



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (38.)
w dniu 28 marca 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk senacki nr 455, druki sejmowe nr 1322, 1362 i 1362-A).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (druk senacki nr 456, druki sejmowe nr 1332 i 1390).

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 40)

(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Waldemar Kraska oraz zastępca przewodniczącego Dorota Czudowska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam wszystkich państwa na trzydziestym ósmym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Witam serdecznie panie senator i panów senatorów. Witam pana ministra Konstantego Radziwiłła wraz z zastępcami i z całym gabinetem politycznym ministra zdrowia. Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia i organizacji, które są zainteresowane dzisiejszymi ustawami.

Mamy zaplanowane do rozpatrzenia dwa punkty na posiedzeniu komisji.

Pierwszy punkt to rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; druki sejmowe nr 1322 i 1362.

Punkt drugi to rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów; druki sejmowe nr 1332 i 1390.

Czy ktoś z państwa senatorów ma zastrzeżenia i ewentualnie wnosi do przedstawionego porządku obrad jakiejś uwagi? Nie.

Komisja przyjęła zaproponowany porządek posiedzenia.

Rozpoczynamy od punktu pierwszego, czyli od rozpatrzenia ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jest to ustawa, o której, może w mediach, mówi się: ustawa o sieci szpitali. Oczywiście jest to troszeczkę pewien slogan. Naprawdę jest to ustawa o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Myślę, że jest to ustawa, która... Jej głównym celem jest zapewnienie Polakom bezpieczeństwa zdrowotnego. Wielokrotnie jest poruszane to, że przez ostatnie lata byliśmy nieco nastawieni na element komercyjny w służbie zdrowia, a zapomnieliśmy o człowieku i o pacjencie. Dlatego akurat ta ustawa – tak myślę – troszkę przywróci te relacje.

Poprosiłbym, Panie Ministrze, żeby pan czy ewentualnie minister Gryza – bo wiem, że on prowadził tę ustawę w Sejmie – dość krótko przedstawił tę ustawę, bo chyba każdy z nas już się z nią zapoznał, ma wyrobione zdanie, więc głównie w dyskusji, tak myślę, będziemy się dowiadywali szczegółów o tej ustawie, ale myślę, że pan minister też ją przedstawi w paru słowach.

Proszę bardzo.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Przedstawiając ustawę zmieniającą ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, chciałbym zwrócić uwagę na to, od czego wychodzimy. Rzeczywiście – tak jak pan przewodniczący zauważył – cele tej ustawy, takie 3 podstawowe, to: racjonalizacja systemu, zabezpieczenie bytu... czy poprawa bezpieczeństwa szpitali, ale przede wszystkim, i oczywiście głównie, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom.

W aktualnym stanie prawnym przepisy, które obecnie obowiązują, przewidują niemal nieograniczoną możliwość ubiegania się przez świadczeniodawców o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej. W okresowych postępowaniach konkursowych mogą brać udział wszyscy świadczeniodawcy spełniający warunki określone w tzw. rozporządzeniach wykonawczych, szczególnie w rozporządzeniach koszykowych. W efekcie istnieje taka właśnie nieograniczona możliwość ubiegania się o kontrakty.

11 października 2013 r. uchwalono ustawę nowelizującą ustawę o świadczeniach, która wprowadziła po raz pierwszy odroczenie konkursowania. W efekcie od ponad 4 lat konkursowania nie ma i zawieranie umów odbywa się w oparciu o aneksowanie umów. To po prostu świadczy o tym i dowodzi tego, że system w swoim założeniu nie bardzo działa. Dostrzegali to również nasi poprzednicy.

Jednocześnie nowelizacja ustawy właśnie wówczas wprowadziła zasadę ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń, a także poradnie przyszpitalne jako miejsca realizacji świadczeń ambulatoryjnych. Niestety można mieć poważne zastrzeżenia co do tego, czy te założenia zapisane w ustawie są realizowane. Wprowadzone zmiany jednak wskazywały bardzo wyraźnie, że zasada nieograniczonych postępowań konkursowych była oceniana... czy jest oceniana negatywnie już od dłuższego czasu. W przeciwieństwie do poprzedników myśmy również dokonali pewnej nowelizacji polegającej na przedłużeniu stanu rzeczy, jaki jest w tej chwili, i umożliwieniu aneksowania już na samym początku kadencji obecnego parlamentu, jednak z założeniem, że trzeba zrobić porządek, a nie tylko rolować – że tak powiem – problemy na później. Ustawa, którą w tej chwili przedkładamy, zawiera właśnie znaczące zmiany w tym za-

kresie. Proponowane rozwiązanie istotnie wpływa zarówno na poziom zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, jak i na efektywność całego systemu ochrony zdrowia.

Zjawiska systemowe, które dzisiaj można obserwować – kilka chciałbym wymienić, bo są one punktem wyjścia do zaproponowania rozwiązań zawartych w ustawie będącej dzisiaj przedmiotem państwa pracy – to, po pierwsze, zachwianie zasady kompleksowego i ciągłego udzielania świadczeń zdrowotnych. Te okresowe postępowania konkursowe – nawet jeśli ostatnio były aneksowania, to jednak tych konkursów uzupełniających w międzyczasie było bardzo wiele – opierają się co do zasady na modelu *fee for service* albo systemie rozliczeń jednorodnych grup pacjentów i zamiast kompleksowości promują one fragmentację procesu udzielania świadczeń. W efekcie świadczenia nie są skoordynowane, a pacjent ma zapewniony dostęp nie tyle do kompleksowych świadczeń, do całego cyklu leczenia, ile do poszczególnych procedur, lepszych lub gorszych. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest rozmycie wyraźnie niegdyś wyodrębnionych poziomów opieki szpitalnej i specjalistycznej. Utrudnia to świadome i racjonalne kształtowanie właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń w tym zakresie. Mamy do czynienia z poważnym nieuporządkowaniem systemu, zwłaszcza w obszarze właśnie opieki szpitalnej. Obecna sytuacja kształtuje się raczej w oparciu o produkty konkursowe czy rozliczeniowe konstruowane przez płatnika, a nie w oparciu o rzeczywiste potrzeby zdrowotne. Wreszcie po stronie szpitali mamy do czynienia z pewnym permanentnym stanem niepewności co do przyszłych warunków finansowania, które mogą się zmienić w każdym kolejnym konkursie.

Cała ta sytuacja nie sprzyja uporządkowaniu czy sensownemu kształtowaniu wewnętrznych struktur organizacyjnych szpitali. Świadczeniodawcy, aby uzyskać dodatkowe finansowanie, tworzyli często dodatkowe oddziały i pododdziały szpitalne, co ogromnie skomplikowało strukturę organizacyjną szpitali. Możliwość dokonywania przesunięć środków między kwotami częściowymi kontraktu jest bardzo ograniczona i na pewno przeszkadza w racjonalnym i efektywnym zarządzaniu wielooddziałowym szpitalem. Prowadzi to do powstawania z jednej strony nadwykonań, co do których zapłaceniami nigdy nie można mieć pewności, a z drugiej strony w innych zakresach występują niewykonania czy niedowyczerpania, które też pomniejszają przychód szpitala. Efektem tego wszystkiego jest presja na rozliczanie świadczeń względnie lepiej taryfikowanych, mniej ryzykownych, bardziej opłacalnych, a także na ograniczanie kosztów własnych przez kierowanie bardziej skomplikowanych przypadków do innych podmiotów, co prowadzi do bardzo szeroko obserwowanego zjawiska tzw. przerzucania kosztów na innych świadczeniodawców. Świadczeniodawca działający w oparciu o tak rozumianą „racjonalność” funkcjonowania systemu, realizując zakresy ambulatoryjne i szpitalne, często udzielał świadczeń w ramach hospitalizacji celem uzyskania większych przychodów. A zatem znowu przesunięcie niekorzystne w kierunku opieki wewnętrznej szpitalnej, zamiast opieki ambulatoryjnej.

Podstawowe założenia projektowanych zmian, które wynikają właśnie z takiej skrótowo przedstawionej diagnozy... Podstawowym założeniem jest szczególne potraktowanie

tego obszaru opieki szpitalnej. Trzeba tutaj brać pod uwagę następujące kwestie. Po pierwsze, kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie jakichś mechanizmów, które będą stymulować integrację i koordynację świadczeń szpitalnych i specjalistycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym, szczególnie w poradni przyszpitalnej.

Po drugie, należy dostrzec konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej na terytorium kraju, a także w poszczególnych regionach i podregionach, oraz uporządkowania struktury świadczeniodawców. Należy poddać tę sferę działalności leczniczej, jaką jest lecznictwo szpitalne, szczególnym wymogom planowania w celu zapewnienia optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli i jak najlepszego wykorzystania tych zasobów.

No i wreszcie ustawa ma szansę być elementem związanym z funkcjonowaniem wspólnoty lokalnej i regionalnej, bo to wszystko dzieje się przecież właśnie w konkretnym miejscu.

Projektowana ustawa wprowadza do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną, nazywaną popularnie – jak pan przewodniczący słusznie zauważył – „siecią szpitalną”, w ustawie nazywaną „systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń”, która powinna być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

Zakłada się, że do tzw. sieci szpitali zostaną włączone świadczenia z następujących zakresów: świadczeń wyspecjalistycznych, rehabilitacji – oczywiście poza hospitalizacjami – leczniczej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przychodniach przyszpitalnych, programów lekowych, chemioterapii oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zawieranie umów na realizację świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w trybie konkursu ofert lub rokowań pozostanie tylko jako rozwiązanie pomocnicze.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego funduszu, na podstawie porównania planu zakupu świadczeń ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane przez szpitale w ramach sieci, przeprowadzi konkursy na świadczenia zdrowotne w zakresie, w którym potrzeby zdrowotne na terenie województwa nie będą właściwie zaspokojone. I tylko w taki sposób...

Jednocześnie bardzo mocno – w związku z dyskusjami, które się ciągle toczą zarówno w samym parlamencie, jak i w mediach – trzeba podkreślić, że zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień pozostają bez zmian, czyli zawieranie umów będzie następowało w trybie konkursu ofert. Jednocześnie w noweli ustawy planuje się przedłużenie do końca bieżącego roku obowiązujących obecnie umów w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień.

Jeżeli chodzi o rehabilitację leczniczą, a także o tę część ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która nie zostanie włączona do sieci, to zasady kontraktowania także pozostają bez zmian.

No i wreszcie proponujemy również pozostawienie na razie bez zmian zasady zawierania umów, jeśli chodzi o Państwowe Ratownictwo Medyczne, z tym że proponujemy aneksowanie obecnie obowiązujących umów do połowy przyszłego roku.

W ramach sieci szpitali zostanie wyodrębnionych 6 poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń. Zostanie przeprowadzona kwalifikacja świadczeniodawców do poszczególnych poziomów sieci, która będzie odnosiła się do zakładu leczniczego świadczeniodawcy, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. Obecnie prowadzony zakres działalności leczniczej będzie determinował w pierwszym kroku to, do jakiego poziomu zakwalifikowany zostanie świadczeniodawca.

Oprócz profili, które kwalifikują do danego poziomu sieci, szpital zakwalifikowany do tego systemu będzie mógł realizować również profile, rodzaje i zakresy dodatkowe, tj. takie, które nie wpływają na klasyfikację świadczeniodawcy w ramach sieci. Będą one opisane w rozporządzeniu.

Istotną różnicą między stanem obecnym a projektowanym jest to, że finansowanie dla świadczeniodawcy będzie oparte w znacznej mierze – chociaż nie wyłącznie – na finansowaniu ryczałtowym, uwzględniającym odpowiednie wskaźniki dotyczące struktury udzielanych świadczeń, które będzie obejmować łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela tych świadczeń w sieci, a zatem np. z włączeniem świadczeń ambulatoryjnych, rehabilitacji i oczywiście leczenia szpitalnego. Umożliwi to również elastyczne dostosowanie struktury wydatków do pojawiających się potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkałej na danym terenie oraz pozwoli dyrektorowi szpitala na optymalizację struktury organizacyjnej jednostki.

Przyjmujemy ryczałtową formę rozliczania kosztów świadczeń, ale jednocześnie zakładamy odstępianie od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w ramach jednej kwoty całości opieki udzielanej pacjentom w danym okresie rozliczeniowym. Obecnie rozliczanie usług zdrowotnych w zakresie lecznictwa odbywa się na podstawie systemu jednorodnych grup pacjentów. Ten sposób ewidencji działalności szpitala nie zostanie zmieniony.

Warto tutaj podkreślić, że wysokość ryczałtu na następny rok będzie uzależniona od świadczeń wykonanych i sprawozdanych za poprzedzający okres rozliczeniowy. Czyli nie ma mowy o tym, żeby ryczałt demotywował do pracy, bo będzie on dawał możliwość elastycznego postępowania, ale jednocześnie bardzo wyraźnie będzie wpływał na wysokość wynagrodzenia w następnym okresie rozliczeniowym.

Jednocześnie ustawa przewiduje wyodrębnienie środków na sfinansowanie świadczeń, które wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania, ze względu na konieczność zapewnienia pacjentom odpowiedniego dostępu do świadczeń. Lista tych świadczeń zostanie przedstawiona w rozporządzeniu. Już dzisiaj mogę powiedzieć, że na pewno będą to takie świadczenia jak przyjmowanie porodu, jak świadczenia dla pacjentów z kartą DiLO, jak świadczenia z zakresu kompleksowej opieki w zakresie kardiologii lub ortopedii, jak operacje zaćmy, endoprotezoplastyka kolana oraz biodra i prawdopodobnie jeszcze wiele innych... A, transplantologia i świadczenia diagnostyczne z zakresu medycyny nuklearnej. Czyli, krótko mówiąc, jest długa lista takich świadczeń. W praktyce oznacza to, że w zależności od rodzaju szpitala czy od poziomu, na jakim

szpital funkcjonuje, może być tak, że nawet więcej niż połowa wynagrodzenia, które szpital będzie odbierał, będzie przekazywana na zasadzie – można powiedzieć – bardzo podobnej do dotychczasowej, bo ryczałt będzie tylko za część świadczeń, a te świadczenia wyodrębnione, np. na poziomie onkologicznym, będą stanowić prawdopodobnie więcej niż połowę, która będzie wynagradzana właśnie na dotychczasowych zasadach.

Na marginesie chciałbym jednocześnie wspomnieć o dyskusji o tej ustawie, która się odbywa często także w mediach, tzn. o tym, w jakim stopniu rodzaj własności szpitala wpływa na to, czy ma on szansę wejść do sieci, czy nie. Bardzo mocno podkreślam, że ta sprawa w ogóle nie jest nigdzie zapisana jako kryterium. W praktyce można już dzisiaj szacować, że np. na poziomie pierwszym albo na poziomie onkologicznym zabezpieczenia ok. 15% wartości świadczeń będzie realizowanych przez podmioty niepubliczne, przez przedsiębiorców.

Cele podstawowe projektowanych zmian są następujące. Po pierwsze, jest to poprawa dostępu dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności dzięki właśnie zapewnieniu kompleksowości i koordynacji świadczeń szpitalnych i jednocześnie ambulatoryjnych oraz rehabilitacyjnych. To jest – można powiedzieć – główna zmiana, jeżeli chodzi o perspektywę pacjenta. Świadczenia ambulatoryjne i rehabilitacja będą się należeć pacjentowi wtedy, kiedy po leczeniu szpitalnym będzie on tego wymagał. Szpital będzie mu to zapewniał w ramach ryczałtu.

Po drugie, chodzi o zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach. Ta gwarancja jest warunkiem zabezpieczenia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Dzisiaj szpitale, wbrew temu, co się często mówi, że teraz niektórzy obawiają się, czy ich szpital wejdzie do sieci... No, praktycznie wszystkie szpitale, które stanowią o bezpieczeństwie pacjentów, wejdą do sieci. Dzisiaj, gdyby przeprowadzić konkursowanie, z całą pewnością znaczna część tych szpitali stanęłaby wobec bardzo dużego ryzyka konkurencji w pewnej toksycznej konkurencji z placówkami, które bardzo szybko, elastycznie dostosowałyby się do tego, aby wystąpić z ofertami na realizację świadczeń, które są najbardziej korzystne, najmniej ryzykowne, najbardziej opłacalne, z rujnącym skutkiem dla szpitali wieloprofilowych.

Po trzecie, celem ustawy jest zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym dla bezpieczeństwa obywateli, zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych... Tutaj też bardzo mocno podkreślam to, że cały szereg świadczeń specjalistycznych będzie mogło być wykonywanych w ramach bardziej ogólnych profili, np. na internie czy chirurgii, ale nie wszystkie świadczenia. I to również jest jednym z podstawowych założeń tej ustawy – to, aby to, co jest najbardziej specjalistyczne, było realizowane na odpowiednim poziomie zabezpieczenia, głównie z tego powodu, że to właśnie takie szpitale, bardziej specjalistyczne, są lepiej przygotowane, a także wykonują więcej procedur tego rodzaju. Daje to szansę na to, że doświadczenie całego personelu, przygotowanie jednostki są lepsze, zapewnia to pacjentom wyższą jakość świadczeń i większe bezpieczeństwo.

Kolejnym celem jest poprawa elastyczności zarządzania szpitalem. Mówiłem już o tym. Chodzi o możliwość odejścia od zasady nadwykonań i niedowykonań w jednym szpitalu dzięki elastycznemu przesuwaniu wysiłku szpitala z jednego obszaru na drugi i w efekcie o optymalizację struktury kosztów leczenia. Niewątpliwie jest to poważna gwarancja bezpieczeństwa bytu szpitala, który uzyska gwarancję 4-letniego kontraktu. To da przede wszystkim bezpieczeństwo, jeżeli chodzi o planowanie kadry, kształcenie kadry itd., ale jest to oczywiście także od strony finansowej.

Celem tej ustawy jest również uporządkowanie struktury szpitali i określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali, co zagubiliśmy w ciągu ostatnich lat właśnie pewnego nieskrępowanego konkurencji wszystkich ze wszystkimi.

Kolejnym celem jest stworzenie mechanizmu przenoszącego wąskospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych, wieloprofilowych.

No i wreszcie, proszę państwa, odpowiedni poziom finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach zostanie zapewniony przede wszystkim dzięki gwarancji zawarcia umowy ze szpitalem, który spełnia kryteria zakwalifikowania do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, czyli do sieci. Planowana zmiana modelu rozliczania w ramach umowy sieciowej będzie narzędziem uzupełniającym, które przyczyni się z całą pewnością do większej pewności, elastyczności możliwości zarządzania szpitalami.

Panie Przewodniczący, to tyle pewnego ogólnego wstępu. Obok mnie siedzi – tak jak pan przewodniczący zauważył – pan minister Gryza. Pan minister Piotr Gryza jest – można powiedzieć – głównym autorem tego rozwiązania, więc jest on do państwa dyspozycji, jeżeli chodzi o pytania szczegółowe, chyba że jeszcze byłoby coś do uzupełnienia... Panie Ministrze? Na razie nie. Tak że pan minister będzie ewentualnie odpowiadał na pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Myślę, że dość obszernie i dość jasno wytłumaczył pan zasady i założenia tej ustawy, aczkolwiek od wielu tygodni toczy się – i myślę, że dobrze – dyskusja na temat tego, co nowego wniesie ta ustawa.

Czy mógłby pan tak troszeczkę, już nie jako minister zdrowia, ale jako polityk, powiedzieć, czy te obawy są uzasadnione, że będzie Armagedon, który się przetoczy przez Polskę, polską służbę zdrowia, że szpitale zostaną zamknięte i będzie od 1 października potop czy jeszcze inne rzeczy się wydarzą w naszej służbie zdrowia. To moje pierwsze pytanie. A zaraz przejdziemy do pytań senatorów.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie Przewodniczący, oczywiście to, jak będzie, to wszyscy zobaczymy, zobaczymy to w październiku. To też jest istotna zmiana w stosunku do pierwotnych planów, bo planowaliśmy, że to rozwiązanie wejdzie w życie już w połowie roku, ale myślę, że dobrze się dzieje, że jest to przesunięcie, bo po prostu wszyscy, którzy będą musieli się przygotować do tego, mają na to więcej czasu, zarówno

płatnik, jak i sami świadczeniodawcy, również właściciele świadczeniodawców; myślę, że to też jest istotne, ponieważ obserwujemy... I to jest jedna z takich rzeczy, które są pewnym paradoksem, bo z jednej strony mówi się, że rozwiązanie jest groźne, a z drugiej strony szerokim strumieniem płyną do Ministerstwa Zdrowia listy z różnego rodzaju wnioskami i prośbami o to, aby ten dany szpital koniecznie znalazł się w sieci. To pokazuje, jak ważne jest to rozwiązanie przede wszystkim dla tych świadczeniodawców, którzy dzisiaj naprawdę żyją w ciągłej niepewności, w niepewności, która nie jest teoretyczna.

Chętnie podaję przykład szpitala, który znikł. Znikł nie pod rządami ustawy wprowadzającej sieć, tylko pod rządami ustaw dotychczas obowiązujących. To jest szpital powiatowy w Krośnie Odrzańskim. Szpital, który został skomercjalizowany zgodnie z zaleceniami czy linią polityczną – jak pan pyta o politykę – która dotychczas panowała, i został zamieniony w spółkę. Potem ta spółka została sprywatyzowana, a następnie właściciel prywatny z różnych powodów doszedł do wniosku, że szpital nie ma racji bytu i go zlikwidował. I dzisiaj szpitala w tym powiecie nie ma. To jest duży, rozległy powiat, który nie ma szpitala. Dzisiaj, mądrzy po szkodzi, samorządowcy z tego powiatu odbudowują szpital powiatowy. Utworzyli spółkę, trwa cały proces rejestracji itd. No, oczywiście w tym powiecie szpital jest potrzebny. To się wydarzyło, proszę państwa, właśnie dlatego, że nie było sieci. To jest – można powiedzieć – taki ekstremalny przykład tego, co może grozić szpitalowi, jeżeli nie wprowadzimy tych przepisów.

Te przepisy... Druga kwestia budząca kontrowersje to rozkład, który wprawdzie w ustawie nie jest zapisany, ale o nim się mówi – 91:9, 91% środków na szpitale w sieci i 9% na szpitale poza siecią. 9% w porównaniu z 91% wygląda tak, jakby to była jakaś resztką, prawda? Ta resztką to mniej więcej 3 miliardy zł. Szanowni Państwo, to jest... Skąd to się bierze? Następną falą... Z jednej strony szpitale ciągną do sieci, a inni, którzy widzą, że w sieci się nie znajdują, przede wszystkim ze względu na rodzaj świadczeń, jakich udzielają, mówią: na te konkursy, które będą poza siecią, już prawie nie starczy pieniędzy i nie załapiemy się. Otóż, proszę państwa, trzeba bardzo wyraźnie powiedzieć, skąd się wzięły te liczby. To są liczby zastane, a nie planowane – bardzo mocno to podkreślam. Jeżeli byśmy narysowali obszar odzwierciedlający wszystkie szpitale w Polsce i – wiedząc dzisiaj, jak szpitale i ich struktura wewnętrzna, kontrakty wyglądają – wyrysowali granicę między tymi, które do sieci się kwalifikują, a tymi, które się nie kwalifikują, uwzględniając wartość świadczeń udzielanych przez jedno i drugie szpitale w roku 2015, to zauważylibyśmy, że to jest właśnie ten podział na 91% i 9%.

(Głos z sali: Na podstawie kontraktu z NFZ.)

Na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Czyli, krótko mówiąc, to nie jest tak, że my zakładamy, że chcemy dać szpitalom w sieci 91%, a resztę damy na konkursy, tylko po prostu, badając sytuację, analizując tę, która była w 2015 r., jeśli chodzi o wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, zarówno kontrakty, jak i zapłacone nadwykonania, bardzo na to zwracam uwagę... To było właśnie 91% i 9%. Czyli można powiedzieć, że z założenia nikt ani nie zyskuje, ani nie traci, bardzo mocno

to podkreślam. Po prostu taka jest wartość świadczeń realizowanych przez szpitale, które na mocy proponowanych kryteriów nie wchodzi do sieci. To jest właściwie – można powiedzieć – istota.

No i wreszcie, Panie Przewodniczący, politycznie... To też jest pewien paradoks. My również pewnie i tutaj, na tym posiedzeniu, będziemy dyskutować bardzo dużo o różnego rodzaju punktach widzenia, o interesach tych, którzy w służbie zdrowia udzielają świadczeń, czyli interesach właścicieli szpitali zarówno publicznych, jak i niepublicznych, zarządzających szpitalami, przedstawicieli zawodów medycznych, związków zawodowych. Ta strona, dla której budujemy służbę zdrowia, jest trochę niema, tzn. pacjenci stosunkowo rzadziej biorą udział w tej dyskusji. Myślę, że to jest taka ogólna konstatacja, ale przecież dla nich to robimy, prawda?

I teraz podstawowe pytanie w związku z tym: jaka będzie korzyść dla pacjenta, jeżeli chodzi o wprowadzane rozwiązania? Pierwsza korzyść wynika pośrednio z gwarancji bezpieczeństwa dla samych szpitali. No bo jeżeli mieszkam w małym miasteczku albo na wsi i gdzieś w zasięgu kilkudziesięciu kilometrów ode mnie jest szpital, to po prostu ważne jest, żeby ten szpital nie znikł, tak jak szpital w Krośnie Odrzańskim. To jest podstawowa sprawa. To jest kwestia gwarancji nie tylko dla samorządu czy dla szpitala, ale też dla mieszkańców okolic. Chodzi o to, żeby ten ich szpital nie znikł. Można powiedzieć, że w przytłaczającej większości przypadków sieć te – używam tego określenia z rozmysłem – prawdziwe szpitale... Bo, proszę państwa, wśród szpitali w Polsce są takie, które mają 1 tysiąc 200 łóżek, i takie, które mają zarejestrowane jedno łóżko. Więc kiedy mówię o prawdziwych szpitalach, to koncentruję się na tych mniej więcej 700, które rzeczywiście są szpitalami w pełnym tego słowa znaczeniu. Otóż te szpitale nie mają się czego bać. Wręcz odwrotnie, dla nich sieć jest gwarancją, a przez to dla pacjentów czy mieszkańców, którzy żyją wokół tego szpitala, którzy tam mieszkają; mogą oni mieć to poczucie bezpieczeństwa. To była pierwsza kwestia.

Ale teraz oczywiście najważniejsza kwestia – moment, kiedy pacjent trafia do szpitala. Jakie są korzyści z tego rozwiązania, które proponujemy? Po pierwsze, jest to jedno z takich krytycznych miejsc, o czym wszyscy wiemy, izba przyjęć albo tzw. SOR, szpitalny oddział ratunkowy. To jest miejsce, w którym zawsze zwłaszcza ci ciężko chorzy pacjenci – można powiedzieć – konkurują z długą kolejką ludzi, którzy przyszedli tam po prostu dlatego, że nie zdążyli do podstawowej opieki zdrowotnej z jakimiś błahymi zachorowaniami. I te dwie kolejki będą rozdzielone. To jest jedna z propozycji, które tutaj są. Zakładamy, że szpitale sieciowe obok izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego będą prowadziły w tej samej lokalizacji przychodnię nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i nastąpi pewne odciążenie tego miejsca, gdzie przyjmowani są najczęściej chorzy. Na nich się skoncentrujemy w pierwszej chwili.

Drugi etap, czyli sam pobyt w szpitalu. Tak jak mówiłem, bardziej elastyczne podejście do możliwości zaopatrzenia pacjenta... Nie chodzi o wykonanie u niego jednej procedury, ale po prostu o potraktowanie go w zakresie diagnostyki i leczenia tak, jak on na to zasługuje.

Trzeci etap to etap wypisania ze szpitala...

Przepraszam, jeszcze na chwileczkę zatrzymam się na etapie szpitalnym. To się wiąże ze zjawiskiem, które niestety jest bardzo – powiedziałbym – wstydlive dla obecnego systemu, czyli zjawiskiem wybierania lepszych pacjentów, lepszych procedur i różnego rodzaju... no, przynajmniej pokusy unikania tych gorszych pacjentów czy mniej opłacalnych procedur. Niestety to zjawisko... Może aż strach mówić o nim głośno, ale ono po prostu występuje i wiedzą o tym wszyscy, którzy... A tu na sali jest sporo osób, również wśród państwa senatorów, które to znają od środka – że tak powiem – bo po prostu pracują w służbie zdrowia. To zjawisko powinno zniknąć.

I wreszcie trzeci etap, czyli etap wypisania ze szpitala. Szanowni Państwo, w dzisiejszych czasach pobyt w szpitalu jest bardzo często maksymalnie ograniczany dla dobra pacjenta, ponieważ pacjent długo leżący narażony jest na różnego rodzaju powikłania związane z samym pobytym w szpitalu. Starsza osoba w ogóle nie powinna być w nim dłużej niż przez jakiś minimalny okres. No, pacjentom zawsze grożą zakażenia i różne inne powikłania, wobec czego są wypisywani często w stanie dalekim od zdrowia. A zatem potrzebują kontynuacji tego leczenia już nie w warunkach szpitalnych, tylko w warunkach ambulatoryjnych. Bardzo często wymagają również rehabilitacji. No, w niektórych przypadkach ta rehabilitacja jest zupełnie fundamentalna, tzn. trudno sobie wyobrazić wiele np. operacji ortopedycznych bez uzupełnienia w postaci rehabilitacji.

Jak to wygląda dzisiaj? Dzisiaj pacjent wychodzi ze szpitala i musi znaleźć sobie miejsce, w którym dostanie się do specjalisty ambulatoryjnego i na rehabilitację. Proszę zwrócić uwagę na to, że ten pacjent – tak jak mówiłem – często jest nie całkiem zdrowy. Wielu pacjentów to ludzie w podeszłym wieku, a ich opiekunowie też nie są zdrowi i nie są – że tak powiem – zaradni, sprawni, a zatem znalezienie tego miejsca wcale nie jest taką prostą sprawą. Nikt tego nie koordynuje przecież, a jeszcze, co gorsza, natrafiają na problem kolejki, która często jest tak długa, że właściwie kompletnie niweczy to możliwość kontynuacji leczenia szpitalnego. No i to się zmienia, prawda? Czyli to nie jest tak, że my zlikwidujemy jednym posunięciem wszystkie kolejki, ale w przypadku tych najczęściej chorych pacjentów, po szpitalu, jest duża szansa, że problem tych wielomiesięcznych kolejek po prostu zniknie, dlatego że szpital, który się nimi opiekował na łóżku szpitalnym, będzie zapewniał im również opiekę ambulatoryjną i opiekę w zakresie rehabilitacji. I to jest – można powiedzieć – istota tej zmiany. Jeżeli ktoś nie dostrzega bardzo wyraźnego pozytywu w tym zakresie, to moim zdaniem nie dostrzega tego, co naprawdę pacjentom jest po prostu potrzebne.

Wreszcie ostatnia kwestia, w jakimś sensie polityczna – chociaż ona jest nie polityczna, tylko merytoryczna, ale pojawiła się w przestrzeni publicznej – to kwestia niektórych profili nieuznanych za te, które stanowią o kryteriach wpisania do sieci, w szczególności teraz jakoś wysunęła się na czoło geriatra. Otóż, proszę państwa, zasada, jaką proponujemy, jest przede wszystkim taka, że cały szereg procedur specjalistycznych może zostać wykonany inaczej niż dotychczas.

Bardzo pięknie mówił o tym prezes Polskiej Federacji Szpitali, pan Fedorowski. Mówił o doświadczeniach... Ma on dużo doświadczeń z zagranicy, np. z Ameryki. Tam szpitale, w których są oddziały, są raczej rzadkością. Szpital jest pewną przestrzenią, w której pacjenci leczeni są przez różnych specjalistów, w zależności od potrzeby. My jesteśmy przyzwyczajeni do struktury oddziałowej, ale jeszcze bardziej jesteśmy... W ostatnich latach – tak jak mówiłem – w wyniku presji ze strony płatnika dokonywano coraz bardziej specjalistycznych podziałów wewnętrznych szpitali, czyli nawet w szpitalach niskiego szczebla tworzone oddziały specjalistyczne albo co najmniej pododdziały specjalistyczne. Proszę państwa, ta ustawa wprowadza nową jakość, tzn. przestaniemy wymagać właśnie nazw, tabliczek, specjalności do tego, żeby wykonywać określone rodzaje świadczeń, bo np. na internie może być wykonywana z powodzeniem ogromna część świadczeń z zakresu diabetologii, nefrologii, reumatologii, kardiologii. Przecież tam pracują lekarze, którzy potrafią to robić. Zresztą czym jest interna, jeśli nie właśnie początkiem tych specjalności? Owszem, te najbardziej specjalistyczne procedury w tych zakresach nie będą mogły być wykonywane na oddziale internistycznym, ale właśnie tak ma być. Tam potrzebna jest konsultacja superspecjalistów, a oni funkcjonują w oddziałach specjalistycznych, w nastawionych już na wysoką specjalistykę szpitalach o wyższym poziomie referencyjności. I tam trzeba skierować tych pacjentów.

Podoba sytuacja jest w przypadku specjalności zabiegowych. Na chirurgii będzie można zrobić dużo zabiegów urologicznych, laryngologicznych, ortopedycznych itd., prawda? Oczywiście znowu z wyłączeniem pewnych najbardziej specjalistycznych zabiegów, które powinny być po prostu wykonane tam, gdzie jest ich miejsce, gdzie są lepsze wyposażenie i większe doświadczenie, krótko mówiąc, tam gdzie więcej się wykonuje tych świadczeń, z korzyścią dla pacjentów. Właśnie w takim miejscu jest geriatrycja. Geriatrycja z całą pewnością...

To znaczy, proszę państwa, trzeba mieć świadomość tego, że w Polsce jest zarejestrowanych 391 geriatrów. Pewnie część nawet nie pracuje. Jest ich nieco mniej niż powiatów w Polsce. Widać gołym okiem, że w Polsce nie ma szansy na utworzenie żadnej sieci placówek geriatrycznych. Po prostu z tej liczby nie da tego się zrobić. Ale, proszę państwa, jest pytanie: czy w ogóle należy to robić? Można powiedzieć, że wszelkie tendencje i ekspertyzy na świecie pokazują, że nie jest to dobry kierunek. Owszem, być może powinny powstawać jakieś pojedyncze, referencyjne nawet nie tyle oddziały, ile kliniki geriatryczne, głównie z nastawieniem na kształcenie geriatrów i kształcenie innych profesjonalistów w opiece nad osobami w wieku podeszłym, także pielęgniarek, rehabilitantów, fizjoterapeutów itd. Być może tak, ale na pewno nie powinniśmy zmierzać do tego, żeby pokryć Polskę siecią szpitali geriatrycznych czy oddziałów geriatrycznych. Z kilku powodów. Pierwszy to ten, o którym powiedziałem, obiektywny – po prostu nie mamy kadry. Drugi jest taki, że pacjentów w wieku podeszłym powinno trzymać się w szpitalu jak najkrócej. Więc jeśli pacjent trafia do szpitala, z reguły z jakąś chorobą, to trafia na jakiś oddział i do jego dyspozycji ewentualnie albo do dyspozycji lekarzy, którzy się nim zajmują, powinien

być geriatra konsultant na terenie szpitala; to jest model, który chcielibyśmy promować. A zatem ogromna część procedur geriatrycznych, które dzisiaj są w tym zakresie, będzie mogła być wykonywana na wszystkich poziomach szpitalnych na internie. Jeżeli ktoś mówi, że geriatryi nie ma w sieci, to po prostu nie czyta tych projektów, które przedstawiamy, ponieważ począwszy od trzeciego stopnia – czyli w przypadku szpitali wojewódzkich i wyżej – geriatrycja jest normalnym profilem, który jest zawarty w sieci. A zatem nie ma w ogóle problemu geriatryi, chyba że ktoś chciałby właśnie budować sieć szpitali geriatrycznych, co jest kompletnym nieporozumieniem.

Tak już zupełnie na koniec, jeśli chodzi o problem geriatryi, mogę powiedzieć tak: te nieliczne nietypowe szpitale, także szpitale geriatryczne – nie wspominałem o tym chyba w ogóle w prezentacji ustawy i to jest miejsce, żeby o tym powiedzieć – będzie można, na drodze indywidualnego wskazania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu po zaopiniowaniu przez ministra, zaliczyć do sieci. I tak się stanie, ponieważ, proszę państwa, w ogóle dążenie do tego, aby objąć kolejne kategorie szpitali niespełniających dotychczas kryteriów tym dobrodziejstwem sieci, oznaczałoby... Jak myślimy o jednym czy dwóch szpitalach, to przesunięcie następuje o 100 kolejnych szpitali. Zresztą również w drugą stronę, gdyby... Bo niektórzy mówią, że pewne rzeczy nie są wymagane w tej sieci. Gdyby podwyższyć wymagania, to okazałoby się, że np. 100 kolejnych szpitali do sieci by nie weszło. Więc mechanizmem zabezpieczającym, który służy temu, żeby poradzić sobie z tą sytuacją, jest właśnie to indywidualne wskazanie. Ono oczywiście będzie wyjątkiem, ale jest możliwe i będzie miało miejsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz przystępujemy do pytań państwa senatorów.

Kto z państwa chciałby zadać pytanie panu ministrowi?

Pan przewodniczący Leszek Czarnobaj. Proszę.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Ministrze, zanim przejdę do szczegółowych pytań – bo mamy kilka pytań do pana wypowiedzi – chciałbym tak ogólnie zapytać pana ministra... Myślimy na Pomorzu w 2006 r. przeprowadzali pilotaż projektu ustawy pana profesora Religi. Jeżeli chodzi o opinię pana ministra o sieci, to tamta była prawdziwa czy ta, którą dzisiaj pan wygłosił? Bo – jak pamiętam – wtedy, kiedy się spotykaliśmy, pan mówił o sieci zupełnie coś innego niż teraz. Dlatego chciałbym zapytać, czy tamta była prawdziwa, czy ta. To po pierwsze.

Po drugie, co takiego – że tak powiem – w doświadczeniu, bo to 10 lat minęło, każdy ma prawo do pewnej zmiany, zmieniło się w postrzeganiu przez pana osobiście tamtego projektu, Panie Ministrze, i tego projektu? Co takiego się zmieniło, jeśli chodzi o kwestie pana osobistego spojrzenia na zarządzanie zdrowiem w Polsce?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Może po dwa pytania? Może pan senator Duda, bo się zgłaszał, prawda?

(Senator Jarosław Duda: Nie.)

Nie? Proszę bardzo, pan senator...

(Senator Tomasz Grodzki: Grodzki.)

...Grodzki, tak. Przepraszam.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Panowie Ministrowie... I Pani Minister! Przepraszam bardzo.

Pytań mamy bardzo dużo, ponieważ zmiana, która jest proponowana, jest w jakimś sensie fundamentalna. Nie jestem zwolennikiem cytowania z lat ubiegłych – wszystko, co teraz mówimy, pewnie za 10 lat ktoś nam wypomni – ale na początku dyskusji zacytuję dużo świeższą wypowiedź pana ministra, dlatego że się z nią zgadzam, dlatego że się z nią identyfikuję. Mianowicie w 2014 r. pan minister powiedział: „cała wina za bałagan, jaki zapanował w ochronie zdrowia, spoczywa na decydentach, którzy próbują wprowadzić bez słuchania uczestników systemu w pośpiechu przygotowaną złą reformę bez dodatkowych środków”. Z każdym słowem się zgadzam.

Ta reforma, o czym za chwilę będziemy pewnie głębiej dyskutować, jest słabo przygotowana. Nie ma dodatkowych środków, bo o ile zgadzam się z panem ministrem, że trzeba dochodzić do tych 6% czy – jak uważam – 7% PKB, o tyle tempo dochodzenia wydaje mi się trochę wolne, a na razie realia są takie, że nasze nakłady proporcjonalnie spadły, bo PKB trochę wzrosło. Wedle mojej wiedzy obecnie – sprawdziłem to w GUS – jest to 4,38% PKB, czyli mniej, niż było, dlatego że PKB wzrosło i nakłady nie nadążają.

Pytamy uczestników systemu ochrony zdrowia... Na bodajże prawie 500 czy w tej chwili już więcej uwag do tej ustawy, które zgłaszały różne środowiska – od wojewodów po organizacje, Naczelną Izbę Lekarską czy organizacje pacjenckie oraz szpitale – uwzględniono zaledwie 7. Czyli warunek dotyczący słuchania środowiska nie jest spełniony. Nie ma nakładów, nie ma słuchania środowiska. W związku z tym finał będzie prawdopodobnie taki, jak pan minister skonkludował w 2014 r., czyli bałagan i chaos.

Przechodząc do ocen, które pan minister w swoim wystąpieniu przedstawił, chciałbym powiedzieć, że z każdą z tych tez można długo dyskutować. Jeżeli ktoś czytał stenogramy z wystąpień sejmowych i replik pana ministra... Można się z tym zapoznać. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na kilka paradoksów, bo pan minister powiedział, że z jednej strony będzie ryczałt, a z drugiej strony będą jednorodne grupy pacjentów. No, przy całym szacunku... Suma procedur wykonanych według systemu JGP to jest to, co mamy teraz, to jest kontrakt. Jeżeli ryczałt ma polegać na tym, że będziemy liczyć procedury i w zależności od tego, kto je wykona i ile ich wykona, ten w następnym roku dostanie więcej ryczałtu... To jest tylko zmiana nazwy. Kontrakt się nazywa ryczałt, a i tak liczymy procedury w JGP, czyli ich suma ma doprowadzić do wysokości ryczałtu. No, to jest dla mnie paradoksalne, bo jest to tylko – jeżeli tak to ma wyglądać – zmiana nazwy z „kontraktu” na „ryczałt”.

Chciałbym powiedzieć, że będziemy zadawać pytania tylko w jednym imieniu, w imieniu pacjentów. Dzisiaj problemem pacjentów jest dostęp do lekarza. Teoretycznie zapisy tej ustawy mają to poprawić, jednak trzeba sobie zdać sprawę, że bez dodatkowych środków, bez dodatkowych nakładów nie będzie to możliwe. Powstaje fundamentalne pytanie... Skoro pacjent ma być leczony w poradniach przyszpitalnych – a w wielu miejscach tak już jest, więc to też nie jest duża zmiana – to w przypadkach, w których tak nie jest, pojawia się pytanie: przez kogo, gdzie i za co? A według tych wstępnych doniesień z NFZ o tym, ile pieniędzy ma być przeznaczonych na leczenie przyszpitalne... To nie starczy nawet na pensje dla lekarzy, którzy mieliby to wykonywać. Ale tego jeszcze nie wiemy.

Druga obawa, ogromna, jest taka, że do sieci wchodzi szpitale, które od dwóch lat spełniają kryteria, mają OIOM itd., a następnie ta sieć jest de facto zamknięta, z tymi rybami w środku, przez 4 lata, czyli przez 6 lat petryfikujemy system, dlatego że...

W tej chwili przykładowo buduje się Szpital Południowy w Warszawie, który ani nie ma od dwóch lat kontraktu, ani go jeszcze po prostu nie ma. Ale prawdopodobnie powstanie w ciągu dwóch lat i trzeba będzie specjalnej, eksterynaryjnej decyzji pana ministra, żeby go ewentualnie do tej sieci wprowadzić, oczywiście jakimś kosztem.

Problem finansowania będzie wracał jak bumerang, bo niezależnie od tego, czy nazwiemy wykonywanie procedur JGP ryczałtem, czy kontraktem, te procedury nie stanowią. Ilość nici zużytych na operację będzie ta sama, liczba staplerów ta sama, liczba procedur diagnostycznych, które trzeba wykonać, jeżeli się trzyma zasad etycznych, będzie ta sama. I szpitale będą musiały ponieść te koszty. Obawiam się, że w tym wypadku może się ziszczyć czarowanie rzeczywistości trochę według socjalistycznej zasady mówiącej, że socjalizm to był świetny ustrój, tylko ludzie jakoś nie dorośli, dlatego że koszty ponoszone przez szpitale w żaden sposób nie zmniejszają i próby zaklinalnia rzeczywistości w tej materii się nie sprawdzają.

Jeśli mówimy o tym, kto się z tej ustawy cieszy... Pan minister był uprzejmy w trakcie debaty sejmowej użyć nazwy nowej kategorii szpitali: „szpitale prawdziwe”. Kto chce, niech zajrzy do stenogramu. Zgadzam się z panem ministrem, że są szpitale w Polsce – na szczęście nieliczne w mojej ocenie – które żeby „dociągnąć” do kontraktu, hospitalizowały katarę czy bóle brzucha nieokreślonego pochodzenia czy w ogóle jakieś banalne schorzenia, które w normalnych ciężko pracujących szpitalach, w tych prawdziwych ciężko pracujących, w ogóle nie przekroczyłyby drzwi dalszych niż do izby przyjęć czy SOR. I ci się cieszą, bo wreszcie będą mogli przestać udawać. Wprawdzie stoi to w sprzeczności z tym, że ryczałt będzie obliczany na podstawie JGP, może się okazać, że będą trochę w pułapce. Jednak, proszę mi wierzyć, w tej ustawie nie ma ani jednego fragmentu, który by motywował dyrekcję szpitali do tego, żeby leczyły bardziej skomplikowane przypadki, żeby leczyły według wskazań medycznych, które są... Pan minister wspomniał, że niektórzy wybierają sobie przypadki lekkie, łatwe, tanie i przyjemne, a w tej ustawie nie ma żadnego hamulca, który będzie przed tym bronił. Wręcz odwrotnie.

Słowo „ryczałt” zachęca do tego, że skoro mamy dostać określoną kwotę pieniędzy, to zrobmy ją za pomocą np. przewierzenia stawu kolanowego, za pomocą artroskopii, w przypadku której wkładamy optykę, skrobiemy trochę chrząstkę, bo to jest procedura tania, lekka, łatwa i przyjemna. A procedura protezy rewizyjnej z hemipelwektomią, która kosztuje 200 tysięcy zł, przy czym NFZ uprzejmie zwraca 32 tysiące zł czy 80 tysięcy zł w niektórych przypadkach, zostanie odepchnięta na 100%. Już widzę te narady dyrekcji szpitali z ordynatorami: proszę państwa, mamy ryczałt, musimy się w nim zmieścić, proszę troszeczkę zwolnić obroty, proszę się nie napinać.

Dlatego że w założeniu finansowym, które państwo przedstawiali, w jakiś sposób zostały pominięte nadlimity, których większość szpitali ma bardzo dużo i które nie są w części zapłacone. One mają być wpisane na podstawie 2015 r. w ryczałt, jednak to nie jest tak, że prawdziwe czy normalnie pracujące szpitale narzekają na brak pacjentów. One narzekają na nadmiar chorych. Na tym polega clou. Jeżeli teraz przestaniemy ich, w pewnym sensie akordowo, zachęcać do tego, żeby wykonywali więcej tych procedur i to w zakresie, jaki zależy od stanu chorego, epidemiologii i etyczno-profesjonalnych wytycznych dotyczących lekarzy, tylko będziemy im mówić „wyróbcie ten ryczałt czymkolwiek, bylebyście go wyrobili”, to naprawdę spowodujemy, że kolejki przed szpitalami wzrosną, a kolejki i limity to główna bolączka pacjentów i dyrektorów szpitali.

Trzecią bolączką, która w ogóle tu nie jest poruszana, jest wycena świadczeń w JGP. Jeżeli się okazuje, że ryczałt – szczerze mówiąc, myślałem, że wycena w JGP ma zniknąć – to suma JGP-ów, przepraszam za kolokwializm, zwana do tej pory kontraktem, to w zasadzie zmiana jest tylko symboliczna. A my, którzy pracujemy w służbie zdrowia, dobrze wiemy, że są procedury korzystne finansowo i procedury niekorzystne, żeby wspomnieć przykładowo przewlekłe, ciężkie martwicze zapalenie trzustki, które już niejedną oddział, zwłaszcza mały, zrujnowało. I takich przykładów można podać dużo.

Oszczędzając czas, nie chcę poruszać wszystkich aspektów, chociaż długo mógłbym uprzejmie polemizować z panem ministrem. Jednak w konkluzji chciałbym stwierdzić, że wydaje się zasadne, żeby tak fundamentalne zmiany, których wszystkich skutków ubocznych naprawdę nie jesteśmy w stanie tu przewidzieć, mimo wysokiego profesjonalizmu siedzących po obu stronach stołu... Nikomu się nie stanie krzywda, jeżeli jeszcze raz pan minister aneksuje umowy – co od 4 lat się dzieje i my to przeżyjemy, bo jesteśmy w tym systemie jakoś osadzeni – a w wybranych dwóch województwach, jednym na północy, jednym na południu, wprowadzimy pilotaż tej reformy. I po roku w praniu czy w realiach prawdziwego życia będziemy mogli sprawdzić, czy te szlachetne założenia, które przyświecają ministerstwu, naprawdę przystają do rzeczywistości, czy pozostają tylko w sferze pobożnych życzeń i czegoś, co Anglicy ładnie określają jako *wishful thinking*. Dlatego taką poprawkę zgłosimy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Zawsze pozwalam się wypowiedzieć na posiedzeniu komisji maksymalnie, ale prosiłbym, jeżeli będą pytania, o troszkę krótsze i bardziej zwięzłe.

Jeżeli chodzi o poprawki, to też bym prosił, Panie Senatorze, żeby – jeżeli pan taką ma – złożyć ją do pani legislator, bo chcielibyśmy, żeby była ona na piśmie. Dobrze? A teraz, Panie Ministrze, proszę o odpowiedź.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

No, trochę szkoda, że rozmawiamy w gruncie rzeczy wyłącznie językiem polityki, a nie pochylamy się nad rozwiązaniami, które są zapisane w ustawie.

Pan senator Czarnobaj był łaskaw przytoczyć moje wypowiedzi sprzed 10 lat. Cóż, mogę tylko powtórzyć to, co powiedziałem w Sejmie: każdy myślący człowiek dojrzeva w swoich sądach, przekonaniach, analizuje sytuację i nie ma nic dziwnego w tym, że zdanie może się zmieniać.

Ale, Panie Senatorze, uspokoję pana, że naprawdę osobą... czy osobami, które zablokowały sieć szpitali przygotowaną przez świętej pamięci pana profesora Religę... To nie byłem ja, tylko była to Platforma Obywatelska, która przejęła wówczas władzę i która później zresztą parokrotnie przymierzała się do tego, żeby zrobić sieć.

Jeśli chodzi o odpowiedź na pytanie o to, czy jest jakaś różnica i czy ja zmieniłem zdanie, to jest, Panie Senatorze, kwestia po prostu tego, że gdyby... No, niestety mam wrażenie, że o ustawie o sieci przygotowanej w 2007 r. pewnie nie wie pan wiele więcej, tylko zna pan jej popularną nazwę, a sytuacja jest taka, że różnica jest zasadnicza. Wówczas plany, nigdy niezrealizowane plany, zakładały tworzenie sieci od góry, w wyniku decyzji ministra zdrowia, który miał zaliczać określone szpitale do sieci. Dzisiaj proponujemy zupełnie inne rozwiązanie, które zresztą siecią nazywane jest tylko kolokwialnie. Po prostu jest lista kryteriów, które pozwalają uznać, że szpital jest w tej sieci lub nie. I to jest zasadnicza różnica, która moim zdaniem istotnie zmienia sposób patrzenia na to, jak to rozwiązanie wygląda. Ale myślę, że naprawdę lepiej byłoby skupić się na rozwiązaniach, które proponujemy.

Jeżeli chodzi o wypowiedź pana senatora Grodzkiego, to jest w niej strasznie dużo sprzeczności.

Panie Profesorze, mówił pan, że będzie pan zabierał głos z perspektywy pacjentów, ale mówił pan o JGP, o skrobaniu stawów, które jest łatwe, lekkie i przyjemne. No, nie wiem, czy to jest perspektywa pacjentów. Mówił pan o ryczałcie, o nowych szpitalach i jako żywo mam wrażenie, że pacjentów to wszystko mało interesuje. Pacjenci zupełnie czym innym się interesują. Interesują się właśnie kolejką, interesują się tym, żeby nie wykonano u nich procedur, tylko żeby zaopiekowano się nimi itd.

Jeżeli chodzi o kwestię braku dialogu, to mam wrażenie, że mamy tutaj do czynienia z jakimś nieporozumieniem. Jednocześnie drugi zarzut, który pan sformułował, dotyczący pośpiechu... Proszę państwa, proszę mi pokazać takie ustawy, które powstały w ciągu ostatnich 10 lat, w przypadku których od rozpoczęcia konsultacji publicznych do ich

faktycznego zadziałania minął rok, bo tyle to trwa w przypadku tej ustawy. Rozpoczęliśmy konsultacje publiczne w październiku, w październiku następnego roku ta ustawa zadziała. To nie jest pośpiech, to jest właśnie spokojne przygotowanie ustawy, która bo bardzo wielu spotkaniach i rozmowach z wieloma partnerami społecznymi i różnymi innymi, z ekspertami itd., ma po prostu bardzo wyraźnie zmieniony kształt i wygląd.

Mówił pan o tym – w zasadzie można by wyciągnąć taki wniosek z pana wypowiedzi – że bez dodatkowych środków poprawa w ogóle nie jest możliwa. Ale, proszę państwa, przez 8 lat rządów Platformy Obywatelskiej i PSL nie było ani razu decyzji o tym, żeby zwiększyć środki. Te środki wzrastały automatycznie w związku ze wzrostem gospodarczym i wynagrodzeniami, to nie była żadna decyzja. Mało tego, zapowiedzi takiej decyzji padały. Pamiętam jako żywo wypowiedź pana premiera Tuska na spotkaniu tzw. białego szczytu w 2008 r., gdzie bardzo jednoznacznie wypowiadał się, że od następnego roku będzie wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Nigdy nie było tego wzrostu.

Proszę państwa, poza tym trudno byłoby przyjąć, że przez całe te lata rządów Platformy Obywatelskiej i PSL nie było żadnej próby naprawiania dysfunkcyjnego systemu. Bo co do tej dysfunkcji systemu służby zdrowia, to wszyscy się zgadzamy, pan profesor również o tym mówił. Oczywiście były takie próby. Jest zupełnie jasne, że ten system składa się zarówno ze środków, którymi jest zasilany, jak i z całej struktury organizacyjnej, która niezależnie od tego także może być lepsza albo gorsza. Ona niestety jest zła i trzeba ją naprawić.

Co do nakładów na ochronę zdrowia, to rzeczywiście planujemy rozpocząć wyraźne podwyższanie tych nakładów w przyszłym roku. Skoro pan mówi, że to jest wolne tempo, to proszę mi pokazać, gdzie było to tempo przez ostatnie 8 lat, bo ja go nie dostrzegałem. To tempo – jak mówiłem – było zerowe, pod względem proporcji do produktu krajowego brutto ono było zerowe. Ono się wahało nawet... a czasem były takie lata, kiedy spadało. Ale nikt tego już w tej chwili... Nie ma sensu o tym mówić. Nie było wzrostu, więc trudno mówić, że jakkolwiek wzrost ponad to, co jest, będzie wolny, bo to jest po prostu... No, zaczynamy rozmawiać, odrywając się od rzeczywistości.

Zwracam również uwagę na to, że już w roku 2017 realizujemy dodatkowe nakłady na ochronę zdrowia, których dotychczas nie było. Co więcej, Platforma i PSL zdecydowały, żeby zmniejszyć nakłady na ochronę zdrowia w tym zakresie. Jakie zakresy mam na myśli? Ano np. finansowanie szczepień z budżetu państwa – to jest w tym roku 300 milionów zł. Te pieniądze, według decyzji z 2015 r., miały być zaliczone do kosztu Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest bardzo konkretne obciążenie, które, gdyby weszło w życie – ono nie weszło w życie, dlatego że miało wejść w życie właśnie w tym roku i myśmy to zmienili – oznaczałoby poważne uszczuplenie możliwości zakupu świadczeń zdrowotnych, więc zwiększyliśmy o tę kwotę...

Dodatkowo w tym roku w budżecie państwa zwiększyliśmy o ponad 0,5 miliarda zł wydatki na leki; myślę o wydatkach na leki 75+. To jest razem blisko 1 miliard zł dodatkowego wydatku, który jest konkretem, z budżetu państwa w tym roku. Te pieniądze, jak będziemy liczyć

procent PKB w przyszłym roku za rok 2017, na pewno dadzą się zauważyć. A zatem nie ma mowy o tym, żebyśmy zmniejszali nakłady.

Kolejnym wydatkiem, który miał być ponoszony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, był wydatek na leki na hemofilię. One będą finansowane z budżetu państwa. To są konkretne decyzje. A zatem nie jest tak, że myśmy o pieniądzach nie myśleli. Oczywiście w jednej kwestii na pewno się zgodzimy – tych środków jest nadal za mało, ale proszę wybaczyć, tego nie da się zrobić z dnia na dzień, a poprzednicy nie robili tego w ogóle. To po prostu był automat – prawda? – który wynikał z takich czy innych zawirowań gospodarczych na świecie i w Polsce, czy rozwoju gospodarczego.

Dostrzegam także sprzeczność w pana wypowiedziach, bo z jednej strony mówi pan o tym, że przecież ryczałt w połączeniu z JGP to zmiana kosmetyczna, a z drugiej strony mówi pan, że zmiana jest fundamentalna. No to proszę się zdecydować, bo albo tak, albo tak. Stoimy albo wobec zmiany fundamentalnej, albo wobec kosmetycznej. Nie można jednej rzeczy nazywać w taki i taki sposób, bo doznają jakiegoś rozdwojenia w tym momencie.

To samo, jeśli mówi pan w ogóle o ryczałcie jako... No bo właśnie z jednej strony mówi pan, że ten ryczałt niczego nie zmienia, a z drugiej strony pana koledzy w Sejmie potężnie krytykowali to rozwiązanie jako demotywuujące do pracy.

Mówił pan senator również o tym, co będzie... Martwił się pan senator o przyszłość nowych szpitali, w tym Szpitala Południowego w Warszawie. No, zobaczymy, kiedy ten szpital powstanie. Na razie jest na takim etapie, że jeszcze trudno mówić o konkretach. Jednak zwracam uwagę na to, że z całą pewnością nowe jednostki mogą powstawać.

Po pierwsze, wprowadziliśmy – wydaje się – jedyne sensowne rozwiązanie w ubiegłym roku i ono już teraz działa pełną parą, tj. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, tzw. IOWISZ. Bardzo ważne jest to, żeby jednostki nie powstawały na zasadzie takiej, że ktoś wpadł na pomysł, żeby wydać gdzieś pieniądze, swoje czy unijne, wspólne itd., a następnie wystąpić o kontrakt bez zastanowienia się, czy jest rzeczywista potrzeba istnienia takiej placówki. I to zmieniamy. Od dzisiaj, a właściwie od września, sytuacja zmieniła się zasadniczo. Jeśli ktoś ma pomysł na inwestycję, to musi poddać go właśnie tej ocenie. I dopiero po uzyskaniu pozytywnej oceny może się strać o środki publiczne, na razie unijne, ale wprowadzimy tę zasadę w przypadku wszystkich środków publicznych, a być może nawet i prywatnych. To rozwiązanie w niektórych krajach dobrze się sprawdza, ponieważ nowa placówka zawsze – bez względu na to, kto ją za czyje pieniądze zbudował – prędzej czy później będzie zasysać środki publiczne z systemu.

Po drugie, jest instytucja zabezpieczająca. Jeżeli rzeczywiście ten szpital albo jakaś inna tego typu placówka zostanie zbudowana, to... Panie Senatorze, zwracam uwagę też na to, że w ustawie to jest bardzo wyraźnie opisane, że nie będzie żadnego zaliczania do sieci później, bo nie ma takiej możliwości. Jeżeli jednak będzie istniała potrzeba, to zostanie ogłoszony przez płatnika konkurs i w tym konkursie zostaną zamówione dodatkowe świadczenia, podkreślam: jeśli będzie taka potrzeba.

Odnosił się pan również to tego, że używam określenia „szpitale prawdziwe”, ale dwa zdania później użył pan określenia „szpitale prawdziwe, normalne”, mówiąc już we własnym imieniu, prawda? A zatem znowu dostrzegam tu jakieś rozdwojenie. Owszem, Panie Senatorze, Panie Profesorze, są szpitale prawdziwe i nieprawdziwe. Są. I nie chodzi o to, czy ten szpital robi to, czy tamto, ale skoro szpitalem dzisiaj zgodnie z przepisami nazywa się placówkę biznesową, która wynajmuje jedno albo dwa łóżka w tym prawdziwym szpitalu, i – mało tego – podpisuje kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia, które wykonuje ten właśnie prawdziwy szpital, który wynajął jej łóżka z niewiadomego powodu, to można powiedzieć, że jest to szpital nieprawdziwy. Ta jednostka, która wynajmuje kilka łóżek, również jest zarejestrowana właśnie jako szpital. Taka sytuacja jest głęboko patologiczna i wie pan o tym doskonale. To zjawisko trzeba ukrócić, dlatego że ono po prostu zagraża prawdziwym szpitalom. W tym sensie używałem tego określenia i wszyscy, zwłaszcza ci, którzy siedzą w służbie zdrowia, wiedzą dobrze, o co mi chodziło. Pan zresztą użył tych samych określeń, dlatego że to po prostu jest prawda, to jest rzeczywistość.

Jeszcze poproszę pana ministra Gryzę o to, aby te bardziej merytoryczne kwestie wyjaśnił do końca.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Może odniosę się do wątku ryczałtu i rozliczania jednorodnych grup pacjentów, a także do pewnej tezy, która jest związana z tym, że jest to – już pan minister o tym mówił – zmiana rewolucyjna czy zmiana bardzo istotna. Otóż, wychodząc z założenia analitycznego, patrząc na to, jak ten system funkcjonuje w tej chwili, można by powiedzieć, że budując ten projekt, nałożyliśmy pewną maskę, oddaliliśmy pewien charakter pracy tego systemu. Zobaczyliśmy, które podmioty i jak funkcjonują w tym systemie. Zobaczyliśmy, jakie są kierunki rozwoju i jakie powinny być kierunki rozwoju poszczególnych szpitali. I tak ta ustawa została zbudowana. Więc ona w tym zakresie nie jest jakąś fundamentalną zmianą, wbrew pozorom, bo wszystko, co istotne, w tej ustawie się znajduje. To jedna kwestia.

Sprawa dotycząca rozliczeń. Nie ma takiej możliwości, żeby rozliczać na podstawie innego systemu niż JGP. To po prostu nie jest możliwe. I takie założenie... Pan powiedział, że liczył na to, że nie będzie JGP, tylko będzie jakieś inne finansowanie, a w konsekwencji – drugie zdanie – użył pan sformułowania, że ryczałt do niczego nie zmusza. To właśnie wtedy, kiedy nie byłoby systemu składania sprawozdań, mogłoby być takie ryzyko. Ryczałt jest płacony za pewną gotowość bez sposobu przedstawiania sprawozdań. Taki system to był system budżetowy, kiedy mieliśmy poszczególne rozdziały, paragrafy itd. Jeśli państwo myślicie, że tutaj jest ten system, to muszę powiedzieć, że to nie jest ten system. Tutaj istnieje system sprawozdawczy oparty na jednorodnych grupach pacjentów, na podstawie którego budowany jest kolejny plan finansowy na następny okres rozliczeniowy. I nie może być inaczej.

A sprawa dotycząca wycen świadczeń... To jest w ogóle poważne zagadnienie systemowe, nad którym praca trwa od dłuższego czasu. I ta praca musi trwać. Trwała, musi trwać teraz i będzie trwała, ponieważ odpowiednia taryfikacja, odpowiednia wycena świadczeń jest absolutnie niezbędna. Przy czym w ochronie zdrowia jest taka oto sytuacja, że wycena świadczeń jest trudna. Dlatego np. pojawiają się świadczenia, które są lepiej wycenione od innych i stąd później na rynku pojawiają się podmioty, które wykonują świadczenia tylko w określonych kategoriach, grupach czy zakresach świadczeń. Dlatego lepiej jest, w skali systemowej, bardziej efektywnie, kiedy szpital wykonuje świadczenia w wielu zakresach, ponieważ to, czego nie dostrzegł regulator systemowy, np. to, że określony obszar jest lepiej wyceniony, a inny jest gorzej wyceniony... W skali podmiotów wykonujących wiele zakresów świadczeń ten potencjalny błąd, który zawsze będzie, ponieważ wycena świadczeń w ochronie zdrowia jest trudna i na pewno błędy w wycenie będą się pojawiać, trzeba je naprawiać, ale one są cały czas... Dlatego w skali systemowej lepiej jest, kiedy podmioty wykonują większe zakresy świadczeń, które jakby kompensują potencjalne błędy w wycenie.

Kolejna kwestia dotycząca ryczałtu. Właśnie ryczałt nie jest dany raz na zawsze, tylko jest to pewien plan finansowy zbudowany na dotychczasowym wykonaniu w pierwszym okresie rozliczeniowym, tj. na podstawie wykonania w roku 2015, z uwzględnieniem – i ustawa o tym mówi – sytuacji szczególnych, zwiększenia rozmiaru albo zmniejszenia rozmiaru przedsiębiorstwa. To, jakie świadczenia będzie się wykonywać, ile się tych świadczeń wykona, rzutuje na kolejny okres rozliczeniowy. Na razie te okresy rozliczeniowe będą krótsze, kwartalne czy półroczne, a później, jak ten system ochłonie, będą roczne.

To, co pan profesor, senator powiedział o naradzie dyrektorów z ordynatorami... Otóż my oceniamy, że to jest właśnie pozytywna reakcja, ponieważ nie jest dobrą sytuacją w systemie wzrost liczby świadczeń. Chodzi o to, żeby pacjentowi były dostarczane adekwatne świadczenia. Właśnie nie jest dobrze, kiedy system stymuluje do generowania świadczeń. Pacjent ma być należycie zabezpieczony, należyście ma być mu dostarczone świadczenie adekwatne do jego potrzeb. Widzimy, jak system, który jest w tej chwili – chodzi o takie właśnie finansowanie bezpośrednio za usługę – się zachowuje: następuje coraz większa podaż usług, czasami zasadnie, a czasami niezasadnie. Dlatego metodę budżetowania – która znana jest w teorii organizacji ochrony zdrowia, jest to normalna metoda finansowania świadczeń – stosuje się po to, żeby zbilansować z jednej strony zapotrzebowanie na świadczenia, a z drugiej strony naturalny proces zwiększania liczby świadczeń przez wykonawców świadczeń.

A my dokonujemy tutaj pewnych dwóch ruchów. Po pierwsze, wprowadzamy tę metodę ryczałtowania, a więc budżetowania, na podstawie świadczeń wykonanych w poprzednim okresie rozliczeniowym i dzięki odpowiednim regulacjom w tym wymiarze w rozporządzeniu ministra zdrowia budujemy plan na kolejny okres rozliczeniowy. W tej samej regulacji są też pewne wskaźniki jakościujące, które mają zwiększyć lub zmniejszyć poziom finansowania świadczeń w zależności od tego, jak te świadczenia były wykonywane.

Pan się pytał o docenienie bardziej skomplikowanych zabiegów. No, w tej chwili – ale my również nad tym pracujemy cały czas – w tym projekcie rozporządzenia mówimy, że wskaźnikiem jakościującym jest wzrost średniej ceny hospitalizacji. Akurat ten warunek odnosi się do szpitali trzeciego stopnia i wyższych. Więc jest to kwestia docenienia trudnej hospitalizacji.

Również istotnym elementem wykorzystania wszystkich zasobów jest połączenie sposobu rozliczania pomiędzy lecznictwem ambulatoryjnym a lecznictwem szpitalnym, tak żeby można było pacjenta należycie obsłużyć. Kwestia, o której pan powiedział, liczby staplerów... Być może czasami stapler nie będzie potrzebny, bo pacjent będzie należycie... Oczywiście, nie wchodząc w szczegóły, bo decyduje bieżąca sytuacja, dany przypadek. Ale chcemy zachęcić – przez ułatwienia rozliczeniowe, przez zestawienia tego w jednym sposobie finansowania świadczeń, a tym samym przez łatwość obsłużenia pacjenta – do obsługiwania pacjenta przez lecznictwo ambulatoryjne.

Wreszcie sprawa związana z grupą świadczeń odrębnie finansowanych. Właśnie dlatego, żeby system był elastyczny i żeby ryczałt nie został „rozjechany” przez świadczenia kosztochłonne – np. programy lekowe czy radioterapię, czy chemioterapię, czy też przez takie świadczenia, które nie powinny być rozliczane w systemie ryczałtowym, np. leczenie zaćmy, poród, opiekę nad noworodkiem czy endoplastykę, czyli wymianę stawu, stawu biodrowego czy kolanowego – rozliczamy to odrębnie. Tym samym wydaje się, że system finansowania uzyskuje pewną elastyczność, tzn. potrafi się dostrzec te świadczenia, które powinny być finansowane odrębnie, ale jednocześnie zachęca się do tego, żeby nie stymulować systemu do zwiększania liczby świadczeń.

Sprawa aneksowania i pilotażu, o której pan senator wspominał. Przypominam sobie, że jak po raz trzeci były aneksowane umowy – a ja tę nowelę prowadziłem w Senacie – to pan wtedy zadał pytanie, dlaczego po raz kolejny aneksujemy umowy, bo przecież pana szpital oczekuje na konkurs ofert i możliwość świadczenia nowych usług. I właśnie to, co pan powiedział, jest odpowiedzią na tę wątpliwość, dlatego że ustawa mówi tak: chcemy otworzyć rynek, również w zakresie lecznictwa szpitalnego, w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego i lecznictwa rehabilitacyjnego, bo ten rynek w tej chwili jest zamknięty przez system kontraktowania usług. W obszar szczególnie delikatny, jakim jest lecznictwo szpitalne, wkraczamy z pewną interwencją, czyli z tym systemem zabezpieczenia, a w pozostałych zakresach ogłaszamy konkursy, tak żeby właśnie tam, gdzie to jest potrzebne czy niezbędne, mogły wchodzić do finansowania świadczeń jakieś nowe rzeczy; dotyczy to zarówno lecznictwa szpitalnego, jak i lecznictwa ambulatoryjnego.

Oczywiście ze względu na całą logistykę tej zmiany trzeba aneksować umowy w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, bo nie dalibyśmy rady tego przeprowadzić i mógłby być z tym związany pewien chaos. Dlatego – dla bezpieczeństwa systemu, dla sprawności logistyki – umowy dotyczące lecznictwa ambulatoryjnego aneksujemy do połowy przyszłego roku w zakresie, który nie wchodzi do systemu zabezpieczenia, i w połowie przyszłego roku będziemy ogłaszali również konkursy na te zakresy.

Więc otwieramy rynek, stabilizujemy sytuację tam, gdzie powinna ona być stabilizowana, czyli w przypadku istotnych podmiotów funkcjonujących na rynku lecznictwa szpitalnego. Jednocześnie stwarzamy elastyczny mechanizm do tego, żeby można było przeprowadzać konkursy ofert, m.in. na te świadczenia, które się powinny pojawić.

Stąd m.in. jest taka propozycja, żeby nie aneksować i nie robić pilotażu w dwóch zakresach, ponieważ ten system wymaga korekty już teraz, gdyż aneksowanie umów odbywa się de facto od 5 lat. Powstaje bardzo istotne pytanie: co z obszarami, w których nie przeprowadzilibyśmy pilotażu? To znaczy, trzeba byłoby aneksować umowy na kolejne 3 lata, żeby zobaczyć, jak to wygląda, czyli pozwolić na trwanie tego systemu, który funkcjonuje w tej chwili. Taka sytuacja nie jest dobra, a – jak wspominałem na początku – to nie jest rewolucja, tylko jest to drobna korekta związana z określeniem istotności podmiotów i gwarancji finansowej; to jest jeden element.

Kolejny to określenie zakresów odpowiedzialności poszczególnych szpitali i ich kierunków rozwoju, bo ta ustawa tym samym mówi... Każdy stopień szpitali ma jakąś swoją odpowiedzialność, ma profile, w których powinien się rozwijać – więc jeśli myślisz o inwestycjach, to raczej myśl o inwestycjach w tym obszarze, który jest związany z twoim stopniem, oczywiście oprócz normalnej oceny wniosków inwestycyjnych, które się z tym wiążą. Wreszcie trzeci obszar jest związany z pewną korektą finansowania świadczeń. Staram się państwu przedstawić, że jest to korekta, nie jakaś rewolucja, to jest zmiana dotycząca części świadczeń. A część świadczeń będzie finansowana – te świadczenia, których odrębne finansowanie *fee for service* wydaje się zasadne – na tej samej zasadzie, jak w tej chwili. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

W następnej turze pan senator Leszek Czarnobaj. Proszę.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Okej, czyli pan senator Andrzej Wojtyła, bo widziałem, że się zgłaszał.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, chciałbym się tylko upewnić... Mówił pan, że ryczałt będzie obliczany za 2015 r. z nadwykonaniami. Czy faktycznie ze wszystkimi nadwykonaniami? Bo mój szpital ma kilka milionów niezapłaconych pieniędzy za nadwykonania z Narodowego Funduszu Zdrowia. O to mi chodzi konkretnie. Czy to będzie ryczałt z tymi wszystkimi nadwykonaniami, zapłaconymi i niezapłaconymi? Bo nie mam tutaj jasnej informacji.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza: Mogę odpowiedzieć na to pytanie.)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza:**

Idea jest taka, że są to świadczenia wykonane w ramach umowy. Nie chodzi o to, czy zostały one zapłacone, czy nie. Jednak wycena jest z roku 2017. To jest...

(Senator Andrzej Wojtyła: Nadwykonanie?)

Świadczenia wykonane w roku 2015, taka jest idea tego rozwiązania. Chodzi o to, żeby zbudować pierwszy plan finansowy na IV kwartał tego roku. Przy czym – jeszcze raz przypomnę – część świadczeń jest finansowana odrębnie, więc jeśli wyjmemy z ryczałtu te świadczenia, które są finansowane odrębnie, oczywiście na podstawie wykonania z roku 2015... Jeśli były wszczepiane endoprotezy, jeśli były porody itd. – ja tę listę przedstawiłem – to oczywiście z tamtego poziomu to wyjdzie i do ryczałtu, czyli do tego systemu budżetowania, budowy planu finansowego na kolejny okres rozliczeniowy, wejdzie tylko to, co jest w zakresie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pan senator Tomasz Grodzki...

(Senator Andrzej Wojtyła: Jeszcze chcę...)

Chcesz jeszcze? A proszę bardzo.

Senator Andrzej Wojtyła:

Jeszcze chciałbym zapytać, Panie Ministrze... Tutaj mówi się o innym finansowaniu trzeciego poziomu, czyli placówek klinicznych, a w ochronie zdrowia są jeszcze instytuty, które...

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza:**

To jest szpital ogólnopolski, szpital kliniczny i instytut.
(Senator Andrzej Wojtyła: Czyli wszystkie, niezależnie od profilu, dobra. I jeszcze...)

Ogólnopolski, tak. Ale ja tutaj wspominałem o jednym aspekcie tego. Nie mówiłem o innym finansowaniu, bo założenie nie jest takie, że będzie inne finansowanie, tylko po prostu w obecnym projekcie rozporządzenia określającego sposób wyliczania ryczałtu wśród wskaźników jakościujących... Bo my wyliczamy ryczałt jako pewną zawartość punktową, a oprócz tego – na tym polega idea tego rozwiązania – mnożymy tę wartość, a właściwie kwotę, która powstała z takiego prostego budżetowania, przez wskaźniki jakościujące. Wskaźnikiem jakościującym jest np. posiadanie certyfikatu ministra zdrowia, czyli akredytacji ministra zdrowia, ale również takim wskaźnikiem jakościującym jest wzrost średniej wartości hospitalizacji. To jest prosty wskaźnik, najprostszy, jaki można sobie wyobrazić, ale lepiej stosować prostsze niż żadne. W tej chwili, w tej wersji roboczej, ten wskaźnik byłby stosowany w szpitalach od trzeciego stopnia, żeby zachęcać szpitale wieloprofilowe, specjalistyczne do zajmowania się właśnie tymi pacjentami, bo to jest ich rola. A jednym ze wskaźników jakościujących też jest zwiększenie liczby świadczeń

wykonywanych w trybie ambulatoryjnym w porównaniu z liczbą świadczeń wykonywanych w trybie szpitalnym, w porównaniu z poprzednim okresem rozliczeniowym. Czyli wskaźniki jakościujące mają stymulować podmiot wykonujący świadczenia zdrowotne do określonego zachowania w stosunku do pacjenta. Założenie jest takie, że my ten system wskaźnikowania jakościowego będziemy rozwijać. Czyli w tej chwili została przedstawiona taka propozycja, a później, w miarę rozwoju tego systemu, można prowadzić pewną stymulację, zwiększając bądź zmniejszając liczbę świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu, a także dobierając odpowiednie wskaźniki jakościujące, które rzutują na kwotę ryczałtową na kolejny okres rozliczeniowy.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Jeszcze senator Wojtyła. Niech już skończy w tym bloku. Proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Generalnie państwo idą w tym kierunku, żeby promować szpitale, które będą skracały pobyt w szpitalu. I słusznie, bo to służy nie tylko oszczędnościom, lecz także, przede wszystkim, bezpieczeństwu pacjenta, bo nie będzie on narażony na zakażenia szpitalne, których u nas jest dwukrotnie więcej niż na Zachodzie.

I następne pytanie: co z ustawą o jakości? Bo uważam, że ustawa o jakości powinna iść równoległe z ustawą o sieci szpitali. Musimy przede wszystkim zadbać o to, żeby pacjent nie był narażony na pogorszenie zdrowia czy nawet utratę zdrowia.

Generalnie to wszystko. Chciałbym tylko – to były pytania – powiedzieć, że rzeczywiście, tak jak pan minister mówił, w gabinecie Religi myśmy zdecydowali, że regulacje części podażowej załatwimy administracyjnie i wyznaczymy szpitale, które mają wejść do sieci albo nie, bo od 1990 r. inne metody regulacji tej części podażowej... Żeby nie budowano szpitali tam, gdzie nie potrzeba. Nawet tutaj, na naszym podwórku, widać, że został wybudowany wielki szpital, który nie może ruszyć, ponieważ nie ma kadry. I widzimy, że zrobiono to w ciągu ostatniego 10-lecia. Myśmy zdecydowali, że zrobimy to administracyjnie. No, można dyskutować, czy to było złe, czy dobre. Nie zostało wprowadzone, ponieważ rząd po dwóch latach upadł. Dziękuję bardzo.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza: Czy mógłbym się odnieść?)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Tak, Panie Ministrze, proszę odpowiedzieć.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym się odnieść do tego, co powiedział pan senator Wojtyła, dlatego że jest to w ogóle ważna sprawa ze względów prakseologicznych, tak to nazwijmy. Rzeczywiście projekt przygotowany przez pana profesora Religę czy przez ekipę pana profesora Religi – no, ja nie budowałem tego projektu, byłem wtedy z upoważnienia czy ze wskazania profesora Religi przewodniczącym rady Narodowego Funduszu Zdrowia, więc zajmowałem się troszkę czym innym w tamtym systemie – był pewnym rozwiązaniem administracyjnym i pewną próbą systemowego, koncyliacyjnego ustalenia listy szpitali. Były pewne rady, konwenty wojewódzkie – tak to nazwijmy – które miały doprowadzić do ustalenia listy. Był też pomysł związany z jakimś zabezpieczeniem, przekształcaniem itd.

My wychodzimy z innego założenia, ponieważ doświadczenie pokazuje, że taki sposób wpłynięcia regulacyjnego na sektor lecznictwa szpitalnego nie miał szansy powodzenia. Przepraszam, że tak mówię, ale po prostu szpital ma ogromne znaczenie, jeśli chodzi zarówno o dostęp do świadczeń, jak i o działanie opiniotwórcze, tworzenie społeczności lokalnej, wywołuje ogromne emocje. Zdecydowaliśmy się na inne rozwiązanie, które daje szpitalom gwarancję, które określa pewne kierunki i zakresy odpowiedzialności, ponieważ wydaje się, że taki sposób rozwiązania tego zagadnienia ma szansę powodzenia. Chodzi o to, żeby podejść – jak powiedział pan senator Wojtyła – do tego sytemu podażowego i nadać systemowi szpitalnemu pewne ramy, w których on powinien się rozwijać, i określić pewne kierunki rozwoju systemu.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pan senator Czarnobaj musi wrócić do poprzedniej...

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

No, może skoro pan... albo...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Panie Senatorze, można zdawać...)

Nie, zaczekam, bo później pan minister znowu nie odpowie na pytanie...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Na pewno słucha.)

Ale to pan wiceminister słucha. Zaczekam. Pan minister dojrzewa wprawdzie, ale...

Panie Ministrze...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Jest pytanie do pana, Panie Ministrze. To może...)

Pan wychodzi? Nie... Czy pan wróci?

(Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł: Nie...)

Nie, bo jak to coś pilnego, to ja zaczekam.

Panie Ministrze, chciałbym tylko, ad vocem, dwie sprawy... Pytałem tylko o pewną historię... Bez komentarza na temat tego, czy pan miał rację wtedy, czy teraz. Pan długo i namiętnie odpowiedział, że pan dojrzał. Cieszę się. Ale również chciałbym pana poinformować, żeby pan dojrzał w wiedzy odnośnie do tego, co wiem, a czego nie wiem. Chcę pana zapewnić, że znam projekt ustawy pana profesora Religi. Wie pan dlaczego? Bo pracowałem w zespole,

byłem przedstawicielem województwa pomorskiego, jako wicemarszałek, gdzie wdrażaliśmy ten projekt wspólnie z ludźmi z Prawa i Sprawiedliwości. Proszę przeczytać sprawozdania, opracowania. I dzięki Bogu... W tej dziedzinie, w której wymagany jest pewien konsensus, proszę nie iść drogą polityczną, którą pan minister ciągle włącza, mówiąc: a wyście przez 8 lat... Gdybyśmy byli bezbłędni, Panie Ministrze, to nie przegralibyśmy wyborów. Po to suweren was wybrał, żebyście robili lepiej. W związku z tym proszę robić lepiej i nie posługiwać się niewiedzą lub przeinaczaniem faktów. Chcę pana zapewnić, że znam projekt ustawy profesora Religi, który mam przed sobą. Jeśli pan chce, to go panu wręczone.

Chciałbym się odnieść do tego, o czym powiedział przed chwilą pan minister, pan wiceminister. Czym się różni ten projekt od tamtego? Mianowicie różni się tym – ja nie oceniam tego, czy efekty będą lepsze w przypadku tego, czy byłyby lepsze w przypadku tamtego, bo to musiałyby być długa dyskusja – że projekt pana profesora Religi był projektem, który uspołeczniał podejmowanie decyzji w poszczególnych województwach, również na szczeblu krajowym. No, długo byśmy dyskutowali, czy to lepiej, czy gorzej. Tudzież inne zmiany...

Ale mam jeszcze pytanie, jeśli mogę... Czy ten projekt ustawy... Pan wiceminister powiedział, że nie jest on rewolucją, a pewnym kontynuowaniem tego, co jest, z elementami zmiany...

(Głos z sali: Z korektą.)

O, może dosłownie: korektą.

Proszę powiedzieć, czy ten projekt ustawy był opiniowany przez jakiegokolwiek gremia naukowe, które zajmują się w sposób akademicki, naukowy zarządzaniem w ochronie zdrowia w Polsce? To jest moje pytanie. Jeśli można by było...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Panie Ministrze, od razu proszę o odpowiedź, będzie prościej.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Senatorze, nie wiem, jakie gremia naukowe ma pan na myśli. Oczywiście bardzo wielu ekspertów zabierało głos w tej sprawie. Tak jak każdy projekt – jak zresztą mówiłem – był on opiniowany przez dłuższy czas. Więc praktycznie każdy obywatel, zgodnie zresztą z przepisami prawa – i byli tacy pojedynczy obywatele – mógł wziąć udział w tej debacie. Jednak oczywiście można powiedzieć, że pewnego rodzaju dojrzewanie, przygotowanie tego projektu było poprzedzone bardzo licznymi konsultacjami z wieloma osobami, które zajmują się, także naukowo, organizacją ochrony zdrowia czy zdrowiem publicznym, czy zarządzaniem w służbie zdrowia. Wiele organizacji, które wzięły udział w debacie na temat tego projektu, także zgłaszając swoje uwagi, to organizacje, które dysponują licznymi ekspertami w tym zakresie. Więc moim zdaniem...

Jeżeli pan pytał o konkretną instytucję naukową, to nie bardzo wiem, co pan miał na myśli. Ale tak, oczywiście, wielu ludzi, którzy jako eksperci zajmują się organizacją ochrony zdrowia, wzięło w tym udział. I to jest zupełnie oczywiste. Tak że wydaje mi się, że nie ma takiego problemu, że to zostało wymyślone ad hoc przez – nie wiem – urząd czy coś takiego. No, absolutnie nic takiego się nie zdarzyło.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Ministrze, jeszcze raz zadam pytanie, bo może niezbyt precyzyjnie się wyraziłem. Jeśli mógłby pan minister lub pan wiceminister, jeśli nie teraz, to na debatę... Mnie interesuje... Bo wiem, że – tak jak pan minister powiedział – projekt był szeroko konsultowany, różne środowiska mogły brać udział w konsultacjach, przesyłały uwagi.

Chciałbym zapytać, czy państwo, jako ministerstwo, autorzy tego projektu, zwróciliście się do którejś z jednostek naukowych lub do profesorów, lub do innych pracowników naukowych, którzy zajmują się zarządzaniem w ochronie zdrowia i tego rodzaju problemami, o opinię i czy taką opinię otrzymaliście. Jeśli tak, to prosiłbym o podanie nazwisk autorów i udostępnienie tych opinii.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze, albo teraz, albo na posiedzeniu plenarnym...

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie Senatorze, jeszcze raz powtórzę: było wiele osób, które brały w tym udział, także osób z tytułami profesorskimi. No, nie wiem, co pan ma na myśli, mówiąc o jednostce naukowej, która prowadzi tego typu badania. Wśród osób pracujących w zespole, który powołałem na samym początku kadencji, było np. kilka osób o znaczącym dorobku zarówno politycznym, jak i organizacyjnym, a także z tytułami profesorów. Ja sam mam tytuł doktora nauk medycznych, skończyłem studia podyplomowe z ekonomiki zdrowia na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. No, wśród osób, które – dzisiaj się mówi, że nauka to w znacznej mierze także praktyka – w Ministerstwie Zdrowia zajmują się tym projektem, jest w szczególności pan minister Piotr Gryza, który, jak wiadomo, ma 20-letnie doświadczenie w zarządzaniu, np. Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych, Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. A zatem są to osoby, które – brzydko mówiąc – sroce spod ogona nie wypadły. Prawda? My wszyscy naprawdę mamy dane do tego, żeby wypowiadać się także w sposób naukowy. Ja – skoro pan pyta – mam za sobą cały szereg publikacji, również na temat organizacji ochrony zdrowia. Nie wiem, gdzie jest ta granica, którą by pan chciał przekroczyć, żeby uznać, że to jest naukowe.

Naprawdę nie potrafię podać panu nazwy instytucji naukowej, do której byśmy wysłali np. projekt tej ustawy. Takiej sytuacji nie było, ale to nie znaczy, że nie konsultowaliśmy sprawy z osobami, które zajmują się naukowo organizacją ochrony zdrowia. Zdecydowanie tak było, wielokrotnie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Szanowni Państwo, instytucją właściwą – to zabrzmiałby przewrotnie – do prowadzenia badań naukowych w zakresie systemu rozliczeń jest Narodowy Fundusz Zdrowia, ponieważ on ma pełnię informacji, posiada wszystkie bazy danych, które można gromadzić w systemie ochrony zdrowia. Między innymi na tym systemie informacyjnym, a także na potencjale, który jest związany z Narodowym Funduszem Zdrowia, były tworzone np. mapy potrzeb zdrowotnych, które też są zagadnieniem analitycznym i badawczym. Mapy potrzeb zdrowotnych były wykonywane przez zespoły badawcze w Ministerstwie Zdrowia. Wyniki pracy można zobaczyć... To oczywiście jest jeszcze jakaś wspólna praca. Te zespoły zostały również wykorzystane do tworzenia pewnych podstaw analitycznych budowy zapisów regulacji prawnych związanych z tym projektem ustawy.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że jeszcze wrócimy do tematu, Panie Senatorze, więc może zakończymy ten wątek.

Pan senator Tomasz Grodzki. Proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Już w miarę krótko. Rzeczywiście ten projekt był szeroko konsultowany. Zdałem sobie trud przeczytania tych kilkuset uwag różnych instytucji, w tym naukowych – wszystkie były krytyczne. Uwzględniono 7. Nie znalazłem tam pozytywnej uwagi. To jest taki krótki komentarz do tego.

Pan minister Radziwiłł, skądinąd kolega od lat, zarzucił mi piękną retoryką, że wypowiadał tu sprzeczności, ale taka jest ta ustawa, taki jest ten projekt.

Panie Ministrze Gryza, cieszę się, że rozmawiamy merytorycznie, ale pan powiedział takie niebezpieczne słowa: mniej świadczeń. Pewnie w rozumieniu, w domyśle, że te świadczenia miały być... że niektórzy je „naciągali” troszeczkę. Tylko, proszę mi powiedzieć, jak taki, który wykona mniej świadczeń, osiągnie poziom ryczałtu, skoro ryczałt jest liczony jako suma świadczeń JGP. Nic się nie zmieni. W tym sensie ta korekta nawet nie będzie korektą. Jeżeli wykona tych świadczeń mniej, liczonych tak jak dotychczas, dostanie mniej ryczałtu. To jest rzeczywiście sprzeczność – ja temu nie przeczę – to jest sprzeczność

zapisana w tej ustawie. Bo jest lista procedur specjalistycznych, które będą liczone oddzielnie, tylko że „zabija” ją preambuła tego paragrafu: „ustala się następujące świadczenia, które podlegają odrębnemu rozliczeniu w ramach kwoty zobowiązania”. Czyli, mówiąc np. o endoprotezach... Gdybyśmy te endoprotezy puścili wolno, to – gwarantuję – te wieloletnie kolejki do endoprotez w Polsce skróciłyby się błyskawicznie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeżeli jednak jest to w kwocie zobowiązania, to tak naprawdę niewiele się w tej materii zmieni. Można tu mówić o otwarciu rynku, tylko zastanawiam się, w którym miejscu. Jest to chyba tylko pewnego rodzaju frazeologia, bo skoro część szpitali tak czy owak w tej sieci się nie znajdzie – i to będzie już wiadomo w ciągu 3 miesięcy – skoro nowe szpitale, które powstają przez 4 lata, nie trafią do sieci, skoro o kontrakt otwarty będzie można się ubiegać tylko w kwocie 9%, czyli ok. 3 miliardów zł na cały kraj, to trudno to nazywać otwarciem rynku. Ale może rzeczywiście o tym będziemy już dyskutować na forum Senatu, bo mamy jeszcze do omówienia drugą ustawę, na szczęście zdecydowanie mniej kontrowersyjną. Dziękuję.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępcę przewodniczącą Dorota Czudowska)

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Panie Ministrze, proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Panie Senatorze, pan nas i cały system wzywa do odpowiedzialności. No, problem polega na tym, że nie możemy wydać więcej pieniędzy, niż mamy. Możemy mówić o zwiększeniu kwoty i chcemy zwiększać środki finansowe przeznaczone na ochronę zdrowia, ale nie możemy sobie pozwolić na nieodpowiedzialność systemu i wydanie na zakup świadczeń więcej pieniędzy, niż jest w systemie. Dlatego ta zasada obowiązuje od samego początku. Ta kwota zobowiązania musi być, bo inaczej system się po prostu zwyczajnie rozjedzie i zbankrutuje. To jest bardzo poważana systemowa sprawa. Oczywiście podlega to wyłączeniu, które jest określone ustawowo. Dotyczy to świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego związanego z kartą DiLO. To są rzeczywiście ustawowo świadczenia nielimitowane, ale i tak w drodze zobowiązania, ponieważ jak zobowiązanie po stronie umownej między płatnikiem a wykonawcą świadczeń, szpitalem – że tak powiem – zostało wyczerpane, to trzeba tę kwotę zobowiązania zwiększyć.

Wiedza o tym, jakie pieniądze mamy w chwili planowania i w chwili kupowania świadczeń jest pewną istotą funkcjonowania systemu. Od tej zasady nie można odejść, bo po prostu system zbankrutuje.

Tymczasem pan...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale jeśli do tej pory... Bo to jest kwestia systemowego spojrzenia na nadwykonania. Czy rzeczywiście... Jeszcze raz przywołam raport Najwyższej Izby Kontroli za rok 2015. Mamy więcej pieniędzy w systemie, dostępność świadczeń nie wzrasta, liczba świadczeń wzrasta. Oczywiście to jest bardziej skomplikowane zagadnienie, bo są to epidemiologia, różne elementy. Ale to również jest pewna charakterystyczna praca systemu – pewna stymulacja przez płatnika świadczeń do określonego zachowania. My chcemy wprowadzić korektę, jednocześnie zachowując tam, gdzie jest to niezbędne, odrębne finansowanie świadczeń na podstawie umowy, czyli finansowanie nieryczałtowe, właśnie ze względu na połączenie finansowania z zakresu leczenia szpitalnego i leczenia ambulatoryjnego, a jednocześnie na pewne zestawienie elastycznego... Czyli system budżetowania, bo to jest system budżetowania, tzn. budowy planu finansowego za pomocą tzw. ryczałtu na podstawie wykonanych świadczeń...

Ale też – dopełnienie, finansowanie bezpośrednie *fee for service* – budujemy system, który powinien być bardziej adekwatną odpowiedzią na bolączki czy pewien sposób działania obecnego systemu. Co więcej, ten system i tak trzeba skorygować, bo każdy, kto do tego podchodzi, musi go jakoś skorygować niezależnie od tego, czy będzie chciał zwiększać środki finansowe przeznaczone na ochronę zdrowia.

(Przewodnictwo obrad obejmuje przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Jeszcze, tak? Proszę bardzo.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Jeszcze jedno zdanie à propos nieodpowiedzialności.

Panie Senatorze, to wyoperowanie – jak pan powiedział – wszystkich pacjentów, którzy oczekują w kolejce na endoprotezę stawu biodrowego, kosztuje ponad 1 miliard zł.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

1 miliard zł, który chce pan po prostu zabrać innym świadczeniobiorcom, innym pacjentom. No bo tak to działa.

Senator Tomasz Grodzki:

To jest, Panie Ministrze – jak wiemy – odrębny temat. Jeżeli już, to... Popieram pana zdanie, że zwykle ministrowie zdrowia – czy to był Religa, czy pan minister Radziwiłł, czy ktokolwiek inny – nie mają dość mocy, żeby przekonać rząd, aby inaczej alokował środki budżetowe. To jest decyzja całego parlamentu albo raczej moralne zobowiązanie parlamentu – tak bym powiedział – żeby zmienić alokację środków, które są w budżecie państwa, przesunąć większą ilość na zdrowie kosztem czegoś innego.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Teraz pytanie zada pani przewodnicząca Dorota Czudowska.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja bym poprosiła pana ministra o wyjaśnienie, abym zrozumiała dobrze zapis art. 95n pkt 1 tej ustawy. Skoro przez 4 lata nie będziemy dopuszczać nowych szpitali do sieci, to w takim razie czego będzie dotyczył zapis mówiący o tym, że do dnia 27 marca każdego roku dyrektor oddziału wojewódzkiego funduszu będzie sporządzał i ogłaszał informacje o świadczeniodawcach zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu? Art. 95n. To jest chyba dział 4b, tak?

(*Głos z sali:* Może stronę podaj.)

Może stronę podam. To jest na stronie 10 druku senackiego nr 455.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu ogłasza się raz na 4 lata, więc zapis: „wykaz, o którym mowa w ust. 1, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 27 marca z okresem obowiązywania 4 lat, z zastrzeżeniem ust. 14. Wykaz obowiązuje od dnia 1 lipca”... Oczywiście chodzi o pewne daty wzorcowe, bo w przypadku pierwszego utworzenia systemu zabezpieczenia...

(*Senator Dorota Czudowska:* To ja wiem, to jest do 27 czerwca, tak?)

To jest art. 5, który mówi o stworzeniu systemu zabezpieczenia. Tam jest data dotycząca pierwszego systemu...

(*Senator Dorota Czudowska:* 27 czerwca.)

27 czerwca i odpowiednio 1 października...

(*Senator Dorota Czudowska:* Tak.)

...expressis verbis, 2017 r. Podana jest tam też data zakończenia... tego systemu.

(*Senator Dorota Czudowska:* No tak. Czego zatem będzie dotyczył 27 marca, który minął?)

To już 2021 r., bo jest to na 4 lata.

(*Senator Dorota Czudowska:* Czyli jednak będzie możliwość, żeby dyrektor funduszu co roku...)

Za 4 lata, a dokładnie za 3 lata i 3 kwartały dyrektor oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, jeśli będzie działał taki system, ogłosi kolejny wykaz świadczeniodawców wchodzących do systemu zabezpieczenia.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

27 marca, tak.

Ten przepis mówi o dacie generalnej, systemowej, a w art. 5...

(*Senator Dorota Czudowska:* Ten art. 5 to ja rozumiem, tylko właśnie zastanawiałam się, czego to ma dotyczyć. Dla mnie jest to troszkę...)

Art. 95 ust. 2 – właśnie go zacytowałem – mówi o terminie i okresie obowiązywania: „z okresem obowiązywania 4 lat”.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Dorota Czudowska:* Proszę? Nie, skoro dyrektor wojewódzkiego funduszu to rozumie... To jest najważniejsze.)

Może jeszcze trzeba dodać, że ta konstrukcja polega na tym, że system zabezpieczenia utworzy się na 4 lata, ale nowy podmiot, oczywiście w ramach posiadanych środków finansowych, może funkcjonować w systemie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie metody konkursowej. Czyli jak pojawia się nowy podmiot, a jest potrzeba finansowania świadczeń, to wtedy, jeśli spełni on kryteria kwalifikacji, może się on znaleźć w następnej sieci.

(*Głos z sali:* Za 4 lata.)

Za 4 lata, tak.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa senatorów...

Pan senator Leszek Czarnobaj. Proszę.

Senator Leszek Czarnobaj:

Mam dwa drobne pytania. Po pierwsze, czy w istniejącym, Panie Ministrze, systemie prawnym, bo mówił pan...

(*Rozmowy na sali*)

Mogę prosić trochę ciszej?

W istniejącym systemie prawnym... Słuszna diagnoza dotycząca elementów związanych np. ze świąteczną i nocną opieką, jako część tej diagnozy, którą pan minister przedstawił... Czy w dzisiejszym systemie prawnym istnieje możliwość, żeby nocna i świąteczna opieka nad pacjentami były przy szpitalu, oczywiście nie na SOR, tylko jako osobne wejście przy szpitalu, osobny ruch? To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Zakładając, że ustawa wchodzi w życie, chciałbym zapytać, jaka będzie w przyszłym roku w zakresie działania tejże ustawy związanej z wdrożeniem sieci szpitali – jak się ją popularnie nazywa – wartość budżetu w stosunku do tego roku. No, robiliście państwo na pewno jakąś symulację, zgodnie z którą w przyszłym roku kwota na realizację zadań z zakresu szpitalnictwa będzie o 1 miliard zł, 2 miliardy zł, 3 miliardy zł, 5% czy ileś większa.

Powracam, Panie Ministrze, jeszcze raz do tego pytania. Nie kwestionuję państwa umiejętności, uprawnień i wiedzy, doświadczenia w zakresie budowania tego projektu, w żaden sposób. Tylko przecież pan minister powiedział, ile to wspaniałych szkół i kursów skończył, a jednym z elementów dobrego zarządzania jest to, że kiedy powołuję zespół, przygotowuję projekt, to wysyłam go do kilku autorytetów – czy to do instytutu, czy do osoby fizycznej – celem zaopiniowania tego projektu, tych moich dobrych myśli, moich i mojego zespołu. Pytam o to, czy taki projekt przez pana ministra został wysłany do iluś tam osób, instytutów – nie wiem – uczelni z prośbą: zaopiniujcie mi to, co przygotowałem. Tylko o to pytam.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Proszę, Panie Ministrze.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Jeśli chodzi o kwestię NPL, to odpowiedź jest oczywista. Nocną i świąteczną pomoc lekarską może organizować u siebie każdy świadczeniodawca, który spełni wymogi i wystąpi o kontrakt. Jeżeli wygra konkurs, to ma kontrakt i już. Tak to działa w tej chwili.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Pan senator zadał pytanie: co to zmieni? No, wprowadza to regulację, która jest w ogóle pewną istotą tego rozwiązania. Ustawa mówi o tym i określa warunki: jeśli coś masz, to to do tego systemu wchodzi. I dotyczy to wielu aspektów, np. – to też warto wyjaśnić – nie ma obowiązku posiadania przychodni przyszpitalnej. Oczywiście byłoby dobrze, gdybyś ją miał, ale żeby mieć przychodnię przyszpitalną, jeśli jej nie masz, to niestety musisz stanąć do konkursu, jeśli dyrektor oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia taki konkurs ogłosi, a zapewne będzie ogłaszał, żeby była pewna całość. Ale nie ma obowiązku, żebyś miał, bo wchodzisz z tym, co masz. Po prostu dołączamy to do obszaru lecznictwa szpitalnego.

Zresztą podobnie się dzieje w przypadku rehabilitacji. Jeśli nie masz rehabilitacji, to nie dołączymy ci tego, bo nie wykonywałeś tego zakresu. Idea tego rozwiązania polega na tym, że do systemu zabezpieczenia wchodzi to, co jest. Te dwa lata to okres pewnej certyfikacji, pewnego sprawdzenia, czy podmiot rzeczywiście należycie wykonywał umowę. Nie bierzemy kogoś z ulicy, tylko bierzemy kogoś, kto w tym systemie działał, sprawdził się, bo jeśliby się nie sprawdził, to po prostu NFZ rozwiązałby z nim umowę. Zresztą istotnym elementem jest też to, że kwalifikacja następuje nie tylko na podstawie tego, co było w roku 2015 – są dwa lata trwania kontraktu do momentu kwalifikacji. Więc jeśli, przykładowo, okaże się, że szpital nienależycie wykonuje świadczenia i Narodowy Fundusz Zdrowia zerwie z nim umowę np. na określony profil, to on może jeszcze do tego systemu nie wejść. Więc jeszcze trochę czasu zostało. Dlatego też nie odpowiadałem bezpośrednio na pytania o liczbę, bo ta liczba de facto może się zmienić na podstawie sytuacji, która będzie miała miejsce.

Jeśli chodzi o nocną pomoc lekarską, to ta sprawa... W ustawie jest zapisany obowiązek posiadania nocnej pomocy lekarskiej, jednak to, jak my to rozwiążemy w sensie umowy pomiędzy płatnikiem a wykonawcą świadczeń, to jeszcze jest kwestia pewnej dyskusji z ludźmi, którzy się tym zajmują, z wykonawcami świadczeń, a także pewnej analizy, bo kompetentne zakreślenie tego obszaru to przestrzeń zarówno rozporządzenia ministra zdrowia, jak i zarządzenia prezesa.

A jeśli chodzi o wysyłanie, to tak, rozmawiałem z wieloma osobami, przedstawiałem im projekty i prosiłem ich o ocenę. Można by powiedzieć, że w porównaniu z pierwszymi założeniami, kiedy mówiliśmy, że ok. 25% środków,

na podstawie takich wstępnych analiz, byłoby w systemie, tzn. byłoby... Tak jak pan minister wspomniał, na podstawie obrazu rzeczywistości: pewne kryteria i to, jaki dawałoby to obraz. Wtedy to było ok. 25% środków... czy właściwie 75% środków wchodziło do systemu zabezpieczenia. W wyniku rozmów ten projekt zmienił się komplementarnie i istotnie, również, jeśli chodzi o pewien sposób rozliczenia i sam zapis tej ustawy. Ustawa była bardziej ogólna, szczegóły były określone w rozporządzeniu ministra zdrowia. Ostateczny obraz jest taki, jak ten, nad którym w tej chwili proceduje parlament.

Może jeszcze jedna kwestia. Były formalne konsultacje, np. konsultacje z samorządami. Cały czas trwały rozmowy z pracodawcami, chociaż oczywiście oni mieli odrębne zdanie, ale od samego początku były rozmowy z nimi i wyjaśnianie, także pewne doprecyzowywanie. W końcu projekt w takich konsultacjach, rozmowach zewnętrznych, w pewien sposób się uciera, dociera, dostrzegaliśmy pewne elementy, które trzeba było np. doprecyzować. I m.in. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego pozytywnie odniosła się do tego projektu. Zresztą wcale się nie dziwię, ponieważ jest to dla tych szpitali szansa uzyskania pewnej gwarancji stabilności ze strony systemu finansowania świadczeń.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pan senator...

Senator Leszek Czarnobaj:

Przepraszam... Pytałem o symulację kwot na rok 2018 w porównaniu z... Czy była takowa robiona?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

W prognozach – w tej chwili działamy w ramach regulacji związanej z planami Narodowego Funduszu Zdrowia – dotyczących roku 2018, jeszcze na pewnym poziomie ogólności, ta kwota jest większa o 4 miliardy zł w porównaniu z kwotą z planu finansowego na rok 2017.

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Dziękuję...)

Ale plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia – niezależnie od innych regulacji, nad którymi można procedować – podlega regulacjom, które obowiązują w tej ustawie. Wiadomo, kiedy buduje się plan finansowy – to jest listopad. Perspektywa finansowa na ten rok wiąże się z pewnymi mechanizmami, które są przewidziane w ustawie i które będziemy wykorzystywać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Nie widzę, żeby ktoś z państwa senatorów chciał zadać pytanie.

Czy ktoś z gości chciałby zadać jakieś pytanie?
Proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz:

Elżbieta Puacz, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Szanowni Państwo!

To, jaka jest rola medycznego laboratorium diagnostycznego w zapewnieniu prawidłowej opieki nad pacjentem, każdy wie. Bardzo się cieszę, że słyszymy słowa, że właśnie ta ustawa wprowadzi zabezpieczenie zdrowotne pacjenta, ale także będzie eliminacją komercji w służbie zdrowia.

Stąd rodzi się pytanie: czy obecność medycznego laboratorium diagnostycznego jako integralnej części szpitala będzie gwarantem zapewnienia tej jakości i będzie brana pod uwagę w określaniu szczegółowych kryteriów kwalifikacji dla świadczeniodawców? To jest pytanie od środowiska. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, proszę o odpowiedź.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Dziękuję pani prezes za publiczne zadanie pytania, które zadała mi wczoraj na bezpośrednim spotkaniu, tak że to nie jest zaskoczenie. W tym miejscu mogę tylko właściwie potwierdzić, że chcemy doprowadzić do tego, aby zdecydowanie zatrzymać wyprowadzanie laboratoriów ze szpitali. Ten ruch outsourcingu jest niekorzystny z dwóch powodów. Pierwszy powód – nazwijmy go gospodarczo-narodowym – jest taki, że po prostu duża część tej działalności mogłaby pozostać w polskich rękach, pewnie tak byłoby lepiej. A drugi, ważniejszy z punktu widzenia ministra zdrowia, to kwestia jakości badań, bezpieczeństwa pacjentów. Wydaje się, że przynajmniej część tych praktyk dotyczących wyprowadzania laboratoriów poza szpital dokonuje się z uszczerbkiem dla jakości prowadzonych badań.

Rozmawialiśmy o tym bardzo dużo. Myślę, że z całą pewnością będzie miejsce do tego, aby szczegółowo o tym rozmawiać na spotkaniach powołanego zespołu, który ma pracować nad nowelizacją ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Ale również umówiliśmy się, że rozważymy ewentualność jakiejś regulacji towarzyszącej tej ustawie w jednym z rozporządzeń, które są przygotowywane, albo i w jednym, i w drugim miejscu, w rozporządzeniach koszykowych, gdzie można by wprowadzić dodatkowe wymagania. Krótko mówiąc, jest kilka miejsc w legislacji, dzięki którym można byłoby wyjść naprzeciw temu oczekiwaniu, które nie jest oczekiwaniem środowiska diagnostów, a w każdym razie nie tylko środowiska diagnostów; po prostu wynika ono z diagnozy sytuacji. Tak że potwierdzam, że chcemy tę sprawę załatwić.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zadać pytanie? Jeżeli nie, to...

Jeszcze pan senator Leszek Czarnobaj. Proszę.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Ministrze!

Przez pana profesora Grodzkiego została złożona propozycja dotycząca odłożenia i zrobienia pilotażu. Czy mógłby pan minister skomentować, jakie jest nastawienie pana ministra, ministerstwa do tego projektu?

(Rozmowy na sali)

(Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł: Tak, mam... Mogę?)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Tak, proszę.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję.

Po pierwsze, jeszcze nie widziałem poprawki, więc...

(Senator Leszek Czarnobaj: Generalnie, Panie Ministrze, sprowadza się do odłożenia...)

Po pierwsze, kwestia odłożenia w czasie. Proszę państwa, wprowadzamy to rozwiązanie dlatego, że w służbie zdrowia źle się dzieje, trzeba to po prostu przyznać. Myślę, że mało jest w Polsce osób, które by uznały, że system służby zdrowia w Polsce działa dobrze i nie trzeba go poprawiać.

Nie od dzisiaj, nie od wczoraj zmagają się z tym kolejne ekipy. Wydaje się, że to ukierunkowanie na większą liczbę regulacji w ochronie zdrowia, bo tak naprawdę trzeba nazwać ten projekt, tzw. projekt sieciowy czy sieci, czyli ten, nad którym państwo w tej chwili się zastanawiają... To jest po prostu projekt ukierunkowany na wzięcie większej odpowiedzialności i wprowadzenie większej liczby regulacji do systemu ochrony zdrowia. To były zamiary bardzo wielu ekip już poprzednio rządzących. Tylko jakoś tak nie starczyło albo czasu, albo determinacji, a może po prostu odwagi. No, głupio to mówić o sobie, ale trochę takie mam wrażenie.

Bo wszystkim rzeczywiście wydaje się to takie troszkę... No, każda zmiana zawsze budzi pewną obawę. Myślę, że obawy, które się budzą w związku z tym, są w jakimś sensie zrozumiałe, bo system, w jakim jesteśmy, funkcjonuje od dłuższego czasu. Mało tego, od blisko 4 lat funkcjonuje praktycznie w ogóle bez żadnej istotnej zmiany, bo umowy są aneksowane. Prawda? I pewnym paradoksem jest też to, że bardzo wielu uczestników – tak jak mówiłem – tej strony podażowej jakoś ustaliło sobie miejsce, w którym funkcjonują, no i czuje się bezpiecznie.

To, czy pacjenci czują się bezpiecznie, to już jest inna sprawa. Moim zdaniem nie. Stoją w kolejkach, narzekają również na jakość, prawda? Tak że, krótko mówiąc, ocena, zwłaszcza taka społeczna ocena, systemu służby zdrowia jest naprawdę fatalna. W tej sytuacji trudno sobie wyobra-

zić, że moglibyśmy po prostu trwać i obserwować ten stan rzeczy. A zatem jakiegokolwiek odkładanie tej sprawy na później po prostu rodzi taką wątpliwość. No bo dlaczego mamy to odłożyć na później? I na kiedy? Co my w tym czasie chcemy osiągnąć? Czy to, nad czym pracujemy od pół roku – i mamy jeszcze mniej więcej pół roku na praktyczne wdrożenie tego – wymaga jeszcze jakiejś istotnej, dodatkowej pracy?

Pewnie w wyniku analiz i kolejnych dyskusji można by wypracować jeszcze jakieś nieco lepsze rozwiązania. No, zawsze tak jest, nic nie jest absolutnie idealne, prawda? Ale wydaje się, że w jakimś momencie po prostu trzeba podjąć odważną decyzję. I ja namawiam państwa na to, żeby tę decyzję podjąć.

Bo teraz alternatywą jest albo taki system, jaki mamy w tej chwili, ze wszystkimi jego konsekwencjami w postaci różnych zagrożeń, o których już mówiłem – nie będę ich powtarzał – albo też rzucenie się na głowę i ogłoszenie konkursów. To niestety skończyłoby się po prostu, moim zdaniem, katastrofą. Katastrofą skończyłoby się przede wszystkim dla tych, którzy w znacznej mierze odpowiadają, w jakimś sensie politycznie, za tę stronę, która dzisiaj jest właścicielem dużej części szpitali samorządowych. Bo proszę zwrócić uwagę na to, jak wygląda rozkład polityczny. To też jest bardzo ciekawe zjawisko.

Muszę powiedzieć, że miałem wiele prywatnych spotkań ze znajomymi dyrektorami szpitali, których – że tak powiem – mocodawcy politycznie są negatywnie nastawieni, którzy mówią: róbcie to szybciej, bo mamy kłopot, żeby dociągnąć do października, bo wysysają z nas soki właśnie te różne huby, które narosły wokół publicznego systemu ochrony zdrowia. Tak jest, tak to wygląda. Więc odkładanie tego za pomocą aneksowania czy konkursowania nie jest dobrym rozwiązaniem.

Naprawdę zapomnijmy na chwilę o polityce. Tu nie chodzi o to, żeby to robić przeciw komuś, tylko to rozwiązanie jest po prostu – można powiedzieć – ratunkiem dla dużej części szpitali publicznych, które... Tu znowu nie chodzi o to słowo, o to, że one są publiczne. One po prostu takie są. To nie jest kwestia konkurencji między szpitalem publicznym a niepublicznym, tylko po prostu duża część szpitali, które stanowią o bezpieczeństwie zdrowotnym Polaków, to szpitale publiczne, tak po prostu w Polsce jest. Te nieliczne, które zostały skomercjalizowane albo sprywatyzowane, na szczęście nieliczne – jeden przykład państwu podawałem – stanowią tylko niewielki odsetek całości. Zresztą – jak powiedziałem – nie wprowadzamy różnic między szpitalem takim czy takim w zależności od tego, kto jest jego właścicielem i jaka jest jego forma prowadzenia, ważne jest to, jaką funkcję on pełni.

Więc są to szpitale, które naprawdę mogłyby stanąć wobec strasznego zagrożenia, a przez to oczywiście zagrożeni byłiby również pacjenci, prawda? Dlatego chcemy to zrobić teraz, a nie w jakiejś odległej przyszłości. To jest odpowiedź na jedną część pytania.

Druga część dotyczyła kwestii pilotażu. Proszę państwa, z tym pilotażem to jest dość skomplikowana sprawa, z różnych powodów. Po pierwsze, ze względów konstytucyjnych. Wielu prawników twierdzi, że nie jest tak, że można rozwiązanie takie lub inne wprowadzić w jednym

województwie albo w drugim. My w tej chwili pracujemy nad ustawą, która umożliwi w ogóle po raz pierwszy legalne wprowadzanie rozwiązań pilotażowych. Bo dotychczas to w ogóle nie było legalnie... tzn. prawnie możliwe. No ale też trzeba mieć świadomość tego, że... Polska jest dużym krajem i rzeczywiście takie rozwiązania pilotażowe w niektórych obszarach służby zdrowia pewnie byłyby dobrym rozwiązaniem. Takie rozwiązania planujemy np. w podstawowej opiece zdrowotnej. Tylko w przeciwieństwie do podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku szpitali mamy do czynienia z wieloma dodatkowymi problemami. Otóż duża część szpitali stanowi zabezpieczenie zdrowotne, łamiąc naturalne granice administracyjne, zatem natychmiast pojawiłyby się problemy z pacjentami, którzy nie są – że tak powiem – z okręgu, z rejonu. Co z nimi? Jak to rozliczać?

Po analizie – bo analizowaliśmy taką możliwość – doszliśmy do wniosku, że to rozwiązanie po prostu nie jest możliwe do przeprowadzenia w polskich warunkach. Polska nie jest takim krajem jak np. Niemcy czy Hiszpania, gdzie landy czy prowincje są bardzo od siebie oddzielone, mają swoje statuty czy konstytucje, mają odmienne rozwiązania. Polska jest krajem unitarnym i to determinuje również to, że tego typu rozwiązanie, dotyczące zabezpieczenia szpitalnego, musi być rozwiązaniem dla całej Polski. Proszę zwrócić uwagę, że wprowadzanie są podstawowe poziomy – pierwszy, drugi, trzeci – ale te wyższe często są zdecydowanie ponadregionalne. No i teraz proszę mi powiedzieć, jakie województwa obsługuje np. szpital dziecięcy w Prokocimiu. Pacjentów z połowy Polski, prawda? A szpitale np. kliniczne w Warszawie obsługują pacjentów z prawie całej Polski.

Jeszcze przy okazji chciałbym się odnieść do jednej kwestii, o której pan senator wspomniał, do kwestii Pomorza. To jest bardzo dobry przykład tego, jak samorząd województwa dostosowuje się już w tej chwili do pomysłu sieci. I nie kto inny jak wicemarszałek województwa pomorskiego – nie pamiętam nazwiska – odpowiedzialny...

(Głos z sali: Paweł Orłowski.)

Tak jest, pan Orłowski, odpowiedzialny za służbę zdrowia, powiedział jasno i wyraźnie: my się nie boimy sieci, jesteśmy do niej przygotowani. I te przygotowania polegają m.in. na zmianach organizacyjnych w szpitalach na terenie województwa pomorskiego. Mogę tylko pogratulować takiego podejścia. Bo to pokazuje właśnie, że jest możliwe rozwiązanie, które możemy wypracować wspólnie, prawda? Organizator odpowiedzialny na poziomie państwowym i organizatorzy na terenie województwa wraz z tymi, którzy są odpowiedzialni za powiatową służbę zdrowia, mogą zrobić coś fajnego. Jestem przekonany, że to, co tam się dzieje w tej chwili, zmierza w bardzo dobrym kierunku i będzie sukcesem, przede wszystkim dla pacjentów z województwa pomorskiego, ale nie tylko, bo jednym z partnerów tych rozwiązań jest UCK w Gdańsku, które z całą pewnością nie jest szpitalem ani miejskim, ani wojewódzkim, tylko jest szpitalem o znacznie szerszym zasięgu, bo ma bardzo wielu pacjentów z różnych miejsc.

Po analizie tych różnych aspektów zarówno odsuwanie w czasie, jak i pilotowanie tego w jakichś województwach okazało się po prostu niemożliwe. Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pan senator Leszek Czarnobaj chyba wyczerpał już dzisiaj pulę pytań...

(*Senator Leszek Czarnobaj:* Nie no, pan minister jest z nami dzisiaj tak długo, więc muszę wykorzystać to, że pan minister jest z nami.)

No, w Senacie jest często.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Ministrze!

Dziękuję za te ostatnie słowa, dlatego że jak człowiek się sam w życiu nie pochwali, to nikt go nie pochwali, tak niestety jest. Chciałbym powiedzieć, że pan wicemarszałek Orłowski właśnie wdraża ten program, który został przede mną i przez moją grupę opracowany w 2007, 2008 i 2009 r. To po pierwsze.

Po drugie, Panie Ministrze, wracając do pilotażu... Oczywiście pilotaż...

(*Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:* Wdrożenie tego programu jest możliwe dzięki ustawie o sieci.)

Tak, ale zaraz, bo jeszcze o pilotażu...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, właśnie nie tylko, Panie Ministrze, to za daleko idący wniosek.

Panie Ministrze, oczywiście pilotaż wiąże się z problemami, ale przecież nie ma takiej sytuacji, żeby nie można było tych problemów, o których pan minister mówi, pokonać, aby wdrożyć pilotaż. Ale skoro pan minister ma takie negatywne nastawienie do pilotażu jak np. do szpitali zarządzanych w systemie niepublicznym, no to nie upieram się przy systemie pilotażu.

Ale, Panie Ministrze, poddaję pod rozważenie taką oto kwestię: żeby pilotaż na terenie unitarnego kraju, jakim jest Polska, trwał dwa lata. Proszę na spokojnie... Ja nie oczekuję teraz odpowiedzi, może jutro podczas debaty. Po dwóch latach można by tę ustawę wdrożyć na dwa lata. Dlaczego? Dlatego że, Panie Ministrze, kompletnie, w 100%, zgadzając się z diagnozą pana ministra i ministerstwa w zakresie tego, co jest i co należało zmienić, co poprawić itd., chciałbym powiedzieć, że to w mojej ocenie w ogóle nie przelewa się na to, co jest w ustawie. Nie sądzę, że cele, które sobie państwo stawiacie, pod którymi ja się podpisuję, zostaną w pełni osiągnięte.

Żeby rozwiązać te wątpliwości, już nie będę daleko... Ale jeżeli mówimy o tym, że to nie jest rewolucja, a ewolucja, czyli jeżeli konserwujemy to, co jest, dodając pewne elementy, czy to z nocną opieką chorych, czy święteczną, inne drobne rzeczy, to my nie zmienimy struktury... Proszę przeczytać raport z 2007 r. o ochronie zdrowia na Pomorzu i o tym, dlaczego właśnie się zmieniamy.

Dlatego proponuję, żeby po 2-letnim okresie jednoznacznie do tego wrócić, żeby pilotażować jeżeli już nie przez rok dwa wybrane województwa z powodu problemów, o których pan minister mówił, to przez dwa lata całą Polskę. Obawiam się, że pojawi się dużo problemów, które moglibyśmy niepolitycznie kwantyfikować i sukcesywnie rozwiązywać. Dlatego też wdrożenie tego, poza drobnymi elementami, które pan minister wymieniał, w mojej oce-

nie niewiele zmieni, a niektóre elementy wręcz pogorszy, dlatego proponujemy okres skrócenia i podejście do tego tematu raz jeszcze.

Powiedział pan, Panie Ministrze, że pan ma odwagę w ramach większej odpowiedzialności dokonać rzeczy wielkich, jak rozumiem. To ja chciałbym po prostu zaproponować, żeby pan zrobił tę wielką rzecz, no bo to jest mizerny kroczek, jeśli chodzi o kwestię reformy w zarządzaniu ochroną zdrowia w Polsce. Ale nie będę tutaj tłumaczył dlaczego, bo to zbyt długo by trwało. Proponuję, żeby ten krok był dużo, dużo większy po pewnym czasie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Myślę, że zostawimy to już bez odpowiedzi. Pan minister ewentualnie na posiedzeniu Senatu się do tego ustosunkuje.

Teraz byśmy przeszli dalej... Poprosiłbym o zabranie głosu panią legislator. Wszyscy mamy opinię Biura Legislacyjnego Senatu. Jest między nami pani legislator Bożena Langner. Proszę o kilka uwag, jeżeli pani takie ma.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Chciałabym tylko podtrzymać uwagi, które są zawarte w opinii. Tu jest moim zdaniem pewien problem, przynajmniej tak mi się wydaje. Obawiam się tego, że jednak jest bardzo mało czasu, jeśli chodzi o spojrzenie od strony legislacyjnej na odnalezienie się przez podmioty lecznicze w nowej sytuacji i zafunkcjonowanie... To jednak może mieć przełożenie.

W każdym razie, jak patrzę z tego miejsca, czyli z pozycji legislatora, na możliwość zapewnienia dostępu do świadczeń, to te terminy, czyli te wszystkie terminy, o których mowa w art. 3–6, no i okres *vacatio legis*... Jednak wydaje się, że ten 7-dniowy okres, który już jest krótszy niż standardowy, 14-dniowy, w przypadku tak poważnej modyfikacji zasad obowiązujących w ochronie zdrowia jest bardzo krótki. Bo już 14 dni to byłoby krótko. Obawiam się, że taki termin, ze względu na możliwości odstępstw od terminu 14-dniowego, które to odstępstwa są możliwe, jeśli są motywowane ważnym interesem państwa, właśnie z powodu ważnego interesu państwa może budzić pewne obawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Legislator.

Czy pan minister chciałby się do tego jeszcze króciutko odnieść?

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Prosiłbym, aby nie zmieniać tego terminu, bo ten termin jest właśnie dyktowany ważnym interesem państwa, a w szczególności tych, którzy mają się przygotowywać do

ustawy. Ustawa jest w zasadzie znana. Można powiedzieć, że wcześniejsze zafunkcjonowanie ustawy w efekcie da po prostu większe szanse tym, którzy muszą się przygotować do jej zafunkcjonowania w październiku. Rzeczywiście jest dopiero marzec i jest szansa, że ta ustawa zostanie podpisana przez pana prezydenta już niedługo, ale zwracam uwagę na to, że pierwsze terminy związane z jej funkcjonowaniem to są np. terminy na podejmowanie uchwał przez organy samorządu terytorialnego, jeśli chodzi o ewentualne przekształcenia szpitali, które muszą być odpowiednio wcześniej przygotowane. Nie chcielibyśmy tworzyć takiej sytuacji, w której np. tym organom samorządu dalibyśmy bardzo mało czasu na podjęcie decyzji. Tak że wydaje się, że ten krótki czas wejścia w życie ustawy niczym nie grozi, a po prostu daje szansę tym, którzy są bardzo ważnymi wykonawcami tej ustawy. Następne terminy wiążą się już z ogłoszeniem listy szpitali, które znajdują się w sieci, konkursów i z przygotowaniem ze strony zarówno świadczeniodawców, jak i płatnika. Bardzo bym prosił, żeby tej dacie nie zmieniać...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Zbliżamy się już do finału.

Zgłaszam wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.

Są jeszcze 3 wnioski i 3 poprawki zgłoszone przez senatora Grodzkiego.

(*Senator Tomasz Grodzki:* To jest właściwie jedna poprawka, bo ona obejmuje... Te terminy są...)

No, terminy i pilotaż chyba.

(*Senator Tomasz Grodzki:* To jest jedna poprawka, która sprowadza się do propozycji pilotażu.)

Pan minister już o tym pilotażu mówił, więc nie będziemy rozwijać – tak myślę – tego tematu po raz któryś.

Pani legislator chciałaby zabrać głos.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Chciałabym powiedzieć, że z legislacyjnego punktu widzenia poprawka pana senatora Grodzkiego powinna jeszcze być rozdzielona w tej części, która dotyczy stosowania ustawy. Więc formalnie byłyby to po prostu osobno art. 6a, składający się z dwóch ustępów, i art. 7 dotyczący tylko wejścia w życie. Chciałabym, żeby po prostu postawić tę kwestię jasno, gdyby poprawka miała...

(*Przewodniczący Waldemar Kraska:* ...wejść w życie. Okej.)

...wejść do stanowiska komisji. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, przystępujemy do głosowania.

Najdalej idącym wnioskiem jest wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.

Kto z państwa senatorów jest za tym wnioskiem? (6)

Kto jest przeciw? (2)

Kto się wstrzymał? (0)

Stwierdzam, że ustawa została przyjęta bez poprawek.

Senator Tomasz Grodzki:

Zgłaszamy wniosek mniejszości.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska:* Z senatorem Czarnobajem, tak?)

Tak.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Jest wniosek mniejszości. Czy będzie pan sprawozdawcą? Pan senator Tomasz Grodzki. Dobrze.

No i trzeba wyznaczyć sprawozdawcę na posiedzenie plenarne. Pozwólcie państwo, że ja sobie ten zaszczyt przypiszę. Jeżeli nie usłyszę głosów sprzeciwu, to tak się stanie. Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do drugiego punktu... Ale może najpierw 5 minut takiej troszkę higienicznej przerwy technicznej. Dziękuję.

(*Przerwa w obradach*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Zapraszam państwa.

Rozpoczynamy drugą część posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia.

Przed nami następny punkt: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Proszę panią minister o przedstawienie krótko, czego ta ustawa i te zmiany dotyczą.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie!

Mam zaszczyt przedłożyć projekt ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Projekt dotyczy zmiany ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Należy podkreślić, że jest to projekt bardzo techniczny. Głównym uzasadnieniem projektowanych zmian jest konieczność wdrożenia do polskiego prawa postanowień przepisów unijnych i tym samym ustanowienia jednolitych ram gwarantujących wysokie normy jakości i bezpieczeństwo w odniesieniu do komórek, tkanek i narządów przeznaczonych do przeszczepiania i zastosowania u ludzi. Nadrzędnym celem projektowanej regulacji jest zatem przyjęcie przepisów gwarantujących, że komórki, tkanki i narządy bez względu na ich zamierzone zastosowanie będą spełniały określone wymogi jakości i równorzędne normy w zakresie bezpieczeństwa. Przyjęcie projektowanej regulacji przełoży się bezpośrednio na bezpieczeństwo dawców oraz biorców komórek, tkanek i narządów.

Powiem tylko, że przenosimy do porządku prawnego dyrektywę Komisji (UE) 2015/565 z dnia 8 kwietnia 2015 r. zmieniającą dyrektywę 2006/86/WE w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania tkanek i komórek ludzkich – jest to dyrektywa dotycząca kodowania z zastosowaniem jednolitego kodu europejskie-

go, SEC – oraz przepisy dyrektywy Komisji (UE) 2015/566 z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie wykonania dyrektywy 2004/23/WE w odniesieniu do procedur weryfikacji równorzędnych norm jakości i bezpieczeństwa przywożonych tkanek i komórek; jest to dyrektywa dotycząca działalności przywózowej od dostawców z państw trzecich.

W związku z tym proszę, jak na wstępie, o przyjęcie projektu ustawy. W razie pytań jestem do dyspozycji.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Przechodzimy do pytań

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zadać pytania dotyczące tej ustawy?

Pani senator Czudowska. Proszę.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, chodzi o dostawców z państw trzecich.

Co rozumiemy przez „państwa trzecie”, jakie kraje?

(*Głos z sali:* Spoza Unii Europejskiej.)

Spoza Unii, tak?

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Katarzyna Głowala:**

Spoza Unii Europejskiej.

(*Głos z sali:* Spoza Unii Europejskiej, czy to Szwajcaria...)

Tak.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zadać pytanie?

Nie widzę chętnych.

Proszę, Pani Legislator.

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

Dziękuję bardzo.

Nie mam uwag, nie mam zastrzeżeń.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

W takim układzie przystępujemy do głosowania.

Kto z pań senator i panów senatorów jest za przyjęciem tej ustawy bez poprawek? (6)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (0)

Jednogłośnie za. Dziękuję bardzo.

Proponuję, żeby sprawozdawcą tej ustawy była pani senator przewodnicząca Dorota Czudowska.

Czy pani się zgadza?

(*Senator Dorota Czudowska:* Tak.)

Zgadza się.

Czy ktoś jest przeciwny? Nie.

Dziękuję bardzo.

Zamykam trzydzieste ósme posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(*Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 14*)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii