



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Samorządu Terytorialnego
i Administracji Państwowej (113.)
w dniu 12 października 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o ratyfikacji Protokołu Wykonawczego między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Gabinetem Ministrów Ukrainy do Umowy o readmisji między Wspólnotą Europejską a Ukrainą, sporządzonej w Luksemburgu dnia 18 czerwca 2007 r., podpisanego w Warszawie dnia 24 kwietnia 2017 r. (druk senacki nr 609, druki sejmowe nr 1777 i 1843).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 607, druki sejmowe nr 1791 i 1844).

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 32)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Piotr Zientarski)

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dzień dobry państwu.

Otwieram posiedzenie Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej.

Mamy 2 punkty w porządku obrad dzisiejszego posiedzenia.

Rozpoczynamy od punktu o ratyfikacji Protokołu Wykonawczego między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Gabinetem Ministrów Ukrainy do Umowy o readmisji między Wspólnotą Europejską a Ukrainą, sporządzonej w Luksemburgu dnia 18 czerwca 2007 r., podpisanego w Warszawie dnia 24 kwietnia 2017 r.

Dla informacji podam, że projekt ten wpłynął do Sejmu 25 lipca, do Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych oraz do Komisji Spraw Zagranicznych. Trzecie czytanie odbyło 29 września 2017 r. na czterdziestym ósmym posiedzeniu. Wynik głosowania w Sejmie był następujący: 426 – za, 0 – przeciw, 3 wstrzymało się od głosu. Tak że można powiedzieć, że ta ustawa przeszła właściwie jednogłośnie, w każdym razie bez głosów sprzeciwu.

Chciałbym serdecznie przywitać przybyłych gości. Witam pana ministra Jacka Czaputowicza z Ministerstwa Spraw Zagranicznych, podsekretarza stanu; zastępcę dyrektora w Departamencie Prawno-Traktatowym w MSZ, pana Konrada Marciniaka. Serdecznie witam pana Dariusza Jarnutowskiego z Narodowego Funduszu Zdrowia, dyrektora Departamentu Ekonomiczno-Finansowego. Jest z nami również pan Dariusz Dziełak z Narodowego Funduszu Zdrowia, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii. Serdecznie witam również pana Marcina Własnowolskiego z Komendy Głównej Straży Granicznej, dyrektora Biura Prawnego. Jest z nami również przedstawicielka Ministerstwa Zdrowia, dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej, pani Agnieszka Beniuk-Patoła. Ministerstwo Zdrowia reprezentuje również radca ministra w Departamencie Organizacji Ochrony Zdrowia, pan Cezary Pokorski. Jest też z nami pan Grzegorz Polak z MSWiA, zastępca dyrektora działu. Jest z nami pan Zbigniew Krol... Tak? Dobrze odczytuję?

(Głos z sali: Król.)

Król. Kreseczki nie widać. Przepraszam. Podsekretarz... Tak tu jest...

(Głos z sali: Panie Przewodniczący, podsekretarz stanu.)
Podsekretarz stanu...

(Głos z sali: ...w Ministerstwie Zdrowia.)

...w Ministerstwie Zdrowia. Witamy pana ministra. Mamy przyjemność pana poznać. Serdecznie witam wszystkich senatorów i Biuro Legislacyjne.

Rozpoczynamy nasze posiedzenie.

Jako że w pierwszym punkcie będziemy rozpoznawać druk sejmowy nr 609, czyli ratyfikację, udzielię głosu panu ministrowi z Ministerstwa Spraw Zagranicznych Jackowi Czaputowiczowi.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Spraw Zagranicznych Jacek Czaputowicz:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.
Wysoka Komisjo!

Druk dotyczy protokołu wykonawczego między rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Gabinetem Ministrów Ukrainy do umowy o readmisji między Wspólnotą Europejską a Ukrainą. Ta umowa została zawarta przez Unię Europejską w 2007 r. Przewiduje ona, że poszczególne państwa będą zawierać z Ukrainą uszczegółowiające porozumienia w formie protokołu wykonawczego. I z tego typu dokumentem mamy do czynienia. Ten protokół został podpisany, jak już wspomniałem, między rządem Polski a Gabinetem Ministrów Ukrainy.

Postanowienia protokołu zawierają w zasadzie przepisy techniczne, określające zasady współpracy wzajemnej obu stron. Można powiedzieć, że dotyczą one przede wszystkim funkcjonowania Straży Granicznej. Określają one postępowanie, zapewniają powrót osób fizycznych, które nie spełniają lub przestały spełniać warunki wjazdu lub pobytu na terytorium jednej ze stron, a są obywatelami tego państwa, czyli w tym wypadku obywatelami Ukrainy, jeżeli te osoby przybyły do Polski, albo są obywatelami państw trzecich bądź nie mają żadnego obywatelstwa, jednocześnie nie spełniają warunków pobytu, a dostały się na terytorium tego państwa lub przez to państwo, w tym wypadku Ukrainę. Chodzi np. o obywateli, nie wiem, innych państw Kaukazu czy innych państw.

Można powiedzieć, że jest to umowa, jest to protokół porządkujący. Jego wejście w życie nie spowoduje, jak oceniamy, żadnych negatywnych skutków politycznych w stosunkach polsko-ukraińskich, a przyczyni się do po-

głębień współpracy, wzrostu skuteczności współpracy między Polską a Ukrainą w dziedzinie zapobiegania nielegalnej migracji.

Jak powiedziałem, podmiotami prawa wewnętrznego, których ten protokół dotyczy, są organy Straży Granicznej, które w trakcie przekazywania osób na Ukrainę, ewentualnie realizując tranzyt przez terytorium Ukrainy, są zobowiązane do realizacji zadań zgodnie z tą całą ramową umową.

Panie Przewodniczący, Wysoka Komisjo, należy mieć na uwadze to, że stosowanie przez funkcjonariuszy Ukrainy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków przymusu – bo chodzi o to, żeby generalnie straż, także polska straż na terenie Ukrainy, mogła w szczególnych wypadkach stosować te środki w stosunku do osób podlegających przekazaniu ekstradycji, można powiedzieć, podlegających tranzytowi pod eskortą – stanowi ograniczenie gwarantowanych tej osobie wolności. W związku z tym zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej może to nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonym w ustawie. Z tego wynika ten tryb procedowania. Wydaje mi się, że to są najważniejsze postanowienia.

Są na sali przedstawiciele Straży Granicznej, także mój pracownik z Departamentu Prawno-Traktatowego. Gdyby były jakieś pytania, to jesteśmy do dyspozycji Wysokiej Komisji.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Sprawa wydaje się oczywista i niekontrowersyjna. Również głosowanie w Sejmie, o którym wspominałem, o czymś świadczy.

Czy są jakieś pytania, wątpliwości? Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos?

Pan przewodniczący Pająk. Bardzo proszę.

Senator Andrzej Pająk:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Ja mam pytanie dotyczące słowa „readmisja”, bo to dotyczy również medycyny. Czy tutaj też są zawarte jakieś rozstrzygnięcia związane ze służbą zdrowia?

(Głos z sali: To jest pojęcie z umowy...)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Spraw Zagranicznych Jacek Czaputowicz:

Nie, nie, to tego nie dotyczy. Rozumiem, że chodzi o znaczenie tego słowa. To jest słowo ugruntowane w prawie międzynarodowym, dotyczy stosunków międzynarodowych, przekazania osób. Tutaj nie ma związków z medycyną.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Nie dotyczy kwestii służby zdrowia, chociaż jest na sali wielu ekspertów w tej dziedzinie.

(Wesołość na sali)

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, skoro nie ma żadnych dodatkowych pytań, nie ma wątpliwości, sprawa wydaje się oczywista do poparcia.

W związku z tym składam wnioszek o przyjęcie ustawy bez poprawek.

Kto jest za tym wnioskiem? (8)

Czyli nikt się nie sprzeciwił, nikt nie wstrzymał się od głosu.

Na sprawozdawcę proponuję pana wiceprzewodniczącego, pana senatora Andrzeja Pajaka.

Zamykam ten punkt.

Dziękuję bardzo panu ministrowi i osobom zainteresowanym za udział w pracy nad tym punktem.

Przechodzimy do drugiego punktu porządku obrad naszego posiedzenia. Proszę państwa, jest to ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Dla porządku przypomnę, że jest to rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Projekt wpłynął 1 września 2017 r., skierowano go do pierwszego czytania. Drugie czytanie i trzecie, do którego przystąpiono niezwłocznie, odbyły się na posiedzeniu w dniu 29 września 2017 r. Niestety w odróżnieniu od głosowania dotyczącego poprzedniego punktu to głosowanie nie było tak jednoznaczne, wynik był następujący: 239 – za, 194 – przeciw, 6 wstrzymało się od głosu. Został też zgłoszony wniosek o odrzucenie. Tak że jest to ustawa, powiedzmy sobie szczerze, wynika to chociażby z przebiegu posiedzenia Sejmu, nieoceniana przez parlamentarzystów jednoznacznie.

Ale zanim my zajmiemy stanowisko, bardzo proszę pana ministra Króla o przedstawienie głównych założeń tego przedłożenia rządowego.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

To jest ustawa bardzo potrzebna, jeśli chodzi o system opieki zdrowotnej w Polsce, która uzupełnia w tej chwili opracowywane ustawy reformatorskie. Ona zawiera 3 obszary, które odnoszą się również do bieżącej sytuacji, w dużej części wynika z konieczności przeprowadzenia pilnych reform w konkretnych obszarach.

Jedna część to część dotycząca pilotażu. W tej chwili w opracowaniu są 2 projekty dotyczące pilotażu. Pilotaż w medycynie będzie możliwy – ten, który chcemy przeprowadzić – jedynie wówczas, kiedy ta ustawa powstanie, bo zgodnie z konstytucją musimy przygotowywać rozwiązania równe dla wszystkich. Stąd też ta ustawa ma ogromny impakt dotyczący możliwości reformatorskich, które mogą być przetestowane. W tej chwili w Ministerstwie Zdrowia opracowywane są 2 projekty, które niejako wymagają tej ustawy. Jeden projekt dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadzenia innego mechanizmu finansowania

i organizowania tej opieki, przetestowania i na podstawie wyników opracowania rozwiązań, które chcemy wprowadzić w całym kraju. Drugi program, który wydaje się z perspektywy pacjentów jeszcze bardziej kluczowy, to jest pilotaż w psychiatrii. Do tej pory mamy psychiatrię, która określana jest jako psychiatria modelu azylowego, w której chory psychicznie, z którym na różnych szczeblach opieki nie jesteśmy w stanie sobie poradzić, a nie jesteśmy, musi być hospitalizowany i często ten pobyt, hospitalizacja przedłużana jest ponad miarę, z różnych względów, również systemowych. Tą ustawą chcemy spowodować powstanie kilkudziesięciu miejsc w kraju, gdzie w ciągu maksymalnie krótkiego czasu przeprowadzimy ocenę modelu środowiskowego opieki psychiatrycznej z uwzględnieniem opieki również w tej chwili realizowanej, po części przez pomoc społeczną, a po części też przez organizacje pozarządowe. I to jest ten pierwszy główny obszar. Dlatego mówimy o tej ustawie jako ustawie pilotażowej.

Drugi obszar dotyczy programów polityki zdrowotnej. Jest to obszar, który tutaj – jak można sądzić po wynikach głosowania, które pan przewodniczący przywołał – nie został zrozumiany, a czy specjalnie niezrozumiany, czy opacznie zrozumiany, to nie mnie rozstrzygać, ale o tym za chwilę.

Trzeci obszar dotyczy pacjentów oraz współuzależnionych, pacjentów, którzy cierpią na chorobę wynikającą z uzależnień – myślę tu przede wszystkim o alkoholizmie, ale nie tylko – oraz osób współuzależnionych, czyli rodzin tych pacjentów, głównie małżonków czy partnerów i osób zamieszkujących pod jednym dachem. W tej trzeciej części tą ustawą chcemy odejść od konieczności uzyskania skierowania do określonych poradni terapeutycznych. To jest oczekiwanie środowiska psychoterapeutów zajmujących się uzależnieniami, ale też wynika z naszych obserwacji, bo np. kobieta, która ma męża alkoholika, musi zgłosić ten fakt swojemu lekarzowi, aby otrzymać skierowanie. Tego rozwiązania nie chcemy.

Wróć do programów pilotażowych, bo to jest główny przedmiot tych zmian i to wzbudziło najwięcej kontrowersji. W tej ustawie wskazujemy pewnego rodzaju porządek i konieczności przeprowadzania programów profilaktycznych przez ocenę w ramach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Taką ocenę tych programów samorządowych prowadzimy od 2009 r. W 2010 r. po pierwszej serii wniosków, które przysły do agencji, okazało się, po pierwsze, że te wnioski są często mało merytoryczne, czyli nie zawierają tych obszarów, które w ramach programu zdrowia publicznego, programu polityki zdrowotnej powinny być w pewnym schemacie przedstawiane i tak samo oceniane. To był pierwszy obszar, w odniesieniu do którego zaczęto przygotowywać te poprawki czy rekomendacje. Drugi obszar powstał wtedy, kiedy po kontroli NIK okazało się, że nie ma kompletnie żadnego nadzoru nad wykonaniem np. rekomendacji negatywnej. Prezes agencji w myśl dotychczasowych rozwiązań prawnych wydaje rekomendację pozytywną bądź nie, ale nie ma żadnej możliwości określenia, czy rekomendacja negatywna spowodowała np. wstrzymanie projektu i jego poprawienie, bądź też stwierdzenia, czy rekomendacja pozytywna przyniosła jakikolwiek efekt zgodnie z programem polityki

zdrowotnej. To dotyczy wszystkich programów polityki zdrowotnej, zarówno samorządowych, jak i tych przygotowywanych w ministerstwie. W ministerstwie również mamy ogromnie dużo programów polityki zdrowotnej, programy są w Ministerstwie Zdrowia, ale też w innych ministerstwach, i one muszą przejść podobną procedurę.

W tej ustawie chcemy uporządkować ten system w taki sposób, żeby rekomendacja pozytywna również kończyła się pewnego rodzaju sprawozdaniem, żeby w agencji była wiedza na temat efektów uzyskanych poprzez realizację tego programu. A czasami środki na to są dość duże. W tym obszarze, którym dysponujemy, jeśli chodzi o wydatki samorządowe na programy związane z polityką zdrowotną, to są kwoty przekraczające 2,5 miliarda zł w skali kraju. Tak że te pieniądze w naszym przekonaniu powinny być wydatkowane tylko na te interwencje, w przypadku których są potwierdzone dowody naukowe, potwierdzony efekt, czyli coś, co określamy w medycynie jako *evidence-based medicine*. Tutaj też mamy ochotę... W zasadzie już dawno to wprowadziliśmy, tylko nie mamy tej weryfikacji, żeby w tym programie to wprowadzić. Zatem powstaje, że tak powiem, pewnego rodzaju system sprawozdawczości. A jeżeli jest negatywna rekomendacja prezesa, to wówczas ministerstwo, ale też samorząd, nie uzyskuje tytułu do wydatkowania tych środków. I to jest clou tej ustawy pod rygorem, że tak powiem, dyscypliny finansów publicznych. Ten element realizowania tych programów z kolei został, że tak powiem, zarzucony na skutek kontroli CBA, także NIK. To są te 2 instytucje, które zwróciły nam uwagę na to, że powinniśmy to zrobić.

Opracowanie schematu tej weryfikacji trwało lata, to się zaczęło w 2010 r., jak mówię, po przedstawieniu pierwszych wniosków. Dokładnie takie zapisy były przygotowywane już 4 lata temu. My, zgadzając się niejako z tą formułą, chcieliśmy w tej ustawie to zawrzeć.

Z przykładów... Oczywiście cała ta ustawa z punktu widzenia tych negatywnych odbiorów została nazwana ustawą o in vitro. Proszę państwa, żeby była jasność co do procedury, powiem tak. Samorząd samodzielnie przygotowuje program polityki zdrowotnej. Samorząd, zgodnie z opisem, który jest tu w ustawie powtórzony, nieco poprawiony w stosunku do stanu obecnego, przesyła go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, gdzie poddawany jest procedurze oceny, takiej samej, jaka jest dokonywana w Kanadzie, w Australii, w Wielkiej Brytanii, w innych krajach europejskich, i wystawiana jest rekomendacja. Ta rekomendacja może być pozytywna, wtedy nie ma problemu, są po prostu określone elementy, jest opisane, w jaki sposób trzeba raportować, lub negatywna, wtedy samorząd nie może tej polityki realizować. Na żadnym etapie tej procedury nie ma Ministerstwa Zdrowia czy rządu, to jest relacja między samorządem a agencją.

Nie ma też woli... Nigdy na etapie procedowania nad tym projektem ustawy, a jestem od 6 miesięcy z nią związany, nie padło hasło „in vitro”. Tak że tu przy okazji chciałbym niejako wyeliminować kontekst, który był przedstawiany w Sejmie. Być może jakoś zbyt słabo wybrzmiała reakcja. W każdym razie to, co wprowadzamy, to nie jest nic nowego ani nie jest skierowane przeciwko jakiemuś konkretnemu programowi.

W tej chwili agencja oceniła pozytywnie 15 programów, jeśli już mówimy o in vitro, 1 program oceniła negatywnie ze względów formalnych, brakowało tam populacji objętej opieką. Ale np. również negatywnie oceniła takie samorządowe programy, jak dotyczący szczepień populacyjnych przeciwko wirusowi HPV u 4 dziewczynek w populacji liczącej 300 tysięcy ludzi. Tu też była negatywna opinia.

W związku z tym chcemy mieć możliwość sprawdzenia, czy dany program nie został zrealizowany. Do tej pory nie mieliśmy takich możliwości. Nie ma możliwości prowadzenia kontroli czy nadzoru nad realizacją tych negatywnych rekomendacji.

Tak że dziękuję Wysokiej Komisji za zajęcie się tym tematem i proszę o dalsze procedowanie zgodnie z procesem legislacyjnym.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

To nie jest nasza inicjatywa, w związku z tym to jest nasz podstawowy obowiązek. Dziękuję.

Bardzo proszę panią główną legislator Bożenę Langner o krótkie przedstawienie uwag, w szczególności wątpliwości czy ewentualnie propozycji poprawek.

Bardzo proszę.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

O pierwszej uwadze chciałabym powiedzieć bardzo krótko, ponieważ wczoraj odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia i tam zostało to już szerzej rozważone. Chciałabym tylko zwrócić uwagę państwa na to, że niektóre pojęcia, które pojawiają się w ustawach związanych z ochroną zdrowia, niepotrzebnie przyciągają uwagę w sposób taki... Nie wymagają one aż takiej uwagi w zestawieniu z kwestiami merytorycznymi. I na tym zakończę. Nie chcę podtrzymywać tej uwagi, a kwestie tego, jak to jest w systemie prawnym, zostały już obszernie omówione na posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Druga uwaga dotyczy art. 3, który został dodany w procesie legislacyjnym, ale w postępowaniu w Sejmie. To jest uwaga porządkująca terminologię. Krótko, bo nie chcę przeciągać wypowiedzi. Z naszego punktu widzenia – uzyskałam już też informację od państwa z Ministerstwa Zdrowia, którzy byli obecni na posiedzeniu – najistotniejsza jest forma tej decyzji o wpływie na bezpieczeństwo pacjentów niespełniania wymagań. To jest ta forma postanowienia, poprzednio była to decyzja. Przysługuje tu zażalenie, więc to jest najistotniejsze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Rozumiem, że ta druga z zaproponowanych poprawek została przyjęta przez...

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie...*)

Nie została przyjęta?

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie została przyjęta, była rozważana...*)

Była rozważana.

W każdym razie Biuro Legislacyjne, pani w dalszym ciągu popiera tę propozycję poprawki, jest ona potrzebna, ale wycofuje się z tej pierwszej. Tak to rozumiem.

Panie Ministrze, jakie jest pana stanowisko co do drugiej propozycji poprawki? Bo z pierwszej biuro się wycofało.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Ona, jak rozumiem, została wyjaśniona. Mnie nie było, niestety, na tym posiedzeniu, bo miałem w tym czasie drugie posiedzenie Komisji Zdrowia, ale ona została omówiona, wyjaśniona.

(*Przewodniczący Piotr Zientarski: Ale nie na tym posiedzeniu komisji.*)

Nie na tym posiedzeniu.

Ja poproszę przedstawicieli biura prawnego, którzy uczestniczyli w posiedzeniu, dobrze?

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Bardzo proszę.

Radca Prawny w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Blicharczyk-Ożga:

Katarzyna Blicharczyk-Ożga, radca prawny w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia.

Szanowni Państwo, naszym zdaniem ta uwaga ma charakter redakcyjny i przepis sam w sobie nie budzi wątpliwości interpretacyjnych. W obecnym brzmieniu ten przepis bardziej kładzie nacisk na to, że ten program dostosowawczy w określonej części nie jest wykonany. Jest to pewna propozycja terminologiczna, ale to nie ma wpływu na merytoryczną zawartość tego przepisu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję senatorską.

Pani senator Jadwiga Rotnicka. Bardzo proszę.

Senator Jadwiga Rotnicka:

Po wczytaniu się w tę drugą propozycję poprawki stwierdzam, że rzeczywiście powinniśmy ją przyjąć w miejsce tego pierwszego zdania. Co to znaczy? Podmiot, o którym mowa, który co najmniej...

(*Przewodniczący Piotr Zientarski: Pani senator zgłasza tę poprawkę, przejmuje ją, tak?*)

Ja bym ją przejęła.

...Częściowo nie realizuje programu dostosowania itd. Tu mamy: częściowo nie realizuje. A jak w całości nie realizuje? To jest nieszczęśliwie sformułowane. Więc ten drugi wariant: „podmiot wykonujący działalność leczniczą, który nie zrealizował w całości programu dostosowania” brzmi lepiej i jednoznacznie. Wobec tego...

(*Głos z sali: Chodzi o całość.*)

Tak, o całość.

Wobec tego ja bym przejęła tę poprawkę.

A teraz mam jeszcze jedno pytanie, oczywiście do pana ministra. To, o czym pan mówił na końcu, te programy lecznicze dotyczące *in vitro* prowadzone przez samorządy wzbudziły bardzo szeroką dyskusję. Ja pochodzę z Poznania. Poznań przyjął taki program i w tym roku go realizuje, ale obawia się tego, co będzie w latach następnych. Pan mówił, że ten podmiot samorządowy, który chce realizować takie zadanie lecznicze, powinien się zwrócić do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Dobrze powtórzyłam, tak?

(*Głos z sali: Tak, tak.*)

Ja myślę, że technologia procedury *in vitro* jest w porządku, jest ogólnie znana i nie można jej chyba nic zarzucić. Czy zatem to kryterium musi być poddane weryfikacji, czy chodzi tu o coś zupełnie innego? Bo agencja, jak rozumiem, jest agencją rządową, tak? Wobec tego część osób może mieć zastrzeżenia, że ta agencja jest w jakiś inny sposób powołana, że będzie na to jakieś ideologiczne spojrzenie. Chciałabym, żeby pan to przybliżył. Wiem, że w Sejmie ta ustawa była krytykowana. Pan nas w pewien sposób uspokaja, przekonuje, że wszystko jest w zasadzie okej. Więc może mnie także pan uspokoi, żebym nie była przeciw, żebym może się wstrzymała. Nie wiem, jak to wygląda. Bardzo proszę o wyjaśnienie.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Panie Przewodniczący, chciałabym, żeby pani senator była za, jeśli...

(*Senator Jadwiga Rotnicka: Jeżeli pan mnie przekona, to...*)

Proszę państwa, ocena technologii medycznych, nazwa Agencji Oceny Technologii Medycznych wzięła się od takiego skrótu angielskiego, amerykańskiego HTA, który rozwijamy jako *health technology assessment*, czyli ocena technologii poprzez określone dowody. W technologii w tym rozumieniu zawieramy wszystko, co się dzieje z pacjentem. Technologia jest np. również krótka interwencja antynikotynowa podczas porady. To jest też technologia w takim rozumieniu bardzo eksperckim, czyli nie do końca... Czy ja mogę pana dyrektora przeprosić, bo nie widzę pani senator?

(*Senator Jadwiga Rotnicka: Chce pan mieć kontakt...*)

Jeżeli mamy do czynienia z czymś, co chcemy ocenić, z czymś, co jest nowe, z czymś, co np. wychodzi poza koszyk świadczeń gwarantowanych, to chcemy to poddać określonej procedurze.

Nasza agencja jest rzeczywiście agencją rządową. Ona funkcjonuje od 2007 r. i ma pewien specyficzny tryb powoływania pracowników. Ludzie, którzy tam pracują, są, że tak powiem, oddzieleni od rządu, oddzieleni od płat-

nika publicznego i pracują w pewnego rodzaju obszarze analitycznym. Oni oceniają całość dokumentacji, która istnieje w świecie, na podstawie różnych systematycznych przeglądów, które się robi. Analitycy przedstawiają takie wnioski, swoje pierwsze rekomendacje określonej radzie, w tym przypadku to jest Rada Przejrzystości. Jest to grono powoływane nie tylko... tam minister ma chyba nawet mniej ludzi niż... Te osoby muszą spełniać określone kryteria, również etyczne. Jest tam np. 2 etyków, którzy dbają o to, żeby te rekomendacje były jak najbardziej zgodne z tym, czym świat, że tak powiem, dysponuje, jeśli chodzi o określone rozwiązania.

Tak samo czy bardzo podobnie – teraz tego systemu używamy do leków, w tej chwili trochę bardziej do wyrobów medycznych i w ten sposób chcemy poszerzyć procedury koszykowe – chcemy oceniać programy polityki zdrowotnej. One mają trochę łatwiejszą ścieżkę.

Program polityki zdrowotnej to nie tylko procedura, to również populacja objęta tą ofertą, np. samorządową, założmy, z Poznania. Czyli jest to konkretne miejsce, zamieszkanе przez konkretne osoby ze zdefiniowaną populacją. Mamy wskaźniki epidemiologiczne określonych ryzyk zdrowotnych, w tym przypadku określonej części par, które nie mogą mieć dzieci, i ten program musi być opisany w taki sposób, żeby po prostu ta interwencja przynosiła efekt. W odróżnieniu od dotychczasowego czy tam, powiedzmy, 2 lata temu zakończonego procesu, gdzie jest pełne otwarcie, ogromne koszty i jednak nie do końca zapewnione bezpieczeństwo, bo tu też na pewno państwo słyszeliście o tych różnych powikłaniach, chcemy mieć to, że tak powiem, bardziej nadzorowane, nadzorowane głównie przez samorząd. Ale ten pierwszy element jest potrzebny, ażeby była tu zgodność, program musi zostać oceniony i powinna to być niekoniernie samej technologii, ale całego programu polityki zdrowotnej.

Oceniane to jest w trybie, który wzięliśmy wprost z brytyjskiej agencji NICE, agencji, która zajmuje się i lekami, i programami zdrowotnymi. Tę metodykę przejęliśmy *de facto* dosłownie i ona jest opisana w tej ustawie. Czyli tutaj trudno posądzić, żeby Anglia, Walia nie były krajami, jakby to powiedzieć, otwartymi na różne nowe metody. Tak samo jest w tym przypadku.

Jeszcze raz powtórzę, rząd nie ma wpływu na rekomendację dotyczącą samorządu, tam nie ma trybu, w ramach którego ktoś z rządu by w tym uczestniczył. Analitycy są kompletnie niezależni, Rada Przejrzystości jest kompletnie niezależna, a prezesowi pozostaje przekazanie rekomendacji będącej wynikiem prac rady.

I jeszcze jedno, bo myślałem, że pani senator zapyta też o to, co się dzieje z tymi programami, które teraz są prowadzone. One są kontynuowane, one już mają pozytywną opinię...

(*Głos z sali: O ile mają pozytywną opinię.*)

Tak, o ile mają pozytywną opinię. Te, które uzyskały pozytywną opinię agencji, są kontynuowane. Nie ma żadnego zagrożenia.

(*Przewodniczący Piotr Zientarski: Bezterminowo? Jeśli mogę zapytać...*)

To właśnie zależy...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę państwa, to zależy od tego, jak program został zgłoszony, bo to też nie musi być narzucone.

Mało tego, tą ustawą chcemy w agencji doprowadzić do takiej sytuacji, żeby agencja dla samorządów, szczególnie dotyczy to powiatów, gmin, gdzie ekspertem od zdrowia publicznego najczęściej jest referent, który zajmuje się trochę szkołą, trochę sportem, nie wiem, trochę uzależnieniami, trochę zdrowiem... Dla takich osób chcemy przygotować konkretne rozwiązania, żeby można było ściągnąć program dotyczący np. szczepień przeciwko grypie dla osób w podeszłym wieku czy dla tych dziewczynek – tylko ważne, żeby to było objęte populacyjnie – programy, które mają udowodnioną skuteczność, a które nie są finansowane wprost z dotychczasowej rekomendacji.

(*Senator Jadwiga Rotnicka*: Dziękuję. Brzmi to dobrze. Pani też chyba chciała coś dodać...)

(*Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Agnieszka Beniuk-Patola*: Przepraszam, tak myślę, że uspokajając panią senator, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, ponieważ w art. 4 w ust. 2...)

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Proszę bardzo. To jest uzupełnienie.
Proszę.

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Agnieszka Beniuk-Patola:

Tak, w ramach uzupełnienia.

Oczywiście, tak jak pan minister był tu uprzejmy powiedzieć, jeżeli opinia jest pozytywna, w tym momencie, jeszcze przed wejściem w życie znowelizowanych przepisów, i po ich wejściu w życie samorząd realizuje program, który uzyskał tę pozytywną opinię, to ten program będzie realizowany zgodnie z przyjętym harmonogramem, w okresie projektowym, na który ten program został zatwierdzony. Jeżeli zaś chodzi o programy, które uzyskały negatywną opinię, a mimo to zostały wdrożone, to ta ustawa przewiduje, że mogą być realizowane i finansowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2019 r. To też jest takie wyjście naprzeciw tym zdarzeniom, sytuacjom, z którymi mamy do czynienia, ale których nie chcieliśmy sankcjonować w dniu wejścia w życie znowelizowanych przepisów, ponieważ wiemy, że to się wiąże z całą logistyką, organizacją i planowaniem budżetowym. Jeżeli więc zdarzyłoby się tak, że taki program jest realizowany, to on może być realizowany czy będzie mógł być realizowany, ale nie dłużej niż do 31 grudnia. Mamy niejako ten 2-letni wentyl bezpieczeństwa, tak aby samorząd przeorganizował całą ideologię dotyczącą programu bądź też w tym czasie, chcąc nadal realizować ten program, zwrócił się do agencji o opinię w trybie już znowelizowanych przepisów. Dziękuję bardzo.

(*Senator Jadwiga Rotnicka*: Czy ja mogę jeszcze dopytać?)

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Proszę bardzo.

Senator Jadwiga Rotnicka:

Króciutko.

Oczywiście bywa tak, że samorządy, przygotowując budżet, często wprowadzają określoną kwotę do budżetu tylko na dany rok. Jeżeli miały pozytywną rekomendację agencji w danym roku, to chcąc finansować program in vitro w przyszłym roku, ponownie powinny wystąpić o opinię do tej agencji. Tak to rozumiem. Czy może to... A jeśli miały program na 2–3 lata, to wystarczy, tak?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Termin jest określony w programie. Część samorządów, chyba nawet większość, ma te programy na 2 albo 3 lata.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

A czasami są 15-letnie, jak tu pani podpowiada.

Jeżeli już coś zostało pozytywnie ocenione, to w myśl tej procedury ponownie zostanie ocenione pozytywnie. Tutaj to jest proste, że tak powiem, mechanizm.

(*Głos z sali*: Tu jest jeszcze jeden element.)

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Grabowski. Proszę bardzo.

Senator Arkadiusz Grabowski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, ja mam takie pytanie. O ile dobrze zrozumiałem, o ile dobrze usłyszałem, prace nad projektem tej ustawy rozpoczęły się już w 2010 r. Tak usłyszałem. Było tam stwierdzenie NIK, diagnoza, że są jakieś nieprawidłowości albo nie jest to, że tak powiem, tak prowadzone jak powinno być. To jest prośba o doprecyzowanie, o to, żeby pan to wyjaśnił.

Ale pytanie moje brzmi inaczej. Wskazał pan kilka programów, m.in. in vitro i program dotyczący HPV. Chciałbym się dowiedzieć, jakie inne programy mógłby nam pan tutaj ewentualnie wskazać wśród tych, które zostały uznane za niecelowe, z różnych względów. Chodzi mi o programy, które uzyskały negatywne rekomendacje, i o to, z jakich powodów je uzyskały. Bo tutaj, jak rozumiem, co do HPV, co do szczepienia dziewczynek przeciwko HPV nie byłoby negatywnej rekomendacji, gdyby nie skala, nie to, że w 300-tysięcznej populacji wytypowano 4 dziewczynki. To jest jedna kwestia. Prosiłbym, aby rozwinął pan ten wątek, jakie inne działania są niecelowe.

Teraz mam takie pytanie, bo powiem szczerze, że nie do końca się orientuję. Czy te wszystkie programy zdrowotne na szczeblu samorządowym są w pełni finansowane ze źródeł samorządowych, czy mają ewentualnie jakieś rządowe źródła dofinansowania? To jest drugie pytanie.

Trzecie pytanie dotyczy projektów pilotażowych, o których pan powiedział. Mówił pan o psychiatrii. Chciałbym, aby wymienił pan kilka innych programów, które, że tak powiem, mają być objęte tą ustawą czy wdrażane poprzez tę ustawę. Prosiłbym, aby pan powiedział, jakie projekty

są gotowe, bo powiedział pan, jeśli dobrze pamiętam, że jakieś 2 projekty są już przygotowane. Czego one dotyczą? Chodzi mi o projekty ustaw, które w ramach tych projektów pilotażowych mają być prowadzone. Dziękuję.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Panie Ministrze, bardzo proszę o odpowiedź po kolejnych 2 pytaniach, bo jeszcze do zadania pytań zgłaszali się pan senator Florek i pan senator Warzocha. Dopiero po tych pytaniach senatorów poproszę o odpowiedź.

Bardzo proszę.

Senator Piotr Florek:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Pierwsze pytanie, może też do pana przewodniczącego. Chciałbym się dowiedzieć, ponieważ to nie jest wspólne posiedzenie komisji, tylko samej komisji samorządu i administracji, czy sprawą tej ustawy zajmuje się również Komisja Zdrowia. Bo czuję, że...

(*Głosy z sali: Już było...*)

Aha, czyli nie mamy wspólnego posiedzenia, tylko oddzielne. Dobrze.

Panie Ministrze, mam takie pytanie. W art. 48b czytamy, że w przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia wybór realizatora programu może nastąpić bez przeprowadzenia konkursu ofert. Chciałbym, żeby pan to jeszcze jakoś... Podejrzewam, dlaczego tak jest, ale chciałbym, żeby pan to uzasadnił. Dlaczego przyjęliście właśnie taki sposób?

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję.

Bardzo proszę.

Senator Artur Warzocha:

Ja chciałbym, żeby pan minister ewentualnie uzupełnił informację dotyczącą programu szczepień przeciwko HPV. Czy ministerstwo dysponuje informacjami na temat tego, jakie samorzady zrealizowały ten program? Ja jestem z Częstochowy i wiem, że tam kilka lat temu taki program był realizowany, objęto nim bardzo dużą populację. Chciałbym się dowiedzieć, czy ministerstwo wie, na jakim to jest etapie. Pytam, bo zdaje się, że te szczepionki są podawane wieloetapowo i cały program trwa kilka lat. Czy macie po prostu, mówiąc w skrócie, informacje na temat skali? Dziękuję.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana ministra o odpowiedź.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Dziękuję raz jeszcze, Panie Przewodniczący.

Jeśli chodzi o te negatywne rekomendacje, o takie przykłady, bo tutaj rzeczywiście debaty się odbywały, to

np. coś, co mi utknęło w pamięci, to apiterapia, leczenie miodem i wodą mineralną dzieci w wieku, już dobrze nie pamiętam, chyba od 7 do 14 lat zatrutych łożyskiem. To jest rzecz, która w dobie *evidence-based medicine*, tych różnych ruchów jest niemożliwa do prowadzenia. Program, który wprowadził nas w zdumienie... Tylko to są informacje, które ma agencja. My ich dopytujemy, podobnie jak państwo mnie dopytujecie. Coś innego, co mi utknęło w pamięci, to było zapobieganie otyłości u kobiet w ciąży w drugim trymestrze, gdzie wskaźnikiem pomiaru był obwód brzucha. To jest radosna twórczość takich twórców programu, że tak powiem, szkodliwa społecznie. Tu się pojawił ten problem, on wynikał jak gdyby z zajmowania się tymi rozwiązaniami. Chodziło o to, żeby można to było weryfikować. To właśnie przez takie pomysły... Chodziło o to, żebyśmy od tego odeszli.

Ja mówiłem, że to zaczęło się w 2010 r., bo od 2009 r. istnieje konieczność zgłaszania się o rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji do programów polityki zdrowotnej realizowanych przez samorzady i ministerstwa. Po pierwszym naborze wniosków w agencji, po ocenie tego typu wniosków i pojawieniu się jeszcze, że tak powiem, innych problemów stwierdzono, że należy zmodyfikować obowiązującą obecnie ustawę. A tutaj powoływałem się na raport NIK, który dotyczył 2015 r., a w 2016 r. został opublikowany. To był wynik kontroli w zakresie profilaktyki i braku jakiegokolwiek nadzoru.

Co do tych programów pilotażowych mogę powiedzieć, że w tej chwili mamy pilotaż w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Ten pilotaż obejmuje głównie taki komponent, który jest nazywany – troszkę się boję tego słowa, bo jest to bardzo źle rozumiane – koordynacją opieki. W ramach pilotażu chcemy zaproponować określonym lekarzom, określonym praktykom podstawowej opieki zdrowotnej formułę funkcjonowania z pewnym dodatkowym dofinansowaniem na działania związane z diagnostyką i konsultacjami specjalistycznymi. Podobne rzeczy działały się już w Polsce, w okresie przed powstaniem kas chorych i na początku ich funkcjonowania. Mówiliśmy wtedy, że prowadzimy podstawową opiekę zdrowotną i finansujemy ją w ramach tzw. fund holdingu. Tutaj żadne inne słowo się nie pojawiło, nie było to tłumaczone. I wtedy te rozwiązania przynosiły określone efekty. W tej chwili one zostały jakby zupełnie zaniechane i są wręcz archaiczne. Niemniej jednak widać, że utrzymanie sytuacji, jaka jest w tej chwili w POZ, gdzie większość z nas nie zna swojego lekarza rodzinnego, prawie nikt nie zna swojej pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, a wiele kobiet, które powinny być objęte opieką profilaktyczną, nie zna położnej... Chcemy ten trend odwrócić i przygotować określone rozwiązania, ale żeby móc wdrożyć to w całym kraju, musimy przeprowadzić pewnego rodzaju testy.

Jeśli chodzi o psychiatrię, to jest jeszcze inna sprawa. Tutaj z kolei widzimy, że finansowanie w dotychczasowej formule, czyli za usługę, za osobodzień i za konkretną interwencję, nie przynosi pożądanego efektu, czyli niejako odejścia pacjenta ze szpitala. Zatem nie rozwija nam się ta opieka środowiskowa w takiej skali, jaka odpowiadałaby potrzebom w Polsce, dlatego chcemy dość radykalnie zmienić mechanizm finansowania. Te prace są, że tak powiem, mocno zaawansowane, dlatego o nich mówię.

W projektowaniu jest również psychiatria dziecięca. To jest zupełnie inny problem i zupełnie inne zagadnienia są z tym związane. Potem, jak już to częściowo opracujemy, zajmiemy się uzależnieniami, bo to też jest rzecz w sferze zdrowia psychicznego dość istotna, związana jeszcze z innymi problemami. Jeżeli znajdziemy dobre rozwiązania gdzieś na świecie albo w Polsce, to przed uruchomieniem tego w skali całego kraju chcemy to przetestować. Już nie mówię o kardiologii i kardiologii dziecięcej, gdzie jest jeszcze inny problem. W medycynie po prostu tak mamy, tutaj jest wiele takich zagadnień, które wymagają bardzo szybkich zmian, co państwo też pewnie, obserwując media, wiecie.

Jeśli chodzi o wybór ministerstwa, dlaczego tak się dzieje, że po prostu... To jest na pewnym etapie. Jeżeli nie mamy oferenta, a potrzebujemy konkretnego rozwiązania, to często trudno jest przeprowadzić całą procedurę. Często jest też tak, że ogłaszamy konkurs, a nikt się nie zgłasza. A interwencja... To szczególnie dotyczy takich programów, jak te obejmujące terapie, które wymagają konkretnych rozwiązań, a nie mamy albo leku, albo czegoś innego, także innych programów. Poproszę panią dyrektor o uzupełnienie tej listy programów ministerialnych.

Skala HPV. Z tego, co wiem, bo nie mam tego odnotowanego... Zachęcam państwa do odwiedzenia strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, tam jest cała statystyka, a jeżeli są jakieś potrzeby, chęć przeanalizowania tego, to chętnie prześlemy te dane. Otóż te szczepienia, w ogóle szczepienia, które nie są uwzględnione w kalendarzu szczepień obowiązkowych, były dość chętnie brane przez samorządy, bo to są łatwe programy, łatwe do przygotowania. Ocena też nie jest specjalnie trudna. Szczepionka jako interwencja czy technologia jest przygotowywana do wprowadzenia pod tak silnymi obostrzeniami, że nikt z ekspertów nie chce podważać zasadności szczepień. Tak że to jest dość proste. Prowadzonych było bardzo dużo takich programów.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Proszę bardzo, uzupełniająco.

Senator Arkadiusz Grabowski:

Panie Ministrze, ja chciałbym dopytać o jedną kwestię, bo powiem szczerze, że tego nie wiem. Czy samorządy w pełni finansują te programy zdrowotne, czy mają jakieś źródła ze strony rządu, rządowe albo z ministerstwa? Czy to są różne programy?

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

W myśl tej ustawy samorządy będą w pełni finansowały programy. Do tej pory było bardzo różnie. Najczęściej... Bo programy, które są realizowane, to są inne... Pani dyrektor

o tym powie. Ale np. takie programy, jak dotyczący profilaktyki raka jelita grubego, to są takie programy, że chcemy interweniować z perspektywy kraju. Samorząd – chciałbym, aby tak było, i myślę, że tak dzieje się w przypadku większości programów – interweniuje w skali mniejszej, mikro, tam gdzie są problemy zdrowia publicznego i potrzebna jest określona interwencja, a czekanie na program centralny jest trudne.

I panią dyrektor bym poprosił, jak już zapowiadałem, jeżeli mogę, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Proszę bardzo, Pani Dyrektor.

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Agnieszka Beniuk-Patola:

W ramach uzupełnienia odpowiedzi pana ministra na ostatnie pytanie pana senatora powiem, że nowelizacja tej ustawy o świadczeniach wprowadza taką możliwość, aby fundusz, Narodowy Fundusz Zdrowia mógł, podkreślam: mógł, przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych w określonych przepisach itd. Czyli tu jest pewna furtka. Jeżeli jednostka samorządu terytorialnego będzie chciała realizować program, przygotowuje program polityki zdrowotnej, którego elementem np. będzie udzielanie świadczeń zdrowotnych, może zwrócić się do funduszu z wnioskiem o partycypowanie i może się tak stać, o ile fundusz będzie miał taką możliwość, o ile fundusz, że tak powiem, znajdzie środki. W każdym razie jest furtka. Do tej pory co do zasady jednostki samorządu terytorialnego asygnowały środki z własnych zasobów, z własnych dostępnych środków, a tutaj jest taka możliwość.

Co do budżetu państwa i programów polityki zdrowotnej, które są finansowane ze środków budżetu państwa... Pan senator tu pytał o tryb bezkonkursowy. Oczywiście jest to rozwiązanie, które jest proponowane w tej nowelizacji, ale wyłącznie w odniesieniu do programów polityki zdrowotnej, które może opracowywać, wdrażać i finansować minister, czyli na poziomie rządowym. Ta propozycja jest zaczerpnięta z programów wieloletnich, które są realizowane w pewnej części w tej formule. Dlaczego? Dlatego że, o czym pan minister już częściowo powiedział, Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych ustanowiony uchwałą Rady Ministrów, program transplantacyjny czy Narodowy Program Zdrowia w pewnych obszarach zdefiniowanych w dokumencie programowym daje bardzo wąską możliwość realizacji czy niejako precyzuje zakres zadań dla określonego obszaru. Albo mamy np. takie programy polityki zdrowotnej, które muszą mieć koordynatora części zadań, i wtedy jest taka potrzeba, żeby... Albo minister upoważnia daną jednostkę do realizacji określonego zadania, ale to jest raczej wyjątek od reguły. Co do zasady tryb konkursowy służy do wyłaniania realizatorów w programach polityki zdrowotnej. Wyjątki są określone w tych

zapisach ustawowych. Jeszcze raz mówię, że to jest wyjątek od reguły, którą jest stosowanie trybu konkursowego do wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.
Nie widzę więcej...
(*Senator Jadwiga Rotnicka*: Króciutkie pytanie.)
Proszę bardzo, pani senator Rotnicka.

Senator Jadwiga Rotnicka:

Panie Ministrze, termin wejścia w życie tej ustawy jest bardzo krótki. Z czego to tak na dobrą sprawę wynika? Czy chodzi o budżety gminne, czy...

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Zbigniew Król:**

To dotyczy pilotażu. Chcemy, żeby pilotaż w psychiatrii... W zasadzie grupa psychiatrów, zespół zadaniowy czeka na tę ustawę, żeby można było przygotować rozporządzenie o pilotażu, więc im szybciej, tym lepiej. To samo dotyczy POZ, bo w POZ ten pilotaż generalnie powinien ruszyć już 1 stycznia. W przeciwnym razie...

(*Brak nagrania*)

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Zbigniew Król:**

Osoby współzależnione czekają, nie wiem, chyba już 5 lat, tak długo dopominają się, żeby to wprowadzić.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.
Nie widzę innych chętnych do zabrania głosu.
W związku z tym przechodzimy do głosowań.
Został zgłoszony wniosek o przyjęcie poprawki proponowanej...
(*Senator Jadwiga Rotnicka*: ...przez panią legislator.)
...przez panią legislator, poprawki drugiej.
Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (3)
(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król*: My nie jesteśmy za jej...)
Tak, tak, to już wiemy. To już pan mówił, bo ja pytałem.
Kto jest przeciw? (5)
Nikt nie wstrzymał się od głosu.
Poprawka nie uzyskała większości, nie została przyjęta.
I teraz ustawa...
(*Głos z sali*: To ja składam wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.)
Możemy już nawet bez tego wniosku...
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Dobrze.
Wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek. Nie ma w tej chwili żadnej poprawki, tak że sprawa jest jasna.
Kto jest za przyjęciem tego przedłożenia? (5)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał (3)
Teraz sprawozdawca.
Kto z państwa by chciał? Może pan senator Warzocha?
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Ale naszej komisji. Tak? Dziękuję bardzo.
Dziękuję panu ministrowi i wszystkim państwu współpracownikom.
Zamykam posiedzenie Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej.

(*Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 28*)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii