków. Skoro jest konflikt interesów, jak powiedział pan dyrektor – i ma rację, absolutnie się z nim zgadzam, ponieważ są przypadki, w których samorząd województwa jest stroną, np. jeśli chodzi o szpitale wojewódzkie – to czy nie byłoby lepiej, Panie Ministrze, wyłączać samorząd województwa z dokonywania oceny tylko w tych przypadkach, w których ocenialiby oni własne projekty? Partycypowaliby tylko w procesie oceny tych projektów, dla których organem prowadzącym nie jest samorząd województwa na przykład...

Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia Jakub Adamski:

Problem polega na tym, że konflikt interesów może się przejawiać w dwóch postaciach: kiedy ocenia się własne jednostki i kiedy się ocenia konkurencję.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Waldemar Ślugocki: No ale...*)

Z tej perspektywy mówimy o wszystkich podmiotach, które startują, że tak powiem kolokwialnie, do Narodowego Funduszu Zdrowia po te same środki. Jeżeli ktoś ma opiniować podmioty, które są konkurencją dla jego podmiotów, to nadal mamy sytuację konfliktową.

Senator Waldemar Ślugocki:

Panie Dyrektorze, ale taki konflikt interesów jest...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Senatorze, pan zdominował w tej chwili komisję. Dajmy szansę też innym senatorom.

(*Senator Waldemar Ślugocki: Ostatnie zdanie, bo to jest ważny wątek, tak myślę.*)

Ostatnie. Okej.

Senator Waldemar Ślugocki:

Taki konflikt interesów jest także w przypadku rządu, bo minister zdrowia jest organem prowadzącym dla wielu szpitali w Polsce, tak?

Ale chcę powiedzieć co innego, Panie Ministrze... Panie Ministrze i Panie Dyrektorze, bo to pan dyrektor mi odpowiadał na pytanie.

(*Rozmowy na sali*)

Już mogę? Chciałbym, żeby pan usłyszał.

Znaczy to, o czym pan mówi, to jest trochę hipokryzja, Panie Ministrze i Panie Dyrektorze, przede wszystkim, dlatego że samorząd województwa i tak partycypuje w ocenie, chociażby w przypadku redystrybucji środków europejskich w ramach regionalnych programów operacyjnych. Czyli tutaj pan widzi jakieś zagrożenie i nie buduje pan żadnej antytezy dla tego rozwiązania, a widzi je pan w przypadku oceny, która jest tylko de facto formalna, dopuszczająca, ale nie ostateczna. Przecież dopiero w tym drugim etapie samorząd województwa zdecyduje i marszałek podpisze – albo nie – umowę o finansowanie danego przedsięwzięcia w tym zakresie. Chyba się pan ze mną zgadza, Panie Dyrektorze?

Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia Jakub Adamski:

Panie Senatorze, mam pełną świadomość tego, że tak wygląda sytuacja. To jest sytuacja zastana, z którą po prostu musimy sobie radzić, ale to jest kwestia drugorzędna. Skoro marszałkowie i tak wydają te środki, to opiniowanie

na wcześniejszym etapie tak naprawdę nie jest tutaj argumentem. Tak jak mówię, różne czynniki były brane pod uwagę, stąd na początku było podejście polegające na tym, żeby zaprosić marszałków do współpracy, ale ta propozycja spotkała się pierwotnie z ich niechęcią, wzięwszy pod uwagę inne argumenty, jeżeli chodzi o kwestie opiniowania. Decyzja została podjęta, marszałkowie zostali wyłączeni z tego procesu.

(*Senator Waldemar Ślugocki: Dziękuję bardzo.*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Teraz pan senator Wojtyła. Proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, przeczytałem dokładnie druki sejmowe i druk senacki oraz stenogram z dyskusji sejmowej i chciałbym, żeby pan potwierdził, bo ja to tak zrozumiałem, że to jest próba nie całościowego, lecz fragmentarycznego uporządkowania podaży i świadczeń zdrowotnych, czyli części podażowej. Bo służba zdrowia to jest rynek paramonopolistyczny. Z wielu względów. I to pokazuje, że podaż indukuje popyt. Tam gdzie jest więcej lekarzy... Był taki przypadek w latach osiemdziesiątych w Londynie. Wyszkolono zbyt wielu chirurgów dziecięcych i 85% dzieci do osiemnastego roku życia nie miało wyrostków. To jest prosty przykład tego, że podaż indukuje popyt. Jeżeli chodzi o kadre, myśmy akurat nieco uporządkowali rynek, chociaż ostatnio troszeczkę go zepsuto. Uporządkowaliśmy poprzez wprowadzenie rezydentury, ale to się zmieniło i wszystkie rezydentury, które nie zostaną wykorzystane, i tak zamienia się na specjalizacje, ale nie zawsze potrzebne. Za parę lat okulistyka i dermatologia też okażą się niepotrzebne, tych usług będzie bardzo dużo.

Ale do rzeczy. Zrozumiałem, że w innych krajach jest coś takiego jak certyfikat potrzeb. W Stanach Zjednoczonych nawet prywatna inwestycja, sprzęt diagnostyczny powyżej miliona dolarów nie może być zainstalowany, jeżeli nie otrzyma od władz stanowych certyfikatu potrzeb. Każdy sprzęt, który znajdzie się na rynku – czy prywatnym, czy publicznym, generuje dodatkowe usługi. I to nie jest taki rynek jak w przypadku produkcji jabłek. Jabłka, kiedy obrodzą, to są tańsze. A jeżeli jest więcej placówek ochrony zdrowia, to wówczas udziela się więcej świadczeń, ale one wcale nie tanieją, a czasami są droższe. I to się nazywa w organizacji ochrony zdrowia tzw. reguła sztywności cen. Są i inne reguły w ekonomii ochrony zdrowia, jak reguła maksymalnego wykorzystania dostępnych zasobów. Jest tzw. prawo Romera, zgodnie z którym każde łóżko wybudowane jest łóżkiem obłożonym. Czy będzie tysiąc łóżek w danym powiecie, czy będzie ich 200, to one zawsze będą pełne, a czasami wskaźniki zdrowotne tam, gdzie jest więcej łóżek, będą gorsze, bo są zakażenia wewnątrzszpitalne. I jest również zasada maksymalizacji zysku świadczeniodawcy. Zawsze świadczeniodawca będzie dążył do maksymalnego zysku.

Dotychczas kompletnie nie regulowaliśmy podaży. Mówimy tu tylko o środkach unijnych czy nawet budżetowych. Ale każda inwestycja powinna być, Panie Ministrze, regulowana i myślę, że to jest wstęp do tego, żeby wreszcie ten rynek uregulować.

Proszę państwa, takiej sytuacji, jaka jest chwili, nie wytrzymamy finansowo. Nie wytrzymamy finansowo, jeżeli każdy szpital powiatowy będziemy przerabiać na szpital kliniczny. A w tej chwili prawie tak jest. Jest chora konkurencja między szpitalami, a efektywność nie jest dobra.

Panie Ministrze, czy dobrze rozumiem, że idziemy w tym kierunku? I czy to dotyczy, czy będzie... Pan mówił tylko o inwestycjach. Kiedy wczytuję się w te dokumenty, to widzę, że to są raczej inwestycje z różnych środków publicznych, czyli unijnych. A Unia nas pouczyła, chociaż my to wiedzieliśmy od dawna, że podaż...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, już w 1993 r. próbowałem regulować podaż poprzez mapy, ale wtedy była taka sytuacja, że np. na Śląsku trzeba by zamknąć 3/4 szpitali. Sośnierz, który był wtedy lekarzem wojewódzkim, częściowo to zrobił, polikwidował prawie połowę szpitali przy hutach i kopalniach. Czy o to chodzi? Potem możemy rozmawiać o tym, o czym rozmawiamy, czyli o technicznych narzędziach, jak realizować ten cel. Bo ja rozumiem, że pan w tej chwili reguluje podaż nowych inwestycji. Ale co, jeżeli ktoś ma pieniądze i chce je za nie zbudować prywatną inwestycję?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

I proszę o troszkę krótsze pytania, dobrze?

(*Głos z sali: No właśnie tego się nie reguluje.*)

Dziękuję, Panie Senatorze.

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Proszę państwa, żeby zagrać melodię, to trzeba użyć kilku klawiszy, a nie jednego. A mapy potrzeb zdrowotnych razem z IOWISZ-em to jest tylko jeden klawisz. Ta ekipa świetnie rozumie mechanizmy i zna narzędzia regulacji po stronie popytowej i po stronie podażowej. Proszę państwa, pracujemy równocześnie nad wszystkimi istotnymi narzędziami wpływu. Otóż pracujemy nad kosztykiem oraz wymaganiami jakościowymi, które będą musieli spełnić świadczeniodawcy, żeby uzyskać finansowanie. Pracujemy nad taryfami z wydzieleniem kosztów stałych i bez nich. Zmieniamy sposoby finansowania. Pracujemy również nad sieciami, usieciowieniem zakresów i problemów zdrowotnych. Pracujemy nad wielkością środków finansowych w systemie. Widzicie państwo, jakie są plany pod tym względem, nie będę teraz w to wchodził. To się łączy, oczywiście, również z limitami. Pracujemy też nad kryteriami kwalifikacji do wykonywania takich czy innych świadczeń. I oprócz tego pracujemy nad mapami.

Teraz, proszę państwa, jeśli chodzi o budowanie nowej infrastruktury, to problem polega na tym, że możemy uregulować to, w jaki sposób są dzielone pieniądze unijne bądź w jaki sposób dzielone są pieniądze publiczne, ale, proszę państwa, zgodnie z obowiązującym prawem – ja nie wiem, jak jest w Stanach Zjednoczonych pod tym względem – w Europie, jeżeli ktoś ma swoje pieniądze i chce zbudować szpital, to obawiam się, że nikt mu tego nie zabroni.

(Głos z sali: W Niemczech – tak.)

(Głos z sali: W Niemczech zabroni.)

Nie sądzę.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie sądzę, żeby w Niemczech można było tego zabronić. Co najwyżej można powiedzieć, że ta osoba nie dostanie dofinansowania.

(Głos z sali: To znaczy nie dostanie finansowania publicznego.)

O tym mówię. Ale nikt nie zabroni zbudować szpitala, jeżeli ktoś inny ma na to ochotę. Podobnie jest, proszę państwa, w Polsce. My nie możemy iść zbyt daleko z tymi regulacjami. Pamiętajmy też o perspektywie czasowej. IOWISZ był opracowywany nie w komforcie wieloletnim. To był projekt realizowany w horrendalnie krótkim czasie, kiedy, jak mówię, przejęliśmy projekt map i z projektu wysokiego ryzyka trzeba było zrobić projekt o niskim ryzyku. Dzięki IOWISZ to się udało.

I teraz, proszę państwa, jeżeli chodzi o mapy, regulujemy na razie w sposób twardy: jeśli nie spełnisz pewnego minimum, nie będzie mógł złożyć wniosku inwestycyjnego. Jeśli spełnisz, to możesz złożyć wniosek. Oczywiście, nie przesądza to o sukcesie, ale mówi ci, jakie masz szanse na uzyskanie środków.

A jeśli chodzi o środki krajowe, to jeszcze raz przypominam, że to jest projekt realizowany w trybie pilnym po to, proszę państwa, żeby de facto zgodnie z ustawą wszyscy mogli składać wnioski od 1 lipca, już teraz. One będą, oczywiście, zgodnie z tą ustawą unieważnione. Ci, którzy złożyli je w tej chwili, będą musieli się zmierzyć z IOWISZ i złożyć wnioski jeszcze raz. Ale musieliśmy to narzędzie udostępnić wszystkim w Polsce jak najszybciej. Przepraszam, udało się to dopiero teraz. Mamy sierpień, początek sierpnia. Nie mogliśmy jednak tego zrobić wcześniej. To i tak jest szybkie tempo. I na razie to działa na twardo, jeśli chodzi o środki unijne, natomiast na miękko, jeśli chodzi o środki krajowe. Mam nadzieję, że wkrótce to się zmieni, a państwo pomożecie nam w tej zmianie. W tej chwili jest, jak jest. Musimy to narzędzie wprowadzić szybko w odniesieniu do środków unijnych i na miękko, jak mówię, odnośnie do środków krajowych. Nic innego nie byliśmy w stanie zrobić w krótszym terminie. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz pan senator Grodzki. Proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie i Pani Senatorowie!

Trochę będzie to kontynuacja wypowiedzi pana senatora Wojtyły. Zgadzam się całkowicie, że narzędzie regulacji jest potrzebne każdemu rządzącemu. Teza natomiast, że do tej pory był chaos, a teraz będziemy to porządkować, jest fałszywa. Mam doświadczenie 18 lat dyrektorowania i powiem państwu, że kiedyś to się nazywało „komitety sterujące”, „inwestycje kluczowe”, „projekty priorytetowe” itd. I regulacje zawsze były istotną zmianą. W tej chwili jest przesuwanie ciężaru z marszałka na wojewodę. Ale przypominam, że marszałkowie są, jak pan minister był uprzejmy powiedzieć, właścicielami ogromnej liczby szpitali. Tak więc wyłączenie tychże właścicieli z procesu, o którym mówimy, to jest trochę tak, jakby gospodarzowi domu dyktować, że ma kupić lodówkę zamiast pralki, chociaż on akurat potrzebuje pralki. To była pierwsza uwaga.

Teraz druga uwaga. Grzechem pierworodnym tego projektu jest założenie, i cieszę się, że pan minister go nie podziela, że mapy są idealne. Tymczasem one takie nie są. Pierwsze ich wersje są, że tak powiem, ogólnikowe. Dlatego opieranie się tylko na mapach potrzeb zdrowotnych jest, moim zdaniem, ryzykowne.

Trzecia uwaga. W Senacie Rzeczypospolitej przez całą jesień likwidowaliśmy wszelkie konkursy i kryteria wyborów prezesów czy nie prezesów. Teraz raptem rozbudowujemy kilkupiętrowy konkurs, który ma służyć wypracowaniu optymalnego modelu. Jedno z drugim stoi w sprzeczności. Dziwię się, że zostały z tego wyłączone centra urazowe, bo w obecnej strukturze NFZ one są zazwyczaj niedochodowe, tymczasem ich uruchomienie kosztuje gigantyczne pieniądze, dużo większe niż uruchomienie SOR.

Czwarta uwaga. To jest pytanie. Jaka jest waga głosu NFZ? Usiłuję otworzyć formularz IOWISZ, ale jakoś mi się nie udaje. Do tej pory były komitety, punktacje – wysokie punktacje, niskie punktacje – a potem NFZ powiedział, że nie da pieniędzy i było po zawodach. Jeżeli więc NFZ nadal będzie miał takie znaczenie, to skończy się tym, że i tak decyzję administracyjną będzie wydawał wojewoda – tyle że nie marszałek – i ten rozbudowany system oceny będzie sporo kosztował. W ustawie są zapisane nie takie znowu małe koszty roczne, bo to są dodatkowe etaty, a efekt finalny będzie taki, jak dotychczas. Chciałbym, żeby pan minister był tego świadom. A to, że kupowano sprzęt i go nie rozpakowywano, nie wynika z tego, że chorzy obywatele, Polki i Polacy, go nie potrzebują. Często wynikało to z tego, że nie zastanowiono się, czy jest ktoś, kto ten sprzęt będzie umiał obsługiwać. Tak że to jest kolejne zadanie.

Ja nie oceniam źle tego projektu, bo to jest rzeczywiście krok do uporządkowania systemu ochrony zdrowia. Tylko że ten krok, moim zdaniem, jest trochę nie w porę, skoro za chwilę mamy likwidować NFZ, a potem zdejmować z samorządów zadanie zarządzania szpitalami. Wszystko to razem rozchwieje ten słaby, ale jednak jakoś funkcjonujący, system. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Krzysztof Łanda:**

Strasznie dużo wątków, Panie Senatorze.

Przede wszystkim, proszę państwa, nikt nie stawia tezy, o której pan powiedział. Chcę natomiast powiedzieć, że to nie jest tak, że dzięki IOWISZ całkowicie wyeliminuje się ryzyko nieracjonalnych zachowań czy decyzji inwestycyjnych. To nie jest tak, że dzięki IOWISZ wyeliminuje się brak przejrzystości w systemie, ale, proszę państwa, dzięki IOWISZ poziom racjonalności oraz poziom przejrzystości podejmowania decyzji jest o kilka piętér wyżej, że tak powiem, niż byłoby to bez IOWISZ. To jest pewne w 100%. Również Komisja Europejska bardzo pozytywnie odbiera to narzędzie. Proszę państwa, stawiam taką tezę: bez IOWISZ odbiór przez Komisję Europejską map potrzeb zdrowotnych byłby zagrożony. Wiadomo, że informacje tam zgromadzone... Czy one są mniej, czy bardziej precyzyjne? Chciałbym zauważyć, tak jak powiedziałem wcześniej, że poprzedni rząd słusznie, moim zdaniem, zaprojektował rozwój tego modelu w sposób iteracyjny – od większych szumów, przez zmniejszające się szumy, aż do tego momentu, w którym to narzędzie będzie w miarę precyzyjne. I to jest słusznie pomyślane, bo konia z rżędem temu, kto od razu zrobiłby cudowny model, który odwzorowałby rzeczywistość w sposób perfekcyjny. To jest niemożliwe do zrobienia. W związku z tym projekt pozostał i jest realizowany dokładnie tak, jak to zaprojektowano za poprzedniego rządu. Jeżeli chodzi o czyste mapy potrzeb zdrowotnych, to nic się nie zmienia. Niestety, proszę państwa, nie było np. szablonu oraz wymagań dotyczących obowiązku tworzenia przez wojewodów priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej. To moi kartografowie stworzyli szablon. Zrobili instrukcję. Pokazali, jak mają wyglądać regionalne priorytety polityki zdrowotnej. I one są konsumowane, tak jak mapy, przez IOWISZ i przekładają się na decyzje inwestycyjne. To jest bardzo ważne, bo inaczej ten projekt byłby zagrożony, jeśli chodzi o jego realizację i odbiór przez Komisję Europejską. Jak mówię, on nie eliminuje czynnika ludzkiego. On nie gwarantuje, że wszystkie decyzje inwestycyjne będą cudowne, fantastyczne i że wszyscy będą z nich zadowoleni. Jedno jest pewne, i bardzo mi przykro, ale to powiem: marszałek czy inny podmiot tworzący dany szpital rzeczywiście mógł chcieć pralkę, ale niekoniecznie dlatego, że ona była potrzebna. Jest tajemnicą poliszynela, jak były robione inwestycje. Ani w odpowiedzi na potrzeby zdrowotne lokalne, ani w odpowiedzi na potrzeby sprawnego funkcjonowania jednostki, ale dlatego, że był taki czy inny znajomy królika, który miał obiecane takie czy inne inwestycje, wpisujące się w jakiś lokalny układ. Dzięki IOWISZ przejrzystość i racjonalność będzie na zupełnie innym poziomie, właśnie dzięki punktacjom.

Proszę państwa, nie jest ważne, kto będzie płatnikiem. Kiedy NFZ przestanie być płatnikiem, będzie inny płatnik. Wystarczy tylko jeden ruch tak naprawdę, żeby we wszystkich ustawach wprowadzić zmianę, w tej również.

Czy będzie brana, proszę państwa, pod uwagę punktacja, którą inwestycja uzyskała w IOWISZ? Tak. Ponieważ punktacje są bardzo różne.

(Rozmowy na sali)

Gdyby można było jednak... Zaraz ochrypnę.

(Głos z sali: Ciii!)

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Prosimy o ciszę, dobrze?)

Proszę państwa, tak więc punktacja jest różna. Przyglądałem się punktacji, która była wcześniej. Nie chcę w tej chwili mówić o szczegółach, ale muszę powiedzieć, że niektóre wskaźniki były zupełnie, moim zdaniem, nieadekwatne. O jednym muszę wspomnieć. Jednym ze wskaźników w klasyfikacji, która była stosowana wcześniej, była redukcja poziomu zakażeń wewnątrz szpitali. No ludzie, skoro raportowanie zakażeń wewnątrzszpitalnych w Polsce jest zupełnie nieadekwatne do rzeczywistości i jest minimalne, to redukcja o 20% czy nawet 80% ma przesądzać o inwestycji? Nonsens.

Tak więc inne kryteria... Nie chcę w ogóle o tym mówić, bo kryteria możemy pokazywać, ale, proszę państwa, jedno jest pewne: proszę zauważyć, że również w IOWISZ są kryteria, na których podstawie można się dowiedzieć o szansie na uzyskanie finansowania, czy zmianie strumieni finansowania płatnika. Tak więc płatnik to widzi, a poza tym jest w samej kaskadzie, uczestniczył w przydzielaniu punktów. Tak że zdziwiłbym się, gdyby potem, przy kierowaniu strumienia pieniądza, nie uznawał inwestycji, które uzyskały wysoką punktację.

A jeśli chodzi o niewypakowany sprzęt, to na pewno zdarzały się takie sytuacje, znam takie przykłady. Profesor, który wnioskował o sprzęt, potem pisał wniosek o sprzęt nowej generacji. Zdarzało się tak. I zdarzało się budowanie obok siebie dwóch szpitali o takim samym profilu. Zdarzało się. A dzięki IOWISZ, proszę państwa, jeżeli ktoś rzetelnie wpisze informację, a musi ją rzetelnie wpisać, bo potem to jest oceniane kaskadowo, takie inwestycje nie uzyskają finansowania, a przynajmniej jest bardzo mała szansa na to, że je uzyskają.

Teraz odpowiedź na drugie pytanie pana senatora. Gdybyśmy opierali tworzenie planów inwestycyjnych tylko na mapach, bez IOWISZ, to proszę mi wierzyć, że i marszałkowie, i wojewodowie, i oddziały funduszu nie wiedzieliby, jak skonsumentować mapy potrzeb zdrowotnych. Kiedy organizowaliśmy wspomniane konferencje, to oni robili wielkie oczy i pytali: panie ministrze, jak mamy skonsumentować mapy potrzeb zdrowotnych? Toż to 1 tysiąc 300 czy 1 tysiąc 500 stron! Kto to się w tym rozczyta? A poza tym tu są liczne błędy. I zaczynało się. Zaczynał się ogromny harmider. Nie, proszę państwa, mapy będą ewoluowały. Będą coraz bardziej precyzyjne. A IOWISZ konsumuje informacje z map, informacje z PROZ i inne, które są dostępne i dla wojewodów, i dla NFZ, i dla samych wnioskodawców. Dlatego proces podejmowania decyzji inwestycyjnych, tworzenia planów inwestycyjnych będzie pod znacznie większą kontrolą.

Co do centrów urazowych to prosiłbym panią dyrektor o odpowiedź. Dziękuję.

**Zastępca Dyrektora
Departamentu Prawnego
w Ministerstwie Zdrowia
Alina Budziszewska-Makulska:**

Dziękuję bardzo.

Wyłączenie SOR dla dorosłych i SOR dla dzieci, czyli centrów urazowych dla dorosłych i centrów urazowych dla dzieci, jest celowe. Tych podmiotów nie może być ani więcej, ani mniej, niż przewidziano w wojewódzkich planach działania systemu państwowego ratownictwa medycznego, które są zatwierdzane przez ministra zdrowia. Tak że nic więcej nie może powstać i mniej też nie może być. W tej chwili np. jest 14 centrów urazowych dla dorosłych i więcej nie potrzeba.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej ma następne posiedzenie o godzinie 13.30. Czyli mamy tylko pół godziny, a jeszcze cztery osoby są zapisane do pytań.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pięć osób jest zapisanych. Musimy więc, proszę państwa, ograniczyć zadawanie pytań. Proszę o krótkie...

(Głos z sali: Jeszcze głosowanie.)

...pytania.

I krótkie odpowiedzi, Panie Ministrze, dobrze?

Teraz pan senator Mróz. Proszę.

Senator Krzysztof Mróz:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Na niektóre pytania pan minister już odpowiedział. Ja mam jedną uwagę. Mechanizm, który tutaj zaproponowano, pewnie nie jest idealny i zapewne w praktyce jego stosowania wyniknie wiele problemów. Jest to jednak element, który, tak jak powiedział pan minister, pozwoli weryfikować niekiedy niepotrzebne inwestycje. Gdzieś tam troszeczkę zetknąłem się z systemem służby zdrowia. Byłem w radzie społecznej jednego z dużych szpitali. Tak że uważam, że duży problem będzie z podziałem środków. Oczywiście to dotyczy inwestycji, ale pan minister pewnie teraz pracuje nad podziałem środków. Powstają przecież nowe inwestycje nawet w 100% za pieniądze prywatne, prywatni inwestorzy startują w konkursach i NFZ im daje pieniądze. I po prostu jest coraz większe rozdrabnianie przecież i tak ograniczonych środków. Myślę, że kluczem do rozwiązania tego problemu będzie wprowadzenie pewnych mechanizmów, które nie pozwolą na to, aby cały czas powstawały nowe podmioty i żeby kontrakty były rozdrabniane. Przecież NFZ działa terytorialnie.

Mam dwa szczegółowe pytania. Pierwsze pytanie jest takie, Panie Ministrze. Czy to dotyczy wszystkich środków uniijnych, niezależnie od tego, czy one są na poziomie centralnym, czy regionalnym? To jest pierwsze pytanie.

Teraz drugie pytanie. Pan troszeczkę o tym powiedział. Niektóre konkursy są już rozpisane. Czy to oznacza, że ci wnioskodawcy będą musieli od nowa składać wnioski?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Może ja krótko tytułem wstępu, a potem pan dyrektor Adamski odpowie na te dwa pytania.

Chcę powiedzieć tak: IOWISZ oczywiście nie jest idealny. IOWISZ jest realizowany w trybie pilnym. Ale nie ma takiego idealnego narzędzia, które by spełniło oczekiwania wszystkich. Pewne jest to, że jeśli obok szpitala, który ma finansowanie w wysokości 100, otworzy się drugi szpital i NFZ podzieli strumień pieniądza 50:50, to obydwie placówki zbankrutują.

Bardzo proszę, pan dyrektor.

Główny Specjalista w Wydziale Refundacji i Cen w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia Jakub Adamski:

W odniesieniu do środków europejskich. Jeżeli chodzi o obecną sytuację, to wymóg stosowania IOWISZ będzie wynikał z kryteriów przyjętych w poszczególnych konkursach. De facto jeżeli konkursy w pewnych zakresach zostały już rozpoczęte i nie było jakiegoś wymogu, to on się nie pojawi. Przy czym, żebyśmy mieli świadomość, że konkursy z zakresu infrastruktury w ochronie zdrowia nie były rozpoczynane właśnie ze względu na oczekiwanie na opinię o celowości inwestycji. Dlatego też jest to jeden z powodów, dla których jest mowa o tym, że jest to pilny projekt, że proces musi ruszyć jak najszybciej, ponieważ trzeba zacząć wydatkować środki. Tylko trzeba zacząć je wydatkować jak najrozsądniej. Tak więc jeżeli chodzi o to, gdzie IOWISZ będzie miał zastosowanie, to wyjaśniam, że będzie miał zastosowanie do wszystkich konkursów w ramach jednego z priorytetów inwestycyjnych, tzw. priorytetu inwestycyjnego 9a „Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną”. Tam będzie taki wymóg formalny. W konkursach, które już ruszyły, takiego wymogu nie ma i on się nagle nie pojawi. Przy czym nie są to konkursy infrastrukturalne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Florek, proszę.

Senator Piotr Florek:

Panie Ministrze!

Chciałbym się dowiedzieć o punktację. Pan mówił o 34 pytaniach, o tym, że będą przydzielone punkty od 0 do 10, że w sumie będzie ich 13 tysięcy 500. Chciałbym się dowiedzieć czegoś więcej na ten temat tej punktacji, bo wydaje mi się, że to będzie najważniejsza sprawa. System IOWISZ to ładna nazwa. Jowisz to największa planeta. Czyli to jest coś, co ma nas mocno oświecić. Jeśli chodzi o mapy potrzeb zdrowotnych, to marszałkowie województwa mają rozeznanie, bo mają u siebie departamenty zdro-

wia, tak że są lepiej przygotowani do wykonywania niektórych funkcji niż wojewodowie. Teraz pozostaje pytanie do marszałka o wyłączenie... Co do tej celowości i mapy potrzeb zdrowotnych, to podam przykład. Nie ma potrzeby budowy szpitala dziecięcego, bo z mapy wynika, że w województwie jest tyle i tyle łóżek itd. Chodzi jednak o to... Jak widzę, IOWISZ to jest troszeczkę automat – ciach, ciach, tyle punktów za to, tyle za to, nie masz za bardzo nic do powiedzenia. Chociaż potem Narodowy Fundusz Zdrowia i wojewoda mogą się wypowiedzieć, zmienić coś ewentualnie. A na końcu i tak wojewoda klepnie opinię i sprawa będzie zamknięta. Ja się troszeczkę boję, żeby nie było tak, że ważne inwestycje, które są potrzebne, wypadną w tym systemie. Obawiam się, że to jest zbyt sztywny system, analityczny, że nie za bardzo bierze się pod uwagę inne możliwości. Bo wojewoda, któremu wyjdzie z tej punktacji, że jest tyle i tyle, nie będzie kierował się pozytywną opinią o celowości inwestycji, tylko punktacją. On będzie czuł, że spoczywa na nim odpowiedzialność i jeśli zmieni punktację, to będzie musiał się tłumaczyć, dlaczego to zrobił. Widzę, że opieramy wszystko na systemie IOWISZ, na punktacji.

W związku z tym chciałbym zapytać, czy będą brane pod uwagę również projekty lokalne. Pan o nich mówił. Ja rozumiem, że projekty regionalne itd. też będą miały wpływ na decyzje, a nie tylko IOWISZ. Ale to się wiąże z punktacją, dlatego prosiłbym o wyjaśnienie, na czym to ma polegać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Przede wszystkim nie chciałbym, żebyśmy tutaj dyskutowali o kryteriach oraz o wzorze, dlatego że to jest przedmiotem rozporządzenia, a ustawa stanowi tylko delegację do wprowadzenia IOWISZ właśnie rozporządzeniem. W ramach konsultacji zewnętrznych w sprawie rozporządzenia do 11 sierpnia można zgłaszać swoje uwagi.

Proszę państwa, wydawanie o opinii o celowości inwestycji przez wojewodę, przypominam, zostało zaprojektowane jeszcze przez poprzednią ekipę rządzącą – warto to podkreślić – i uważam, że słusznie.

Kolejna sprawa. Czy coś ważnego może wypaść w tym systemie? Oczywiście, że może, tylko powstaje pytanie, na jakiej zasadzie wypadnie. Bez IOWISZ to jest jakaś gra, prawdę powiedziawszy, stopień nieprzejrzystości i nieracjonalności jest duży. Tymczasem IOWISZ podnosi poziom racjonalności i przejrzystości. Ale rzeczywiście może coś wypaść.

Proszę państwa, po pierwsze, IOWISZ jako narzędzie konsumuje informacje z map. Wiele pytań bezpośrednio odnosi się do map i trzeba odpowiadać, korzystając z informacji z map. Po drugie, jest bardzo mocne jedno pytanie i ono nie jest punktowane od 0 do 10, to jest pytanie zero-jedynkowe. Albo dana inwestycja wpisuje się w priorytety

regionalnej polityki zdrowotnej i wówczas dostaje 1, a więc jest kierowana do dalszej oceny, albo dostaje 0 i koniec, dalsza ocena jest zablokowana. Tak więc informacje, które są opracowane w regionach, będą konsumowane również przez IOWISZ.

Mam nadzieję, proszę państwa, że tak jak powiedziałem na początku, IOWISZ zachęci wielu ludzi, żeby składali wnioski, jeżeli mają dobry pomysł, który się wpisuje w politykę zdrowotną, w politykę rozwojową i w postulaty Komisji Europejskiej. Pediatria – okej, być może jest taka potrzeba, świetnie, niech ktoś złoży wniosek. Ale jeżeli z map wynika, że w danym regionie trzeba raczej zredukować łóżka pediatryczne, a jest większe zapotrzebowanie na rozwój opieki długoterminowej i środowiskowej, to IOWISZ to pokaże. Mam nadzieję, że przez barierę, którą jest IOWISZ, przejdzie więcej wniosków niż będzie pieniędzy na ich sfinansowanie i wtedy czynnik ludzki, czyli wojewoda i wszyscy jego doradcy, odegra ogromną rolę w konkursach. Tak więc IOWISZ zwiększa przejrzystość i racjonalność tego procesu, ale nie zastępuje czynnika ludzkiego. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz pan senator Stanisławek, proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, chciałbym powiedzieć jasno, że bardzo się cieszę, że powstaje taka regulacja, dlatego że w zeszłym roku, zaraz po rozpoczęciu się posiedzeń Senatu, rozmawiałem z ministrem Radziwiłłem – może w Lublinie jest specyficzna sytuacja – o tym, co zrobić, żeby zahamować gwałtowną rozbudowę szpitali. Minister mi odpowiedział tak: a cóż ja mogę zrobić? Kliniczne podlegają mnie, ale szpital wojskowy mi nie podlega, szpital MSWiA mi nie podlega, prywatne i marszałkowskie placówki też mi nie podlegają.

Tak że teraz rząd będzie miał możliwość wpłynięcia na niepotrzebną rozbudowę bazy łóżkowej.

Muszę jednak powiedzieć, Panie Ministrze, że mleko się rozlało. Mleko się rozlało i szpitale buduje się w nadmiarze. I mam takie pytanie: czy w tych regulacjach jest uwzględniony czynnik ludzki, o którym pan minister przed chwilą powiedział? Chodzi mi o kadre. Powiem, co się w tej chwili dzieje w województwie lubelskim. Otóż w województwie lubelskim, kiedy był uruchamiany SOR w centrum onkologii, to podkupiono 8 pielęgniarek ze Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie i on prawie przestał funkcjonować. Było zagrożenie życia i zdrowia pacjentów. To samo zaczyna się dzieć w radioterapii. Powstają nowe ośrodki, są już pozwolenia, w Zamościu, Białej Podlaskiej, trzeci ośrodek tworzy się w Szpitalu Klinicznym nr 1. A nie ma fizyków. Na gwałt szkolimy fizyków. Tak że możemy mówić o murach, o środkach, o finansowaniu, o punktach. Wszyscy martwią się też o marszałka. Tymczasem ja chciałbym zwrócić uwagę na kadre. Czy IOWISZ ją uwzględnia? Bo mapy potrzeb nie obejmują kadry. Przejrzałem mapy potrzeb, ogólnie mówi się o kadrze, że tu jest jej mniej, tu więcej, tu jest stara,

a tu mniej stara, ale chodzi przecież o konkretne potrzeby. Powstają trzy nowe ośrodki, które będą napromieniały, a kadra nie przybyła. Tak że chciałbym uczulić państwa na ten problem i zwrócić uwagę na to, że czynnik kadrowy jest niezwykle istotny w rozwoju usług.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze, ale krótko.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Tak więc krótko.

Proszę państwa, można wystąpić również o opinię o celowości inwestycji w toku. Jeżeli ktoś ma wątpliwość, czy ta inwestycja uzyska finansowanie, a jest w toku, to być może warto jednak trochę zmienić jej kierunek.

(*Senator Andrzej Stanisławek: Ale mnie nie chodzi o finansowanie, tylko o kwestie kadrowe.*)

Jeżeli chodzi o kadre, to w IOWISZ są kryteria, które dotyczą kadry. Tak że sugeruję je przejrzeć. Tam jest również instrukcja, jak należy wypełniać formularz.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o kadre, to przede wszystkim musimy odblokować kształcenie. Ponadto musimy zmienić taryfy, tak jak to się dzieje np. w psychiatrii dziecięcej. Nikt nie chciał się kształcić w tym kierunku, zmieniliśmy taryfy i już widzimy, że jest zainteresowanie. Jeszcze bardziej je zmienimy i w ten sposób przyciągniemy lekarzy do tych deficytowych kierunków.

Teraz ostatnia sprawa, ostatni komentarz. Rzeczywiście mleko się rozlało. W pewnych zakresach jest za dużo infrastruktury, ale, proszę państwa, w kolejnych iteracjach mapy będą udoskonalane. I kiedy będziemy wyciągać wnioski, już bardzo precyzyjne, to zobaczycie państwo wówczas, że ci, którzy zbyt pochopnie rozbudowywali pewną infrastrukturę, niestety, ponieśli ryzyko i teraz będą musieli wypić to piwo przez siebie nawarzone. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Ostatnia zapisana do zadawania pytań jest pani senator Czudowska. Proszę.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Zanim zadam krótkie pytanie, chciałabym się odnieść do wypowiedzi pana profesora Grodzkiego, który mówił, że nie ma tu doświadczeń, że jest pewien chaos w instytucjach.

Panie Profesorze, chylę czoła przed panem i jako lekarz nie ośmieliłabym się z panem profesorem dyskutować, ale jako polityk – tak. W pańskiej dziedzinie, onkologii, naprawdę bardzo specyficznej dziedzinie, jest porządek. Na dole jednak jest inaczej. Ni stąd ni zowąd w ciągu roku ofertowego ktoś nagle dostaje kontrakt nie wiadomo za co i dlaczego, nie wiadomo też, co ma robić. Takie przykłady można mnożyć.

Chcę też powiedzieć, że w polityce państwa społeczeństwo ocenia nie samorządy, lecz rząd. To państwo byliście oceniani, a nie marszałkowie, za stan służby zdrowia. I nasz rząd też będzie oceniany za stan służby zdrowia, a nie marszałkowie.

Teraz dwa krótkie pytania. Pierwsze. To może już trochę wybrzmiało, ale jeszcze raz chciałabym usłyszeć, czy nowy oddział w istniejących szpitalach to też jest inwestycja podlegająca pod procedurę IOWISZ.

Drugie pytanie jest techniczne. Ktoś chce aplikować i otrzymać zgodę, wie czego chce, ma doświadczenie. Ile czasu mu zajmie wypełnienie formularza IOWISZ?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Bardzo dobre pytanie.

Proszę państwa, w tworzeniu tego narzędzia kierowaliśmy się regułą KISS. Wypełnienie formularza IOWISZ przez wnioskodawcę nie powinno zająć więcej, w moim odczuciu, niż 20–40 minut. Moim zdaniem, można to zrobić w tym czasie. Może ktoś popracuje nad tym godzinę czy dwie godziny, ale nie sądzę, żeby to mogło trwać dłużej.

Proszę państwa, pierwsze pytanie dotyczyło...

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: ...oddziału w szpitalu.*)

Oczywiście, że tak. Jeżeli to się odbywa zgodnie z regułami, które są zapisane.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz poproszę panią legislator o opinię do ustawy.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Dziękuję bardzo.

Mam kilka uwag ogólnych na temat tej bardzo rozbudowanej ustawy. Rozumiem, że tu chodzi może nie tyle o jednoznaczność, ile o zrozumiałość i wyeliminowanie wątpliwości. Czasami jednak takie rozbudowanie ustawy powoduje, że po prostu zatraca się wyrazistość i czytelność przepisów. Kazuistyczność to nie jest jednak coś, co sprzyja właściwemu odczytywaniu przepisów ustawy. Już nie wdając się w szczegóły, chcę tylko zwrócić uwagę na pewną nadregulację. Tymczasem zgodnie z zasadami techniki prawodawczej pewne oczywistości niekoniecznie muszą być wpisywane aż do ustawy.

Jeszcze raz przywołam kwestię, która wielokrotnie się pojawiała. Chodzi o odpowiedzialność za fałszywe oświadczenia, a nie zeznania. Gdzieś tam pewna praktyka powstała, ale w tej chwili już zaczyna się w legislacji właściwe podejście do oddzielania znaczenia tych pojęć zgodnie z kodeksem karnym, w którym w art. 233 §1 i 6 jest wy-

rażnie wskazane, że fałszywe oświadczenia to są fałszywe oświadczenia, a fałszywe zeznania to fałszywe zeznania. Tak że nie ma potrzeby mieszania tych pojęć. Nie proponujemy jednak żadnych poprawek, bo w samej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej również jest taka terminologia. Tak że jest tylko prośba na przyszłość, jako postulat de lege ferenda, żeby przy okazji jakiejś większej nowelizacji uporządkować wszystkie artykuły, w których ta terminologia jest pomieszana.

Następna uwaga dotyczy posługiwania się sformułowaniem „ważna pozytywna opinia”. Chodzi o art. 148 ust. 2 pkt 2. To jest określenie, które u legislatora wywołuje pewne zaskoczenie, bo...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

No właśnie, ważna. W art. 95 d ust. 13 dokonano zmiany i może była okazja, żeby uniknąć tego pojęcia. Jednak ono się znalazło w ustawie. Tak samo, jak w sformułowaniu „ważna pozytywna opinia w sprawie protestu”.

Teraz ostatnia kwestia, o której chciałabym powiedzieć ogólnie, ale została ona poparta poprawkami. Chciałabym wskazać na pojęcie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, które się pojawia w ustawie, podczas gdy jeszcze go nie ma w stanie prawnym. To się wszystko wzięło z tego, że proces legislacyjny jest długi i czasami dotyczy różnych ustaw, które zawierają pewne pojęcia. Dobrze by było, żeby ten proces toczył się w sposób bardziej zrjonalizowany, ale nie zawsze jest to możliwe. Krótko mówiąc: kwalifikowany podpis elektroniczny to jest pojęcie zrozumiałe na gruncie przepisów ustawy o podpisie elektronicznym, ale trzeba wziąć pod uwagę, że ta ustawa lada chwila zostanie uchylona. Jest z kolei procedowana ustawa o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej i tam właśnie jest materia kwalifikowanego podpisu elektronicznego w odniesieniu do rozporządzenia 910/2014, ale odesłanie byłoby do ustawy, która dopiero zostanie uchwalona, właśnie o usługach zaufania.

„Podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP” to jest pojęcie, w którym wyraz „elektroniczny” jest niepotrzebny. W obecnym stanie prawnym w ustawie o informatyzacji istnieje pojęcie „podpis potwierdzony profilem zaufanym ePUAP”. Nie ma tam wyrazu „elektroniczny”. On się tu znalazł dlatego, że w trakcie prac legislacyjnych pewne rzeczy zmieniano, dokonywano jeszcze przemyśleń. Dziś w ustawie jest jeden termin, który w stanie prawnym jeszcze nie istnieje, tak więc musimy się do tego stanu dostosować, oraz termin, który istnieje w stanie prawnym, ale jest z błędem. Chciałabym tę sprawę skontekstyzować w propozycji poprawek. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Legislador.

Panie Ministrze, proszę się odnieść do tych uwag.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Do tych wątpliwości odniesie się pani dyrektor Alina Budziszewska.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo.

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Alina Budziszewska-Makulska:

Dziękuję bardzo.

Tak więc odnoszę się do uwag, które dotyczą szczegółowości uregulowań. Gdy projektowaliśmy te przepisy, odwołaliśmy się do dwóch ustaw, które już dotyczą aplikowania o środki unijne. Do nowelizacji ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, która weszła w życie 28 czerwca 2013 r., i do ustawy z 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych z perspektywy finansowej 2014–2020, która weszła w życie 13 września 2014 r. Wbrew temu co może się wydawać, że tak powiem, kiedy się czyta tę ustawę, procedura jest dużo bardziej elastyczna niż ta, która weszła w życie 30 czerwca 2016 r. Tam była decyzja administracyjna i stosowało się wszystkie reguły kodeksu postępowania administracyjnego, tu zaś mamy przepisy własne, dostosowane do specyfiki pozyskiwania środków, a tylko w niezbędnym zakresie stosujemy k.p.a., co pozwala na użycie m.in. instrumentu informatycznego, którym jest IOWISZ. Tak więc to jest tylko pozorna, powiedziałabym, kazuistyka. Tak naprawdę skutek faktyczny i merytoryczny jest dokładnie odwrotny.

Teraz kwestia odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń oraz fałszywych zeznań. Jako Ministerstwo Zdrowia mamy troszeczkę problem związany z tym, że istnieje różnica pomiędzy legislacją rządową i sejmową a legislacją senacką. Legislacja sejmowa i rządowa uznają, że to jest odpowiedzialność za składanie fałszywych zeznań w związku ze złożeniem fałszywego oświadczenia, ponieważ zgodnie z art. 233 ust. 6 kodeksu karnego przy złożeniu fałszywego oświadczenia stosuje się odpowiednio przepisy o składaniu fałszywych zeznań, a odpowiedzialność karna jest właśnie w przepisach wcześniejszych, gdzie wskazano, ile wynosi kara. Z kolei legislacja senacka ma dokładnie pogląd odmienny.

Teraz odniosę się do kwestii ważności pozytywnej opinii, czyli uwagi do ust. 2 pkt 2 w art. 148. Naszym zdaniem, sformułowanie „ważna” powinno zostać, dlatego że właśnie w zakresie nieuregulowanym w ustawie stosujemy k.p.a. do stwierdzania nieważności decyzji, czyli stosujemy przepisy o stwierdzeniu nieważności decyzji do stwierdzenia nieważności opinii. Na przykład jeżeli ktoś zataił prawdę albo generalnie, wnioskuje o wydanie tejże opinii, naruszył prawo, wtedy absolutnie jest możliwość stwierdzenia z urzędu nieważności takiej opinii. Dopóki tego stwierdzenia nie ma, opinia jest ważna.

Jeśli chodzi o podpis elektroniczny, to wcześniej było troszeczkę inne brzmienie tych przepisów. Na posiedzeniu Komitetu Stałego Rady Ministrów minister cyfryzacji, który dla nas jest wiodący, jeśli chodzi o wszelkie sprawy elektroniczne, zaproponował, że „w związku z powyższym należy w wyżej wymienionym przepisie – to

jest w kilku miejscach – wskazać iż wniosek o wydanie opinii składa się w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP” itd.

My zdajemy sobie sprawę z tego, że trwają prace nad projektem ustawy o usługach zaufania. Minister cyfryzacji rozesłał do wszystkich ministrów pismo, wniosek, żeby dokonali przeglądu wszystkich swoich ustaw. I kiedy ustawa ramowa o usługach zaufania wejdzie, będzie gotowa ustawa czyszcząca, która, mówiąc krótko, zmieni odpowiednio te podpisy tak, żeby w systemie było już jednolicie. Zmiana będzie dosyć duża, bo będzie dotyczyła nie tylko ustaw, lecz także rozporządzeń ministrów itd., tego jest bardzo dużo. Elektroniczacja weszła w życie, jeśli chodzi o podpisywanie, właściwie w całym zakresie. Nawet rozporządzenia ministrów są podpisywane w postaci elektronicznej, tak więc tylko ta wersja jest oryginalna. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Panie Senatorze, już nie mamy czasu.

(*Senator Arkadiusz Grabowski: Chciałbym złożyć wniosek.*)

Proszę bardzo.

Senator Arkadiusz Grabowski:

Panie Przewodniczący, dziękuję.

Chciałbym złożyć wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy są jeszcze jakieś inne wnioski? Nie ma.

Pozwolicie państwo, że przystąpimy do głosowania.

Kto z pań i panów senatorów jest za przyjęciem ustawy bez poprawek? (13)

Kto jest przeciw? (?)

Kto się wstrzymał? (6)

Ustawa jest rekomendowana przez połączone komisje do przyjęcia bez poprawek.

Pozwolicie państwo, że teraz wyznaczymy sprawozdawcę.

Panie Przewodniczący, może poproszę panią senator Bogusławę Orzechowską z Komisji Zdrowia.

Czy pani by się zgodziła być sprawozdawcą ustawy?

(*Senator Bogusława Orzechowska: Tak, zgadzam się.*)

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie połączonych komisji. Dziękuję.

(*Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 26*)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii