



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (23.)

24 września 2020 r.

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o Funduszu Medycznym (druk senacki nr 210, druki sejmowe nr 457, 604 i 604-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 33)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dzień dobry.

Otwieramy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiaj w porządku obrad mamy rozpatrzenie ustawy o Funduszu Medycznym; druk senacki nr 210, druki sejmowe nr 457 i 604.

Chciałabym bardzo serdecznie przywitać wszystkie osoby, które przybyły dzisiaj na nasze posiedzenie. Wiem, że szeroko reprezentowane jest Ministerstwo Zdrowia oraz Kancelaria Prezydenta, a także strona społeczna. Wszystkie osoby, które dzisiaj przyszły i chcą uczestniczyć w posiedzeniu komisji, serdecznie witam. Witam państwa senatorów. W tym momencie jesteśmy tutaj we dwie, razem z panią senator, ale 4 senatorów jest zdalnie, więc będziemy mogli procedować.

Szanowni Państwo, zanim przystąpimy do procedowania ustawy, chciałabym przedstawić 2 istotne sprawy.

A mianowicie od tego posiedzenia Komisji Zdrowia będzie obowiązywała taka oto procedura, że wszystkie poprawki, które będą wnoszone i przejmowane przez senatorów, jeżeli to będą poprawki strony społecznej, będą składane na piśmie albo wcześniej drogą e-mailową do Komisji Zdrowia lub bezpośrednio do legislatorów. Wszystkie osoby, które pracują zdalnie, również będą mogły przysłać drogą e-mailową do Komisji Zdrowia, do Senatu takie poprawki. I tylko nad tymi poprawkami, które będą w formie pisemnej, będziemy głosowali.

W związku z procedowaną dzisiaj ustawą muszę zapytać o działalność lobbingsową. Czy

w posiedzeniu uczestniczą przedstawiciele podmiotów, którzy prowadzą działalność lobbingsową w rozumieniu ustawy o działalności lobbingsowej? Nie widzę zgłoszeń.

W takim razie wszystkie proceduralne sprawy mamy za sobą.

Mam propozycję, aby najpierw wysłuchać wnioskodawców, później będą pytania ze strony społecznej, także od państwa senatorów, czyli dyskusja... Przepraszam, jeszcze wcześniej stanowisko naszego Biura Legislacyjnego, a na końcu ewentualnie poddamy pod głosowanie poprawki, jeżeli takowe się znajdą.

Kto będzie prezentował stanowisko... Pan minister, tak?

Pan minister Mucha.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowne Panie i Panowie Senatorowie!

Wspólnie z panią minister Anną Surówką-Pasek mamy zaszczyt przedstawić państwu ustawę o Funduszu Medycznym.

Ustawa ta stanowi realizację zapowiedzi prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy dotyczącej konieczności wsparcia dostępu do innowacyjnych świadczeń medycznych. Celem Funduszu Medycznego jest wsparcie działań zmierzających do poprawy zdrowia i jakości życia w Rzeczypospolitej Polskiej przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania sfery ochrony zdrowia w zakresie: profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym szczególnie chorób nowotworowych i chorób rzadkich,

infrastruktury ochrony zdrowia wpływającej na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, rozwoju systemu opieki zdrowotnej przez koncentrację działań wokół pacjenta i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin, świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia osiemnastego roku życia, a także świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju. Na te cele wydatkowane będą 4 miliardy zł rocznie.

Fundusz Medyczny będzie państwowym funduszem celowym. Jego dysponentem będzie minister zdrowia. W ramach funduszu wyodrębnione zostaną 4 subfundusze: subfundusz infrastruktury strategicznej, subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych, subfundusz rozwoju profilaktyki oraz subfundusz terapeutyczno-innowacyjny.

Dofinansowanie ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej będą mogły uzyskać projekty strategiczne, realizowane w ramach programów inwestycyjnych ustanowionych w celu budowy, przebudowy, modernizacji lub doposażenia infrastruktury strategicznej. Propozycje projektu strategicznego w ramach konkursu organizowanego i przeprowadzanego przez ministra zdrowia będą mogły złożyć: podmiot leczniczy zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na poziomach onkologicznym, pediatrycznym, pulmonologicznym i ogólnopolskim, a także uczelnia medyczna w imieniu podmiotu leczniczego spełniającego wskazane wcześniej warunki, dla którego uczelnia ta jest podmiotem tworzącym. Oceny propozycji projektów strategicznych będzie dokonywał minister zdrowia, który następnie przygotuje i zatwierdzi listę rankingową tych propozycji. Po zatwierdzeniu listy rankingowej minister zdrowia wezwie wnioskodawców do złożenia projektów programów inwestycyjnych dla projektów strategicznych.

Projekty programów inwestycyjnych zostaną przedstawione Radzie Ministrów celem ustanowienia programów inwestycyjnych. W przypadku podjęcia przez Radę Ministrów decyzji o realizowaniu projektu strategicznego w ramach programu inwestycyjnego minister zdrowia będzie finalnie zawierał z wnioskodawcą tego projektu umowę na dofinansowanie projektu.

Zaznaczyć należy, że w takim przypadku, kiedy zostanie zidentyfikowana zasadność wsparcia innych obszarów niż te wynikające z propozycji projektów strategicznych, minister zdrowia będzie miał także kompetencje, żeby opracować projekt programu inwestycyjnego i przedstawić go Radzie Ministrów w celu ustanowienia odpowiedniego programu inwestycyjnego.

Po drugie, jak powiedziałem, w skład Funduszu Medycznego będzie wchodził także subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych. Będzie on przeznaczony na wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych, wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego oraz wymianę łóżek szpitalnych.

Jeżeli chodzi o wymianę łóżek szpitalnych, to na ten temat była też dyskusja w czasie prac sejmowych. Wskazujemy na zasadność wyodrębnienia tego zadania w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, biorąc pod uwagę to, że średni wiek polskiego łóżka szpitalnego wynosi 15 lat, a łóżek starszych niż 15 lat jest ponad 40%. Bierzymy tutaj pod uwagę z jednej strony oczywiście sytuację pacjenta, z drugiej strony wyzwania związane z tym, że jeżeli łóżko nie jest nowoczesne, to są określone dolegliwości także dla personelu medycznego. Dlatego widzimy zasadność tego, żeby wymiana łóżek szpitalnych była wyodrębniona ustawowo w ramach tego subfunduszu.

Uzyskanie dofinansowania z subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych będzie następowało w ramach programu inwestycyjnego ustanowionego przez Radę Ministrów w oparciu o projekt tego programu przygotowany przez ministra zdrowia. Wybór wniosków do dofinansowania będzie następował w drodze konkursu ogłaszanego i przeprowadzanego przez ministra zdrowia.

Jeżeli chodzi o subfundusz rozwoju profilaktyki, to dofinansowanie ze środków tego subfunduszu będzie mogło zostać przeznaczone bądź na wzmocnienie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej w zwiększaniu zgłaszalności kobiet i mężczyzn na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej, bądź też na wsparcie jednostek samorządu terytorialnego

w zakresie realizowanego dofinansowania programów polityki zdrowotnej, polegających na profilaktyce zdrowotnej w określanych przez ministra zdrowia na dany rok obszarach priorytetowych. Środki z subfunduszu rozwoju profilaktyki minister zdrowia przekazywał będzie w formie dotacji celowej dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki na wzmocnienie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ będą przeznaczane na finansowanie współczynników korygujących, stosowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmioty lecznicze spełniające określone w ustawie kryteria. Z kolei w przypadku środków na wsparcie działań realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego maksymalny poziom dofinansowania dla 1 programu polityki zdrowotnej wynosił będzie 80% środków przewidzianych na realizację tego programu. Wybór wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej będzie następował w drodze konkursu ogłaszanego i przeprowadzanego przez ministra zdrowia.

W przypadku subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego główną intencją jego wprowadzenia jest identyfikacja niezaspokojonych potrzeb medycznych. Dlatego, co chcielibyśmy bardzo wyraźnie podkreślić, część środków tego funduszu zostanie przeznaczona na wprowadzenie bezlimitowych świadczeń szpitalnych i specjalistycznych dla dzieci, co ma związek z występującymi niekiedy kolejkami pacjentów pediatrycznych do ambulatoryjnych porad specjalistycznych, a także w przypadku niektórych regionów – do leczenia szpitalnego, np. chirurgicznego. Ponadto zwracamy uwagę na to, że dzieci są największą grupą pacjentów cierpiących na choroby rzadkie, wymagające nie tylko terapii, ale i diagnostyki, w tym diagnostyki molekularnej, która odbywa się w ramach świadczeń specjalistycznych tak ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Z subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego będą również finansowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom poza granicami kraju.

Identyfikacja niezaspokojonych potrzeb medycznych będzie stanowiła jedno z kryterium nowo wprowadzonego w ramach ustawy o Funduszu Medycznym wczesnego i warunkowego dostępu do technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej oraz dostępu do technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności.

Wynika to z faktu, że obecny proces refundacyjny jest dość długim procesem i mimo jego skrócenia w 2019 r. średnio o ponad rok nadal trwa on blisko 3 lata. Ażeby nadrobić te opóźnienia, trzeba kwalifikować do refundacji w Polsce więcej nowych cząsteczek, wskazujemy, że średnio o 25% rocznie. Dlatego też zaproponowano rozwiązania przyspieszające proces refundacyjny i wprowadzono kategorię technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej. Pozwoli to na nadrobienie zaległości w polityce refundacyjnej, nałoży też obowiązek stałego identyfikowania niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz skutecznych leków w ich zakresie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rozwiązania te będą dedykowane szczególnie chorobom nowotworowym oraz rzadkim. Uwarunkowane to jest tym, że tam mamy najwięcej niezaspokojonych potrzeb medycznych. Nowe leki przeciwnowotworowe, rejestrowane przez amerykańską i europejską agencję do spraw leków, stanowią od 30 do 40% ogółu rejestrowanych leków. Następną co do częstości grupą są nowe leki w chorobach rzadkich. W porównaniu z dotychczas funkcjonującymi rozwiązaniami w tym zakresie przepisy procedowanej ustawy umożliwią także uproszczony i realizowany na poziomie wojewódzkim ratunkowy dostęp do technologii lekowych.

Podsumowując, można powiedzieć, że intencją utworzenia tego subfunduszu, subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego, jest poprawa i przyspieszenie dostępu polskich pacjentów do najnowszych terapii tak lekowych, jak i nielekowych, z uwzględnieniem leczenia za granicą, które mają największą wartość dodaną. Pozwoli to na uzyskanie możliwości skutecznego identyfikowania niezaspokojonych potrzeb medycznych, czyli leczenia tych schorzeń, które w Europie można już skutecznie leczyć, a bywa tak, że nie ma w tym zakresie odpowiednich terapii krajowych.

Reasumując, powiem, że w ramach 4 subfunduszy Funduszu Medycznego finansowane będą świadczenia opieki zdrowotnej udzielane dzieciom do ukończenia osiemnastego roku życia, w szczególności chorującym na nowotwory i choroby rzadkie, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom poza granicami kraju, zakup nowoczesnych leków i technologii lekowych, programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej, budowa

oraz modernizacja infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych, modernizacja szpitali, z uwzględnieniem szpitali powiatowych, zakup nowoczesnego sprzętu medycznego.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Ustawa o Funduszu Medycznym została pozytywnie oceniona przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, który w głosowaniu nad uchwaleniem ustawy przy poparciu 440 posłów przyjął tę ustawę. Chciałbym podkreślić, że utworzenie Funduszu Medycznego wychodzi naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom społecznym dotyczącym poszerzania dostępu do nowoczesnych metod leczenia i leków zapewniających skuteczną diagnostykę i terapię, pozwoli również na uzyskiwanie przez dzieci oraz innych pacjentów cierpiących na choroby rzadkie i nowotworowe świadczeń opieki zdrowotnej w nowoczesnych szpitalach, a w razie konieczności również poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

Ta inicjatywa była szeroko omawiana w ramach prac Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności sekcji ochrony zdrowia Narodowej Rady Rozwoju. Przygotowując ten projekt ustawy, oczywiście współdziałaliśmy z Ministerstwem Zdrowia, z ekspertami Narodowego Funduszu Zdrowia, a także z ekspertami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Także środowiska pacjenckie wypowiadały się w tym zakresie. W toku prac nad ustawą w Sejmie uwzględnialiśmy też te uwagi strony społecznej, które się na bieżąco pojawiały.

Jestem przekonany, że ustawa zasługuje na poparcie, dlatego zwracam się do państwa senatorów z prośbą o pozytywną ocenę przedstawionej przez prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej i przyjętej przez Sejm ustawy o Funduszu Medycznym. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Czy ktoś jeszcze ze strony rządowej chciałby teraz zabrać głos? Nie.

Panie Ministrze, żaden fundusz nie rozwiąże spraw systemowo. Oczywiście jest to jakiś pomysł i jakiś projekt, który ma pomóc, tylko że on po raz kolejny nie podchodzi do spraw opieki zdrowotnej w sposób kompleksowy,

a wręcz odwrotnie, można powiedzieć, że wydziela niektóre świadczenia czy też niektórych pacjentów i dedykuje konkretnie im tę część, która jest w Funduszu Medycznym zapisana. Ochrona zdrowia w tej chwili znajduje się w takiej sytuacji, że pewnie każdy projekt i każda forma, która wiąże się z przekazaniem środków finansowych, jest ważna, ale na pewno Fundusz Medyczny nie jest panaceum i nie jest rozwiązaniem systemowym.

Co do założeń samego funduszu pewnie będziemy się różnić ze względu na to, w jaki sposób postrzegamy w ogóle system opieki zdrowotnej. Nawet gdy w dobrej wierze przyjmujemy założenia tego funduszu i tego aktu prawnego, to i tak rodzi się wiele bardzo istotnych pytań. Jednym z najważniejszych, takim, które za każdym razem było mi zadawane, jest pytanie dotyczące pieniędzy. To są 4 miliardy. Pan powiedział, Panie Ministrze, że rocznie zagwarantowane są 4 miliardy na wydatki. Ale nas bardziej interesowałyby źródła i to, jak ma się to dodatkowe źródło finansowania do realizowanej w jakimś stopniu ustawy o 6% PKB. To jest pierwsza, najważniejsza kwestia. I bardzo bym prosiła, żeby pan minister, zanim rozpoczniemy całą dyskusję, jasno to wyartykułował.

Bardzo proszę.

**ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo!

Oczywiście, tak jak powiedziałem na samym wstępie, ustawa o Funduszu Medycznym zapowiadana przez prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej jest też odpowiedzią na postulaty środowiska pacjentów. Pacjenci wskazywali czy identyfikowali te potrzeby, o których mówiłem, zwłaszcza związane z kwestiami chorób rzadkich, chorób nowotworowych, także w zakresie szczególnej potrzeby opieki udzielanej osobom do ukończenia osiemnastego roku życia i świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie, co też jest uwarunkowane normą konstytucyjną, jeżeli chodzi o taką szczególną potrzebę zwracania uwagi na te potrzeby. Tak więc to jest rozwiązanie systemowe, to jest istotne rozwiązanie systemowe, które uzupełnia istniejący system, dlatego

że poza środkami, które są dzisiaj w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, poza tymi środkami, które są w dyspozycji ministra zdrowia w ramach budżetu ministra zdrowia, mówimy o konkretnym funduszu, funduszu celowym, w ramach którego, określając bardzo konkretne cele, wskazujemy, że to będzie służyło także, przez podział na subfundusze, czy to infrastrukturze strategicznej, czy modernizacji szpitali, ale zwłaszcza rozwojowi profilaktyki i obszarowi terapeutyczno-innowacyjnemu. I na pewno nie sposób przeoczyć tych elementów, które wskazujemy w uzasadnieniu, że te rozwiązania prowadzą do tego, że wprowadzamy chociażby bezlimitowe świadczenia szpitalne i specjalistyczne dla dzieci. To jest na pewno ogromna zmiana pozytywna, pozytywna zmiana, która dotyczy każdego polskiego małoletniego pacjenta. Z drugiej strony mówimy o świadczeniach, które będą udzielane świadczeniobiorcom poza granicami kraju, a także o kwestiach związanych z ratunkowym dostępem do technologii lekowych, tak jak to uzasadnialiśmy, mówiąc o niezaspokojonych potrzebach medycznych. Przez wiele miesięcy była prowadzona bardzo szczegółowa dyskusja z ekspertami na temat tych założeń. Tutaj jeszcze raz dziękuję Ministerstwu Zdrowia za to, że w tych pracach bardzo mocno nas wspierało.

Ustawa o 6% PKB, o której mówi pani przewodnicząca, to jest oczywiście pewna gwarancja, jeżeli chodzi o wydatki ze strony budżetu państwa na te cele, i wiemy, że te nakłady na służbę zdrowia się zwiększają. Gdy popatrzymy na dane od roku 2015 do roku 2020, to przekonamy się, że jest tu przyrost powyżej 30 miliardów zł, jeśli chodzi o środki wydatkowane na cele zdrowotne. Środki, które będą gwarantowane w ramach Funduszu Medycznego, będą służyły tym celom, które ustawa określa w art. 3.

Jeżeli zaś chodzi o przychody funduszu, to o nich stanowi art. 8 ustawy. Tutaj poza wpływami z tytułu opłat, poza odsetkami od zgromadzonych środków, dobrowolnymi wpłatami, darowiznami czy zapisami, czy wpływami z innych tytułów, mamy przede wszystkim wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy. Czyli odpowiadając pani przewodniczącej wprost, powiem, że to budżet będzie określał, jaka kwota rokrocznie będzie przeznaczana na funkcjonowanie Funduszu

Medycznego. Ustawa oczywiście wskazuje, zgodnie z odwołaniem do przepisów ustawy o finansach publicznych, maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem wejścia w życie niniejszej ustawy. Tak jak wstępnie mówiłem, w roku 2020 przewidywane są 2 miliardy zł, w kolejnych latach od roku 2021 maksymalny limit wynosi 4 miliardy zł.

A potrzeba tego, żeby właśnie w przypadku niezaspokojonych potrzeb medycznych czy w sytuacji leczenia za granicą, czy w przypadku chorób rzadkich, czy w przypadku dzieci działać w pewien sposób systemowy, ale uzupełniający dotychczas funkcjonującym system, została wyrażona w ustawie o Funduszu Medycznym. To są dodatkowe środki, to nie są środki, które są wydatkowane w ramach NFZ. Zwracamy uwagę na to, że środki niewykorzystane w danym roku przejdą na rok na kolejny. Te rozwiązania, tak wynika z licznych sygnałów zgłaszanych ze strony środowiska pacjentów, są oczekiwane.

Ja mam nadzieję, że przy naszym sprawnym procedowaniu ta ustawa jeszcze w tym roku wejdzie w życie i będzie mogła w kolejnych latach służyć tym celom, o którym mówiłem na wstępie. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Nie odpowiedział pan precyzyjnie na moje pytanie, więc ja jeszcze raz je powtórzę. Czy 4 miliardy, które mają być gwarantowane na ten Fundusz Medyczny, choć tak do końca nie ma gwarancji, że będą to 4 miliardy rocznie, bo w państwa przepisach jest napisane „do”, są w ustawie o 6% PKB, czy to są inne, dodatkowe, nowe środki? To po pierwsze.

Po drugie, pan minister powiedział, że jest to rozwiązanie systemowe i jako przykładem posłużył się płatnością świadczeń zdrowotnych dla dzieci. Nic więcej nie potrzeba, Panie Ministrze, tylko przesunąć te środki do Narodowego Funduszu Zdrowia, tak aby fundusz mógł płacić za wszystkie niezbędne świadczenia zdrowotne, które będzie wykonywał na rzecz dzieci i młodzieży. Do tego nie jest potrzebny zapis o subfunduszu, zapis o całym tym programie, to jest tylko kwestia dobrej woli. Podobnie zresztą jak w przypadku profilaktyki, bo państwo tutaj

proponujecie kolejny subfundusz na profilaktykę i dotacje dla samorządów. To wszystko jest możliwe do zrealizowania, Panie Ministrze, poprzez prawidłową realizację Narodowego Programu Zdrowia. Nic więcej nie trzeba.

Tak więc ja mam wrażenie, że w odniesieniu do niektórych tematów, bardzo istotnych, rzeczywiście ważnych, które zasługują na dodatkowe dofinansowanie, to finansowanie jest powielane, a w tym celu powstaje odrębny Fundusz Medyczny z radą, która będzie odrębnie wynagradzana, z kosztami...

(Głos z sali: Nie, nie...)

(Zastępca Szefa Kancelarii Prezydenta RP Paweł Mucha: Rada nie będzie wynagradzana...)

W ogóle nie będzie wynagradzana, tak? Nawet w przypadku kosztów przejazdu nikt nie będzie dostawał zwrotu?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To nie jest istotne, to jest...

(Zastępca Szefa Kancelarii Prezydenta RP Paweł Mucha: Pani Przewodnicząca, ja z chęcią się odniosę, ale...)

Panie Ministrze, to może jest najmniej istotne. Ja tylko podnoszę fakt, że to jest tworzenie kolejnego programu. Mamy szereg różnych narodowych programów, lekowych programów, teraz będziemy tworzyli fundusze, a my powinniśmy rozpatrywać sprawy strategicznie. Jedyńm plusem, który ja osobiście widzę – mam prawo to powiedzieć, bo od wielu lat zajmuję się ochroną zdrowia – jest chęć przekazania dodatkowych pieniędzy. Tylko ja pytam: czy te pieniądze są w ramach ustawy o 6% PKB, czy też wyodrębnione specjalnie na ten fundusz z innych środków budżetu państwa?

**ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA**

Pani Przewodnicząca, zacznę od sprostowania. Lektura ustawy bardzo wyraźnie wskazuje, że nie polega na prawdzie stwierdzenie, jakoby rada miała być wynagradzana. Nie ma takiego przepisu w ustawie. Odwrotnie. Wskazujemy tutaj, że Rada Funduszu Medycznego, która jest organem opiniodawczo-doradczym dla ministra właściwego do spraw zdrowia, skupiając także przedstawicieli organizacji zrzeszających pacjentów czy przedstawiciela rzecznika praw

pacjenta, funkcjonuje na zasadzie wsparcia społecznego. Ma charakter opiniodawczo-doradczy, ale działa społecznie, nie ma żadnych wynagrodzeń związanych z zasiadaniem w radzie. Inną rzeczą jest...

(Przewodnicząca Beata Małecko-Libera: Panie Ministrze, a 40 milionów, czyli ten 1%, jednak jest na obsługę...)

Pani Przewodnicząca, po pierwsze, nie 40 milionów, bo do 1%, czyli to też jest nieściśła informacja. To jest limit główny, jeżeli chodzi o koszty działalności funduszu, ale to jest próg maksymalny, a nie jakaś kwota, która jest określona na poziomie 40 milionów zł. To zależy od wielkości funduszu. Każdy fundusz, który funkcjonuje jako państwowy fundusz celowy, generuje określone koszty związane z funkcjonowaniem tych środków. Każdy, kto ma jakiegokolwiek doświadczenie z działalnością administracji publicznej czy z finansami publicznymi, wie, że są takie uwarunkowania. Tak więc żadnych 40 milionów nie ma. To jest do 1% wartości funduszu.

Po drugie, tak jak pani przewodnicząca świetnie wie, jeżeli chodzi o ustawę dotyczącą wydatków na służbę zdrowia, to mamy tam określenie poziomu minimalnego wydatków, czyli jest określony odsetek w odniesieniu do wielkości produktu krajowego brutto, ale są tu określone kwoty minimalne, tak więc nikt nie mówi o tym, że nie można wydatkować więcej. To jest odpowiedź na pani pytanie o to, czy się zawiera, czy się nie zawiera. No, mamy określony poziom wydatków, które będą przeznaczane na te potrzeby, i wiemy, że mamy bardzo precyzyjnie wskazane cele.

Ja się nie zgadzam z głosem polemicznym pani przewodniczącej. Oczywiście szanuję pogląd pani przewodniczącej i ocenę, pani ma prawo taką opinię formułować, ale fundamentalnie nie zgadzam się z tym, że rozwiązanie nie jest systemowe, i fundamentalnie nie zgadzam się z tym, że cele funduszu nie są bardzo wyraźnie określone. To nie jest ogólny worek, czyli nie jest tak, jak pani by może sugerowała alternatywnie, że można te środki dodać. My wskazujemy bardzo konkretne cele, o których mówiłem, a które są wyrażone w przepisie art. 3: profilaktyka, wczesne wykrywanie, diagnostyka, leczenie chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych rzadkich, czy infrastruktura, czy dostęp do wysokiej jakości świadczeń

opieki zdrowotnej. I to jest wartość pozytywna tego funduszu, że bardzo wyraźnie mówimy, że te 4 miliardy zł, w tej wersji, w jakiej ustawa to teraz przewiduje, mają być przeznaczone na te konkretne potrzeby.

Co więcej, 440 posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej też takiej oceny w toku prac legislacyjnych w Sejmie dokonało. Głosy środowiska pacjenckiego też są takie, przedstawiciele tego środowiska widzą te potrzeby, jeżeli chodzi o choroby rzadkie czy jeżeli chodzi o leczenie za granicą, czy jeżeli chodzi bezlimitowe świadczenia dla dzieci, i chcą wprowadzenia takich rozwiązań.

Tak że w przypadku jakichś szczegółowych pytań oczywiście służymy tutaj odpowiedziami, ale nie polega na prawdzie takie stwierdzenie, żeby rada w czymkolwiek miałaby tu przeszkadzać. Wręcz przeciwnie, ja w otwartości tej formuły widzę zamysł taki, żeby i pacjenci, i rzecznik praw pacjenta, i przedstawiciele fachowych podmiotów, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, NFZ, na bieżąco monitorowali, jak ta ustawa w praktyce jest realizowana, i na tej podstawie podejmowane były określone działania w przyszłości. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Rada rzeczywiście jest w tym wszystkim najmniej istotna, najbardziej istotne jest to, jaka wysokość kwoty zostanie zagwarantowana każdego roku, a nie w zależności od tego, jak się będzie kształtował budżet, i na co przeznaczone zostaną te środki finansowe.

Oczywiście, Panie Ministrze, różnimy się tutaj, pan minister ma inne spojrzenie, ja mam inne. Ja uważam, że te wszystkie państwa propozycje, te zagadnienia są w tej chwili finansowane i wystarczy tylko zwiększyć poziom finansowania. Mam prawo mieć takie zdanie.

Otwieram dyskusję.

Proszę bardzo, pan senator.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A przepraszam, Panie Senatorze, ja bardzo przepraszam, ja zawsze zapominam, że jeszcze biuro, a to bardzo ważny głos.

Bardzo proszę.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Dziękuję uprzejmie.

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Biuro Legislacyjne Kancelarii Senatu chciałoby zwrócić uwagę na 6 zagadnień.

Po pierwsze, w świetle konstytucyjnej zasady określoności przepisów prawnych zastrzeżenia budzą art. 20 ust. 7 oraz art. 29 ust. 7 ustawy, które, statuując wymagania odnośnie do treści składanych wniosków przez podmioty ubiegające się o dofinansowanie ze środków Funduszu Medycznego, posługują się sformułowaniem „w szczególności”, a więc ustanawiają jedynie przykładowy, a nie zupełny katalog elementów tych wniosków. Mając na uwadze fakt, że inne przepisy ustawy nie dostarczają wskazówek, które umożliwiłyby zrekonstruowanie tych innych elementów, proponuje się zastąpienie sformułowania „w szczególności” sformułowaniem „co najmniej”. W ten sposób ustawa wyznaczałaby katalog minimalny treści wniosków.

Po drugie, zgodnie z art. 23 ust. 3 ustawy do rozstrzygnięcia konkursu w sprawie wyboru wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego minister zdrowia nie może zmieniać regulaminu konkursu w sposób skutkujący nierównym traktowaniem wnioskodawców, jednakże odstępstwo od powołanej zasady stanowi ust. 4 tego artykułu, wedle którego „przepisu ust. 3 nie stosuje się, jeżeli konieczność dokonania zmiany regulaminu konkursu wynika z odrębnych przepisów”. Jakkolwiek każda zmiana legislacyjna może potencjalnie skutkować zmianą już trwających stosunków prawnych, jednakże ustawodawca nie może przewidywać potencjalnego odstąpienia od zasady równości, gdyż tym samym zaprzeczyłby nie tylko normie art. 32 konstytucji, ale również zasadzie legalizmu. W związku z tym przepis ten należy skreślić.

Po trzecie, za przepisy pozbawione waloru normatywnego należy uznać art. 5 ust. 6 zdanie drugie, art. 5 ust. 7 oraz art. 6 ust. 5, które stanowią powielenie tych unormowań, które już obowiązują na podstawie ustawy o finansach publicznych. W związku z tym przepisy te należy skreślić.

Po czwarte, zgodnie z art. 19 oraz art. 28 ustawy, do postępowania w zakresie konkursu w sprawie wyboru propozycji projektu strategicznego oraz programu inwestycyjnego nie mają mieć zastosowania przepisy kodeksu postępowania administracyjnego – i tutaj cytat – „z wyjątkiem przepisów dotyczących obliczania terminów oraz wyłączenia pracownika i organu”. Należy zwrócić uwagę na to, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego odstępstwa od unormowań ustaw określanych jako kodeks, jako prawo czy jako ordynacja mogą być ustanawiane jedynie w szczególnych przypadkach. Należy również zwrócić uwagę na to, że negatywne skutki dla wnioskującego o dofinansowanie wynikłe z zastosowania ustawy mogą wiązać się z treścią art. 23 ust. 3 ustawy, który stanowi *lex specialis* w stosunku do unormowań przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Zgodnie bowiem z tym przepisem terminy określone w wezwaniach do uzupełnienia wniosku oraz poprawienia w nim oczywistej omyłki mają być liczone nie od dnia otrzymania wezwania przez osobę zainteresowaną, co jest standardem ustawodawczym, lecz od dnia następującego po dniu wysłania wezwania w sprawie uzupełnienia wniosku albo poprawienia oczywistej omyłki. Kwestionowane przepisy należałoby zatem skreślić.

Po piąte, należy również zwrócić uwagę na art. 41 ust. 2 ustawy statuujący normę intertemporalną, która wymaga stosownego uściślenia. Zgodnie z tym przepisem w przypadku konieczności kontynuacji terapii świadczeniobiorców, którzy rozpoczęli terapię w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych przed dniem wejścia w życie omawianej ustawy, kontynuacja tej terapii może odbywać się na podstawie stosownych przepisów w brzmieniu nadanym ustawą. Podkreślam: może odbywać się. I teraz tak. Jeżeli motywem legislacyjnym powołanego unormowania było wyrażenie odstępstwa od zasady sformułowanej w ust. 1, a zatem to odstępstwo ma mieć charakter obligatoryjny, to sformułowanie „może odbywać się” należy uznać za nieadekwatne i należałoby je zastąpić sformułowaniem „odbywa się”. Jeżeli zaś unormowanie to ma wyrażać zasadę swobody wyboru prawa nowego czy dotychczasowego, wtedy należałoby przewidzieć stosowną przesłankę proceduralną, umożliwiającą zastosowanie przepisów nowych, np. wniosek wskazanego podmiotu.

Pozostałe propozycje poprawek ujęte w opinii mają charakter legislacyjny i redakcyjny, nie zmieniają one meritum ustawy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Ja mam taką propozycję, żebyśmy odpowiedź pana ministra na temat tych propozycji poprawek może zostawili do czasu po dyskusji, bo pewnie będzie więcej propozycji. Wtedy będziemy mogli dyskutować o nich łącznie. Dobrze?

Oddaję głos osobom, które się zgłaszają.

Pan senator jako pierwszy. Proszę bardzo.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze! Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja na początek krótko spróbuję uściślić pytanie pani przewodniczącej. Czy te 4 miliardy lub mniej, bo nie wiemy, ile dokładnie będzie rocznie tych środków, kiedy będziemy omawiać nakłady na ochronę zdrowia w danym roku w stosunku do PKB i mówić o procencie, będziemy włączać? Czy będziemy włączać te 4 miliardy i, powiedzmy, zamiast 5% PKB będzie 5,1%, bo są 4 miliardy z tego funduszu? Czy tak mam to rozumieć, czy też nie? Prosiłbym o krótką odpowiedź pana ministra, bo to mi się najpierw nasunęło. Poza tym mam inne pytanie.

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Rozumiem, Panie Senatorze, że na tę odpowiedź pan teraz czeka, na tę konkretną, tak?)

Tak. Chyba że możemy zostawić to na później, bo to tak... Wtedy będę wiedział, czy to jest w tych 6%, czy też nie. Czy będziemy mówili, że nakłady wynoszą tyle, bo dodaliśmy 4 miliardy? Wtedy będę wiedział, że to jest... Bo tu chyba nie ma co przedłużać oczekiwania na odpowiedź.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Panie Ministrze. W takim razie na to 1 pytanie. Proszę.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Panie Senatorze!

Wskazujemy, że to są dodatkowe środki, które są przeznaczone na cele określone w ustawie o Funduszu Medycznym, ale te środki, siłą rzeczy, są uwzględniane w ramach 6%. Tak będziemy je kwalifikować. Przy czym ja wskazywałem, że te 6% to jest wartość minimalna nakładów. Tutaj są określone bardzo wyraźnie cele i te cele uznajemy za zasadne, za trafne. Uznajemy, że powołanie tego funduszu jest uzasadnione właśnie tym, o czym stanowi ustawa.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Ja jeszcze do tej krótkiej polemiki tylko dodam, że rozwiązanie systemowe, Panie Ministrze, to byłoby coś takiego, gdybyśmy uznali, że np. zamiast płacić za wykonaną procedurę, tak jak się to odbywa w szpitalach, bo w poradniach płacimy od zapisanego pacjenta, przenosimy ten system do szpitali i tu też płacimy za zapisanych pacjentów. To by było rozwiązanie zdecydowanie systemowe, rozwiązanie, które zmieniłoby system opieki zdrowotnej. Można by też w odwrotnym kierunku, czyli w POZ wprowadzić system, że płacone jest za wizytę, a nie od zapisanego pacjenta. To są rozwiązania systemowe, które zmieniają cały system opieki zdrowotnej. Tymczasem tutaj, uważam, nie powinniście się państwo upierać. To jest dobry program, dobrze, że pieniądze przechodzą, ale nie można powiedzieć, że to jest rozwiązanie systemowe. To jest dołożenie pieniędzy do rozwiązań istniejących, nie wymyślamy niczego nowego. Te dzieci chorują, leków na choroby rzadkie brakuje, to wszystko się dzieje. Oczywiście dokładacie wszędzie tam, gdzie widzicie największe potrzeby, i bardzo dobrze, ale to jest wspomóżenie istniejącego systemu, tylko w tym sensie można to nazwać jakimś rozwiązaniem systemowym. Ale nie jest to nowy ruch w systemie, ruch, który by naruszył istniejący system czy go zmienił, poprawił. Poprawia w sensie dofinansowania, tak.

A pytanie moje jest takie. Chodzi mi o art. 20 ust. 3 ustawy. Jest tu napisane, co obejmuje program inwestycyjny, i wymienione są 4 podpunkty. Nie będę czytał, każdy ma ustawę przed sobą. To jest zrozumiałe, powiedzmy, że jest tu wyjaśnione, co można z tego programu inwestycyjnego finansować czy wspierać. Moje pytanie jest takie. Dlaczego nie jest tutaj poprowadzona ta sprawa, tak jak jest w art. 13 ustawy, w którym gdy mówimy o subfunduszu infrastruktury strategicznej, to po prostu piszemy, że jest on utworzony celem realizacji zadań, o których mowa w art. 7 pkt 1? Art. 7 pkt 1 wyjaśnia nam, dokładnie nam wszystko tłumaczy, są tu wypisane cele dofinansowania, ppkt 1 stanowi, że to jest dofinansowanie zadania polegającego na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej. I to jest jak najbardziej zrozumiałe. Tymczasem w tym art. 7 jest pkt 2, gdzie napisano o dofinansowaniu zadania polegającego na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu podmiotów leczniczych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych. Zatem rozumiemy, że to jest modernizacja, przebudowa lub doposażenie w ramach subfunduszu modernizacji. A teraz wracam do tego miejsca, gdzie jest mowa o subfunduszu modernizacji, gdzie jest on dokładnie opisany. Tutaj nie ma takiego odniesienia, nie ma odniesienia do art. 7 pkt 2... Nie, nie, tutaj są wymienione obszary, jest wsparcie rozwoju infrastruktury, udzielenia świadczeń...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, rozumiem. Ale po co w takim razie pkt 3? Program inwestycyjny obejmuje działania w następujący obszarach... To nie jest to samo. To nie jest to samo, co w art. 7 pkt 2. Proszę zauważyć, że... Ja teraz nie wiem, który jest właściwy. Może w ten sposób powiem. W tym pkt 2 w art. 7 mamy modernizację, przebudowę lub doposażenie podmiotów leczniczych w ramach... czyli modernizację. Tutaj, w tym pkt 3, kiedy jest to dość uściślone... Ja nie rozumiem sensu tego uściślenia. I tu jest tak: wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, czyli dotyczy to tylko świadczeń opiekuńczo-leczniczych, wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych, czyli jeżeli się konsolidują... a jeżeli nie, to nie dostaną wsparcia. Dalej: wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego, wymiana łóżek szpitalnych.

Tu jest to wymienione bardzo punktowo. To dlaczego w takim razie nie ma tego w programie strategicznym? Dlaczego tu również nie jest dokładnie, punktowo wymienione, które rzeczy... Tu jest np. wymiana łóżek szpitalnych, więc bardzo konkretna sprawa. Chciałbym się tego po prostu dowiedzieć.

Dlaczego o to pytam? Jaki jest cel mojego pytania? Obawiam się tego, że szpitale, które liczą na ten program, które czekają z inwestycjami... Powiedzmy, jakiś szpital wybuduje nowy blok operacyjny, szpital powiatowy. I teraz on nie może, bo tu jest zakład opiekuńczo-leczniczy, tu jest wymiana łóżek szpitalnych, tu jest coś... To zawęży pomoc inwestycyjną. Tymczasem w programie strategicznym jest proste odwołanie się do pktu 1 i okej, to załatwia sprawę. Nie wiem, po co... To jest bardzo ograniczone. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Następna pani senator Ewa Matecka.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja również dopytam o finanse. Rozumiem, że możemy się spodziewać, że przy okazji nowelizacji budżetu na rok 2020 zostaną przekazane dodatkowe 2 miliardy zł na ochronę zdrowia, które będą stanowiły środki finansowe w Funduszu Medycznym. Tak?

(Zastępca Szefa Kancelarii Prezydenta RP Paweł Mucha: Jaką metodykę przyjmujemy? Czy mam odpowiadać każdemu, czy...)

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Nie, nie, ten etap zakończymy, są pytania...)

Chciałam się tylko upewnić.

(Zastępca Szefa Kancelarii Prezydenta RP Paweł Mucha: Może jednak ustalmy...)

Panie Ministrze, proszę o takie dokładniejsze objaśnienie zależności, relacji między programem inwestycyjnym a projektem strategicznym, bo np. art. 13 mówi, że projekty strategiczne realizowane są w ramach programów inwestycyjnych i że te programy inwestycyjne ustala Rada Ministrów.

Czy mogę zadawać kolejne pytania?

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Tak, oczywiście.)

Kolejne pytanie. Jaka wobec tego jest szansa na realizację wszystkich tych programów jeszcze w tym roku, w sytuacji gdy są ściśle i bardzo precyzyjnie określone terminy? Ustawa ma wejść w życie 30 dni po ogłoszeniu. Na ogłoszenie konkursu musi być czas, to również wymaga dotrzymania konkretnych terminów, odwołania itd. Czy jest szansa, że któryś z tych programów będzie realizowany jeszcze w tym roku, a szczególnie te programy związane z modernizacją, z konkretnymi inwestycjami? Jeżeli nie, to rozumiem, że środki, które zostaną przeznaczone na ten cel, przejdą na rok następny. Jak rozumiem, jest też zagrożenie dla niektórych z tych programów takie, że w tym roku w ogóle nie będą miały szansy być zrealizowane, chociażby ze względu na terminy ściśle określone w tejże ustawie.

I jeszcze takie moje pytanie. W ramach subfunduszu terapeutycznego są ściśle określone limity środków, które mogą być przekazane na poszczególne zadania. I tak np. ograniczony jest limit do 15% z tych 4 miliardów czy 2 miliardów... Wobec tego pytam: jaki jest procent środków, bo o tym się w ogóle nie mówi, na świadczenia udzielane poza granicami kraju? Dlaczego na refundację, na finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej jest tylko 5% całości budżetu? Co o tym zdecydowało? Co zdecydowało o tych limitach 15%, 5%? Przy czym w ogóle nie podaje się wartości, jaka ma być przeznaczana na leczenie za granicą. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pytania zdalnie. Pierwsza będzie pani senator Ala Chybicka, a później pani senator Gorgoń-Komor.

Proszę bardzo, pani senator Chybicka.

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Witam z domowego Covidowa, w którym jestem zamknięta na kwarantannie do 2 października.

A pytanie mam następujące. Prawdę powiedziawszy, ja się bardzo ucieszyłam, że znalazły się dodatkowe środki m.in. dla chorych na nowotwory, w tym dzieci, które, jak państwo dobrze wie, na „Siepomaga” i różnych innych kontaktach zbierają pieniądze na leczenie za granicą. To leczenie bardzo często jest bardzo kosztowne, są to np. 2 miliony na anty-GT2, z kolei na CAR-T cells 1 milion 300, na przeciętne przeciwciało, nowe, które wchodzi na rynek, to jest ok. 5 tysięcy 700, to jest ten rząd wielkości.

Moje główne pytanie do pana, Panie Ministrze, jest takie: jakie było założenie? Czy to, co państwo stworzyli, się kompletnie nie rozjechało i nie rozmyło? W poszczególnych akapitach tej ustawy macie państwo zapisane różne rzeczy, też systemowe, dołożenie do leczenia, za które płaci NFZ. Ja myślałam, że to będą pieniądze, które pomogą uzyskać środki i zlikwidować te zbiórki, pozwolą odpuścić rodzicom, dzieciom i dorosłym, bo oczywiście i dzieci, i dorośli zbierają na innowacyjne terapie. Tak jak słusznie pan powiedział, uzyskanie państwowego finansowania bardzo długo trwa, a tutaj, u państwa będzie krócej. Ale pytanie jest większe, głębsze: czy będzie krócej tylko w przypadku leków, które finansuje budżet państwa, czy też będziecie państwo w stanie sfinansować dzieciom leki, które wchodzi już na rynek na świecie i ratują życie, a w Polsce, ponieważ to wszystko idzie wolno, nie są jeszcze zarejestrowane? Czy to zmniejszy te zbiórki pieniędzy? Dotyczy to również dzieci, które chorują na choroby rzadkie.

Ja nie wiem, czy w ogóle jest sens finansować coś, co jest płacone z budżetu państwa, bo on po to jest. Budżet miał być wstępnie, o ile dobrze pamiętam, dedykowany onkologii. A na końcu wygląda na to, że jest dedykowany nie tylko onkologii. I choć może się wydawać, że 2 miliardy do końca roku to jest dużo... Gdyby było tak, jak ja myślałam na początku, że to będzie wsparcie tych świadczeń, które nie są refundowane z budżetu, dla chorych, którzy w rozpacz zbierają pieniądze, którzy nie mogą wyjechać, a czas nagli, bo nowotwór nie czeka, tylko jak nie dostaną pieniędzy, to zabije... A tylko niewielki odsetek jest na te innowacyjne terapie, czyli te pieniądze pójdą głównie na inwestycje, są to środki inwestycyjne, które również w budżecie są planowane, w tym normalnym budżecie ministra

zdrowia, a z kolei procedury są z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tak że gdyby pan mógł, to prosiłabym, aby pan mi powiedział: czy rzeczywiście wprowadzenie tego funduszu będzie ratowało życie chorych, którzy w tej chwili zbierają pieniądze na innowacyjne terapie? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
I pani senator Gorgoń-Komor.
Proszę.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Witam serdecznie.
Czy mnie słycać?
(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Tak, słycać.)

Ja mam króciutkie pytanie, bo nie zrozumiałam na początku wypowiedzi pana ministra. Pani przewodnicząca pytała o finansowanie tego nowego bytu, jakim jest Fundusz Medyczny. Podziału środków funduszu na poszczególne subfundusze dokonuje minister zdrowia. Czy to jest prawda? Czy dobrze to zrozumiałam? Czy tak jest według projektu ustawy?

Dodatkowo w tych różnych subfunduszach plan przewiduje przeznaczenie 1% przychodów funduszu w danym roku na pokrycie kosztów obsługi samego funduszu i obsługi zadań finansowanych z niego, czyli na pensje i na inne wydatki administracyjne. Przy 4 miliardach rocznie to jest ok. 40 milionów zł rocznie. Czy Polskę w tej chwili, w takiej sytuacji finansowej, kiedy spodziewamy się niższych wpływów do budżetu państwa, w ogóle na to stać? Przecież na razie rozdział środków przez Narodowy Fundusz na różne procedury, takie zwykle, ale także takie, które Polakom się należą z racji tego, że są nowe terapie, to, o czym mówiła pani profesor... To wszystko jest jasne. I teraz mam pytanie, czy nas po prostu stać na tworzenie kolejnego bytu, który generuje bardzo duże koszty, ok. 40 milionów zł rocznie? Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze z senatorów? Czy mamy zgłoszenia? Nie.

Proszę bardzo, strona społeczna... Chyba że pan minister po tej części pytań odpowie?

Proszę.

ZASTĘPCA SZEFA

KANCELARII PREZYDENTA RP

PAWEŁ MUCHA

Szanowna Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Postaram się odpowiedzieć. Wiem, że też pan minister Miłkowski jest w gotowości do uzupełnienia odpowiedzi, jeżeli chodzi o kwestie, które będą zależały już od działania ministra zdrowia, któremu ustawa przyznaje kompetencje.

Odpowiadając na pytanie pana senatora, powiem: tak, to są dodatkowe środki. Dyskutujemy o tym, co rozumiemy przez rozwiązanie systemowe, systemowe na gruncie słownikowym. Moim zdaniem wszystkie elementy są spełnione, bo na gruncie słownika języka polskiego system to układ elementów mających określoną strukturę i stanowiący logicznie uporządkowaną całość. Ja będę bronił tego, że ustawa o Funduszu Medycznym w tę definicję słownikową słowa „systemowy” się wpisuje. Ale, tak jak pan trafnie zauważył, mówimy o takim rozwiązaniu, które przewiduje dodatkowe środki przeznaczone na określone cele i jest pewnym uzupełnieniem funkcjonującego systemu, czyli – tak jak też mówiła o tym pani profesor – mówimy, że poza NFZ mamy Fundusz Medyczny, i bardzo precyzyjnie określamy, na co te środki mają być wydatkowane.

Pytał pan o kwotę w budżecie, także pani senator o tym mówiła. To jest tak czy jest ze strony pana prezydenta takie oczekiwanie, że przy nowelizacji budżetu zostanie wskazana określona kwota. Dzisiaj mamy górne limity wydatków określone w ustawie, a od decyzji dotyczącej nowelizacji budżetu czy przyszłorocznego budżetu będzie zależało to, jakie środki będą wydatkowane. My chcielibyśmy, żeby to było jak najbliżej 2 miliardów zł w tym roku i 4 miliardy zł w przyszłym roku.

Przy czym powiem tak: oczywiście trafna jest uwaga, że w określonych procedurach, także konkursowych, które są przewidziane w ramach subfunduszy, trzeba przyjąć założenie, że im później ustawa wejdzie w życie, tym pewnie większe jest prawdopodobieństwo tego, że nie wszystkie środki zostaną wydatkowane. Tyle że, ja to podkreślałem, te środki w ramach Funduszu Medycznego nie przepadają, myśmy to na etapie prac sejmowych także wyjaśniali i korygowali. Każda złotówka, która zostanie przeznaczona na funkcjonowanie Funduszu Medycznego, właśnie na ten fundusz będzie wydatkowana, a chociażby bezlimitowe świadczenia to są konkretne miliony złotych, które pewnie i w tym roku już można wydatkować. Ten cel jest szczytny i myślę, że tu wszyscy będziemy zgodni co do tego, że warto, aby te rozwiązania weszły w życie. A jeżeli chodzi o to, w jakim zakresie uda się te środki wykorzystać, zrealizować, to będzie uwarunkowane 2 elementami: z jednej strony tym, ile się pojawi przy nowelizacji budżetu w tym roku, z drugiej strony jest też kwestia przygotowania ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Jeżeli chodzi o kwestie związane z celami, wygląda to tak. Fundusz gromadzi środki. Tak jak trafnie pan senator wskazał, mamy określone w art. 7 dofinansowanie zadania polegającego na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej i mamy wskazanie tego subfunduszu infrastruktury strategicznej w rozdziale 3, to jest tu szczegółowo omówione. To są projekty zupełnie inne rodzajowo. Te projekty mają charakter, tak je tu definiujemy, projektów strategicznych i to jest określona kategoria, mógłbym tak wprost powiedzieć, wielkich inwestycji w dużych podmiotach. Są też wskazane kategorie podmiotów, które mogą tu aplikować, ubiegać się o środki z tego subfunduszu infrastruktury strategicznej.

A jeżeli chodzi o dofinansowanie zadania polegającego na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu podmiotów leczniczych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, to oczywiście w art. 20 w ust. 1 jest odeślanie – o co pytał pan senator – do art. 7 pkt 2, zaś program inwestycyjny, tak jak pan trafnie zauważył, został dookreślony w art. 20 ust. 3. Ta definicja jest bardzo szeroka, bo mówimy tutaj o świadczeniach opiekuńczo-leczniczych, czyli generalnie wszystkich świadczeniach, które

mogą wchodzić w grę. Jest to zatem wsparcie rozwoju infrastruktury w celu udzielania tych świadczeń, także kwestie konsolidacyjne, także kwestie infrastruktury ratownictwa medycznego czy wymiana łóżek szpitalnych. Ja tutaj też nie bez przyczyny w czasie pierwszego swojego wystąpienia mówiłem chociażby o szpitalach powiatowych, bo wyobrażam sobie, że o środki z tego funduszu, czy jeżeli chodzi o kwestie konsolidacyjne, czy jeżeli chodzi o infrastrukturę ratownictwa medycznego, ale także wymianę łóżek szpitalnych, czego bym nie lekceważył, będą mogły się ubiegać także szpitale tych kategorii, czyli szpitale wojewódzkie, szpitale powiatowe czy szpitale miejskie. Te programy inwestycyjne także na te cele mogą być przeznaczone. Tak więc my uznajemy za trafne takie dookreślenie, jakim celom to ma służyć.

Jeżeli chodzi o kwestie szczegółowe, dotyczące podziału środków na subfundusze, o co państwo senatorowie pytaliście, pani senator w szczególności też, to – tak jak wskazujemy – dysponentem funduszu jest minister właściwy do spraw zdrowia i to on zgodnie z art. 6 ust. 3 dokonuje podziału środków funduszu na zadania, o których mowa w art. 7. Jak pani senator trafnie zauważyła, faktycznie są określone limity, także wskazane w rozdziale 6 co do subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego, ale w tym przypadku, mówiąc zupełnie szczerze, były to prace, w które byli zaangażowani eksperci, tak jak mówiłem, Narodowej Rady Rozwoju, sekcji ochrony zdrowia, pan prof. Piotr Czauderna, ale przede wszystkim było wsparcie, w szczególności w odniesieniu do subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego, przedstawiciele departamentów podlegających panu ministrowi, także pan minister był w tę pracę zaangażowany. Myślę, że tu jest wiedza fachowa, jeżeli chodzi o te wskaźniki, limity i propozycje, bo myśmy te propozycje, które się znalazły w ustawie, konsultowali i uzgadniali także z ministrem zdrowia na podstawie dotychczasowych jego doświadczeń i wiedzy w tych obszarach.

Pani profesor, pani senator pytała też o kwestie związane z ze zbiorcami. My mamy świadomość, mamy wiedzę o tym, że identyfikujemy tutaj określone potrzeby, ale to nie oznacza, że jesteśmy w stanie te potrzeby w stu procentach zaspokoić. Myślę, że można śmiało postawić taką tezę, że jakiegokolwiek dodatkowe środki byśmy wygenerowali, jakakolwiek byłyby wielkość

tych dodatkowych środków, to zawsze będą jakieś potrzeby medyczne, na które można byłoby je przeznaczać. I w najbogatszych państwach świata zdarzają się zbiorcki. To też jest tak, że te zbiorcki zdarzają się z różnych powodów, nie zawsze to wynika z tego, że nie można w ramach leczenia krajowego dokonać określonego zabiegu czy zapewnić dostępu do określonej terapii, ale bywa tak, że osoby najbliższe decydują się na leczenie za granicą, uważając, że dany ośrodek czy dany lek okaże się skuteczny. Państwo, dysponując tutaj fachową wiedzą, sami będziecie to w stanie łatwiej zidentyfikować.

Myśmy bardzo wyraźnie, o czym mówiłem już kilkakrotnie, wskazali te cele. Cele, które dotyczą kwestii związanych z diagnostyką, leczeniem chorób cywilizacyjnych, chorób rzadkich, chorób nowotworowych czy związanych z identyfikacją potrzeb medycznych dzieci, z leczeniem za granicą, to mają być, tak jak tu rozmawiamy, główne zadania tego funduszu. Fundusz Medyczny będzie pozwalał lepiej zaopiekować się tymi chorymi niż to jest dzisiaj. Tu ma być zmiana. Fundusz Medyczny, te środki mają służyć temu, żeby dostęp był łatwiejszy, szybszy, czy – tak jak państwo mówiliście – nawet skróceniu pewnej ścieżki w dostępie do doświadczeń, które mamy już w praktyce. Tak więc ja absolutnie widzę zasadność funkcjonowania Funduszu Medycznego.

Pojawia się pytanie o koszty funkcjonowania funduszu. Tutaj pan minister będzie bardziej precyzyjny. Dzisiaj koszty funkcjonowania NFZ są na poziomie, nie wiem, ok. 0,9% i one także są zależne od kwot, które są obsługiwane w ramach tego funduszu, czyli im więcej jest środków w NFZ, tym ten odsetek nie jest wyższy, ale w liczbach bezwzględnych ta kwota odnosi się do wielkości, które są właściwe dla danego roku. Tak więc nie sposób tutaj stawiać takiego twierdzenia, że my wydamy 40 milionów zł na jakieś koszty administracyjne, a nie wiadomo, czym fundusz się będzie zajmował. Przepraszam, trochę trywializuję tutaj argumentację czy wypowiedź pani senator, ale tak rozumować nie można. Te koszty będą do wysokości 1%. Z ustawy o finansach publicznych wynika chociażby zasada gospodarnego, oszczędnego gospodarowania, jeżeli chodzi o kwestię w ogóle wydatków publicznych. Tak więc ja rozumiem, że dysponent funduszu będzie działał tak, żeby te wydatki były jak najniższe. Jeżeli chcemy, żeby fundusz

realizował swoje cele, żeby te cele były realizowane sprawnie i efektywnie, no to musimy się liczyć z tym, że są określone koszty. Ale te koszty będą zależne od ogólnej kwoty wydatków w ramach Funduszu Medycznego i nie są one określone na poziomie 1%, one mają wynosić maksymalnie 1%. W praktyce, jak rozumiem, oznacza to, że koszty będą niższe niż obecne koszty – i do tego pewnie będzie się dążyć – funkcjonowania NFZ. Te koszty nie muszą być na poziomie 0,9% to może być odpowiednio niższa kwota. Ja pamiętam dyskusję sejmową, kiedy także pan minister Gadomski wypowiadał się, że on nie przewiduje, żeby te wydatki sięgnęły tego pułapu 0,9%, że to może być odpowiednio mniej.

Ja chciałbym także odnieść się – nie wiem, czy pani przewodnicząca chciałaby, żebym w tym momencie to robił – do uwag, które zgłosił pan mecenas z Biura Legislacyjnego. Nie wiem, czy już na etapie omawiania poprawek, czy...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Panie Ministrze, będziemy za chwilę mówić o poprawkach i wtedy będzie się pan do nich odnosił.)

Wtedy będę się do nich odnosił.

Ale jeżeli pani przewodnicząca by się zgodziła, chciałbym, żeby pan minister, który tutaj się zgłaszał, uzupełnił moją wypowiedź.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Dziękuję bardzo serdecznie.

Pan minister bardzo dobrze wytłumaczył różnice pomiędzy środkami na rzecz podmiotów strategicznych, czyli szpitali klinicznych czy instytutów. To są największe inwestycje krajowe. Jest to kilka inwestycji i nie można tam dookreślać, jaki jest cel, jakie jest ich przeznaczenie, czy na łóżka, czy na grunty czy to na inne rzeczy, ponieważ to jest cały projekt i taki projekt musimy zrealizować od początku do końca.

Jeśli chodzi o inwestycje w zakresie szpitali niższego poziomu referencyjnego, to w art. 20

bardzo jasno jest dookreślone, na co środki mogą być przeznaczone. Przyjęte zostało takie założenie, że nie można przekazywać środków na wszystko, co szpital wymyśli, bo są tam dokładnie określone cele.

Jeśli chodzi o wydatki na rzecz lecznictwa – tutaj była mowa o tym, czy to jest rozwiązanie systemowe, czy nie – to finansowanie świadczeń bezlimitowych jest sprawą strategiczną. To jest w ogóle całkowicie inne myślenie podmiotu leczniczego jako realizującego świadczenia, tak samo jak w przypadku onkologii, co zostało zmienione w ustawie. Tak że to diametralnie zmienia sytuację podmiotów leczniczych, a w związku z tym także pacjentów, ponieważ żaden podmiot leczniczy nie może powiedzieć, że zabrakło mu kontraktu, że zabrakło mu środków do leczenia pacjentów. I tu chcielibyśmy bardzo mocno zadekretować, że nie ma zgody na to, żeby zabrakło środków na leczenie dzieci.

Jeśli chodzi o leczenie za granicą, to są jasno określone kryteria, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia może skierować pacjenta na leczenie zagraniczne. To jest wydawane w formie decyzji administracyjnej. W związku z tym wszystkie przesłanki są badane, po pierwsze, czy to jest świadczenie gwarantowane dla pacjenta, a po drugie, czy tego świadczenia nie można wykonać w kraju. I tutaj muszę powiedzieć, że polska medycyna jest na bardzo dobrym poziomie i bardzo wiele świadczeń można wykonać w kraju. Tak że są tylko indywidualne przypadki, kiedy lekarze specjaliści, najlepsi specjaliści, konsultacji krajowi mówią, że świadczenie jest zasadne i żaden lekarz, żaden ośrodek się tego nie podejmie, ponieważ nie ma takiego doświadczenia jak inne ośrodki zagraniczne, a tutaj w chorobach, które występują bardzo rzadko, to doświadczenie jest bardzo istotne. W związku z tym specjaliści wiedzą, do którego ośrodka się udać, żeby mieć największe możliwości skutecznej terapii. I dlatego te fundusze są tak dookreślone.

A jeśli chodzi o fundusze związane z lekami, to one są określone zupełnie inaczej niż pozostałe fundusze. Tutaj kwota jest dookreślona nie od procenta funduszu, który jest, tylko od procenta środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli środków przeznaczonych, całkowitego budżetu na refundację. I to jest dookreślone na poziomie 5% – jest to powiększenie tego funduszu – z przeznaczeniem na terapie innowacyjne, które nie

są jeszcze finansowane. Zostało to też tak arbitralnie przyjęte, ponieważ to musiała być istotna wartość tego funduszu, żeby pacjenci faktycznie mocno to odczuli. Tak że jest 5% całkowitego budżetu na refundację. Budżet na refundację wartościowo wzrasta, teraz zmienia się kwalifikacja całkowitego budżetu na refundację, w związku z tym budżet rośnie niezależnie, czyli jest od planu finansowego... No i drugi budżet jest przeznaczony na system ratunkowego dostępu do technologii lekowych i jest on określony na poziomie 3% funduszu przeznaczonego na specjalne leki w zakresie programów lekowych i chemioterapii. Tutaj jest ustalony budżet, który jest znacząco większy niż aktualnie, po to, żeby bardzo skrócić drogę pacjentowi do otrzymania leku, żeby nie było wielu przesłanek badania tego przez Ministerstwo Zdrowia, przez konsultantów. Zdecydowanie szybciej odbywa się to na poziomie podmiotu leczniczego, gdzie te środki można zrealizować, a Narodowy Fundusz Zdrowia po prostu płaci za leczenie, które dany podmiot przedstawi do finansowania. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Chyba coraz więcej pytań będziemy mieć, Panie Ministrze. Ale to za chwilę.

Teraz chciałabym oddać głos stronie społecznej.

Proszę.

**PREZES ZARZĄDU
IZBY GOSPODARCZEJ „FARMACJA POLSKA”
IRENA REJ**

Pani Senator! Szanowni Państwo!

My chcemy zgłosić właściwie 2 uwagi, o których przed chwilą mówił pan minister. Mianowicie chodzi nam o doprecyzowanie 2 pojęć, które zostały wprowadzone do obiegu prawnego. Chodzi mi o 2 pojęcia: „wysoka wartość kliniczna” i „wysoki poziom innowacyjności”. Pierwsze pytanie mam do pana ministra. Czy te 2 pojęcia będą również wprowadzone do prawa farmaceutycznego, czy one pozostaną jakby w inny sposób wprowadzone za pomocą rozporządzenia do tej

konkretnej ustawy? No, bo w końcu reguluje ona sprawę leków. Wszystko, co jest lekami, jest normowane przez prawo farmaceutyczne, więc trzeba byłoby wyjaśnić, jak to będzie zrobione, bo tam trzeba byłoby wprowadzić zmianę.

Ale najistotniejsze jest to, że jeżeli chodzi o wysoką wartość kliniczną, to my mamy kryteria, gdzie jest powiedziane, kiedy ta decyzja musi być wydana i gdzie to musi być umieszczone w wykazie technologii itd. Ale mimo tego, że są podane te 2 kryteria, nadal pozostaje kwestia tego, że te leki będą przechodziły właściwie normalny proces refundacyjny z zachowaniem 180 dni. Jeżeli to ma być wysoka wartość kliniczna, to ja rozumiem, że ten okres 180 dni powinien być skrócony ze względu na to, że... No, już samo określenie „wysoka wartość kliniczna” mówi o tym, że jest to coś, co jest rozpoznane, zaakceptowane przez inne gremia. I myślę, że tutaj na pewno warto byłoby ten zapis doprecyzować i dodać do tych 2 punktów, które są pod słowami o technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej, jeszcze jakieś określenie minimalnych efektów np. klinicznych, jakie powinny być osiągnięte, np. mierzalność poprawy jakości życia... Nie wiem, po prostu głośno myślę w tej chwili, ale jakieś kryteria powinny być. Jest jeszcze jedna bardzo ważna sprawa. Ponieważ jest to, tak jak mówimy, wysoka wartość kliniczna, to myślę, że nie tylko ocena HTA przeprowadzana przez polskie AOTMiT powinna być brana pod uwagę, ale również powinny być brane pod uwagę jakieś rekomendacje np. ESMO w zakresie leków onkologicznych. I to jest jedna sprawa.

Jeżeli chodzi o drugie pojęcie, o „wysoki poziom innowacyjności”, to tutaj jest oczywiście tryb uproszczony. I bardzo dobrze, ponieważ to dotyczy praktycznie chorób rzadkich. Jak wiadomo, od długiego czasu postulujemy, żeby sprawę leków stosowanych w chorobach rzadkich, leków sierocych traktować inaczej, jeżeli chodzi o ich ocenę, żeby brać pod uwagę nie tylko kryteria dotyczące QOLI, przeżycia, ale również inne kryteria, które już sprawdziły się w praktyce. W związku z tym te wnioski nie będą podlegały ocenie AOTMiT. I tutaj powstaje pytanie: kto będzie uznawał, co to jest ta wysoka istotność kliniczna? Otóż nasze HTA może się wypowiedzieć, ale też te leki były wcześniej zarejestrowane przez EMA właśnie z powodu tej istotności klinicznej. Tak że wydaje nam się, że jeżeli one już mają tak wysoką rangę, że zostały tam

określone jako leki szczególne, to w tej sytuacji może one powinny wchodzić jakby z automatu do technologii i już nie powinny podlegać takim kryteriom. Dlaczego ja o tym mówię? Otóż jeżeli wprowadzimy te wszystkie procedury, które tutaj są, to czas oczekiwania na te leki o wysokiej innowacyjności będzie wynosił ok. 400 dni. To jest bardzo długo jak na sprawy, które powinny się szybko dziać w przypadku chorób szczególnie trudnych, wymagających, że tak powiem, nagłych interwencji, o bardzo skomplikowanym stopniu leczenia. Czyli jakby tutaj też niezbędną jest aktualizowanie przynajmniej kilka razy w roku informacji o tym, jak te leki zostają ocenione, jeżeli chodzi o w ogóle postrzeganie przez inne agencje czy przez inne gremia klinicystów. To w zasadzie tyle. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos?
Jeszcze pani.
Proszę. Proszę się przedstawić.

**MANAGER DO SPRAW KOMUNIKACJI
W ZWIĄZKU PRACODAWCÓW
FIRM FARMACEUTYCZNYCH INFARMA
MARTA WINIARSKA**

Marta Winiarska, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA.

Ja chciałabym zadać 1 pytanie. Na etapie prac sejmowych była dyskutowana, była zgłaszana poprawka dotycząca zapisu związanego z kontynuacją finansowania terapii przez podmiot odpowiedzialny po wygaśnięciu decyzji refundacyjnej lub braku przedłużenia tej decyzji. Jeśli chodzi o intencję tej poprawki, to w uzasadnieniu poprawki podana była informacja, że dotyczy to sytuacji, w których w trakcie praktyki klinicznej w przypadku znanego leku okazuje się, że są bardzo poważne skutki uboczne przewyższające efekty terapeutyczne bądź też nie są uzyskiwane efekty terapeutyczne, które były deklarowane i prognozowane na podstawie badań klinicznych. I tutaj moje pytanie jest takie: czy byłaby możliwość doprecyzowania tej intencji w treści zapisu? Chodzi o to, że to wprost z przepisu nie

wybrzmiewa to i do końca nie wiadomo, o jakiego rodzaju sytuacji chodzi, kiedy rzeczywiście podmiot odpowiedzialny może się spodziewać sytuacji, w której tej decyzji refundacyjnej nie będzie. Absolutnie rozumiemy intencję, ale jest pytanie, czy byłaby możliwość takiego doprecyzowania przepisu.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Proszę, Panie Ministrze, odpowiedzieć na pytanie.

**ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA**

Myszę, że raczej do pana ministra Macieja Miłkowskiego były adresowane te pytania, ale ja też, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, jeszcze w ramach odpowiedzi na pytanie pana senatora, jedną kwestię bym uszczegółowił. Tutaj była mowa o tym, że moja wypowiedź mogła zostać źle zrozumiana, bo w pewnym momencie rozmawialiśmy o kategoriach kosztów funduszu i o wydatkach ogółem. W toku prac w Sejmie pojawiła się poprawka, która jest uwzględniona w ostatecznym brzmieniu ustawy, dotycząca ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ta poprawka zmienia art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w taki sposób, że nominalnie Fundusz Medyczny nie jest objęty tymi poziomami, które są określane dla poszczególnych lat, czyli nie jest objęty tymi 6%. I to jest zmiana, która się pojawiła w toku prac nad ustawą już w Sejmie. Inaczej mówiąc, jeżeli byście państwo spojrzeli na stronę 27, to zobaczylibyście w art. 35 pkt 16 zmianę dotyczącą właśnie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która skutkuje tym, że wydatki ponoszone na Fundusz Medyczny nie są wprost objęte tym limitem 6% czy odpowiedniego odsetka określanego dla danego roku.

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Przed chwilą powiedział pan minister zupełnie coś innego.)

Mówię, że jest to poprawka, która została uwzględniona w toku prac już w Sejmie.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ale ja dzisiaj pytałam pana ministra i pan minister mówił, że w ramach ustawy to jest 6% PKB, a teraz pan minister mówi, że...)

No, ja mówiłem, że 6% PKB to jest minimalna kwota wydatków, które są ponoszone, że tam są minimalne poziomy dookreślone i że nie są określone jakby maksymalne, górne poziomy. Ale faktycznie pojawiła się w toku prac sejmowych poprawka, która wskazywała, że nominalnie ta kwota jest wyłączona z tego 6% produktu krajowego brutto, czyli odpowiednio dla roku 2021 to jest 5,30%. Dlatego to tłumaczę, bo po konsultacji z panią dyrektorką wskazałem, że... Bo w którymś momencie rozmawialiśmy o kosztach funduszu, a nie rozmawialiśmy w ogóle o Funduszu Medycznym. I ja mogłem też, przepraszam, nie trafnie być zinterpretowany, bo pomieszaliśmy 2 różne kategorie kosztów: funduszu i funduszu jako całości.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ja jeszcze oddam głos panu legislatorowi.
Proszę bardzo odnieść się do tej kwestii.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Ponieważ zrodziły się wątpliwości co do odpowiedzi na pytania, które zostały przedstawione, chciałbym tę kwestię w imieniu Biura Legislacyjnego nieco uporządkować. Ma rację pan minister, mówiąc, że art. 131c ust. 3 ulega zmianie, jednakże wyłącznie – podkreślam: wyłącznie – w zakresie tych wydatków Funduszu Medycznego, które będą dotyczyć Narodowego Funduszu Zdrowia. Tymczasem, aby zrealizować zasadę wyłączenia wydatków realizowanych z budżetu państwa i przekazywanych Funduszowi Medycznemu, mówiąc kolokwialnie, z reguły 6%, należałoby dokonać stosowanej poprawki w art. 131c ust. 3 pkt 1, czego nie zrobiono. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pan minister jeszcze chciałby zabrać głos. Czy pan, Panie Senatorze, przed panem ministrem, czy...

(Senator Wojciech Konieczny: To znaczy może ja...)

**ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA**

Ja powiem tak. Możemy rozważyć poprawkę czy propozycję poprawki, jeżeli tutaj by się pojawiła, ale powiem szczerze, że według nas nie do końca jest to takie jednoznaczne, jak zostało to przedstawione w stanowisku Biura Legislacyjnego. Ja myślę, że tutaj pan minister Miłkowski będzie w stanie też wyjaśnić, w jakim zakresie środki są wyłączone.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Zaraz oddam głos panu ministrowi Miłkowskiemu. Jeszcze Biuro Legislacyjne prosi o głos, ale tutaj pan senator chce o coś dopytać. Tak więc bardzo proszę, żebyśmy...

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Panie Ministrze, ja już wiem, z czego wynika moja wątpliwość co do art. 20. Otóż tu jest zapisane: „wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych”, a to jest inne rozumienie tego pojęcia, niż to rozumie NFZ kontraktujący zakłady opiekuńczo-lecznicze. To znaczy taki produkt kontraktowany przez NFZ to jest zakład opiekuńczo-leczniczy. Tutaj może spytam pana legislatora, czy tak można to zostawić, czy to będzie dobrze rozumiane przez wszystkich. Bo gdybyśmy zapisali to słowami „świadczeń opiekuńczych i leczniczych”, to wiedzielibyśmy, że to dotyczy zarówno tych zakładów opiekuńczo-leczniczych, jak i po prostu szpitali. Bo teraz ktoś może zawęzić to wyłącznie

do świadczeń literalnie opiekuńczo-leczniczych, które są wyodrębnione przez NFZ, odrębnie opłacane nawet w ramach innego finansowania, z udziałem pacjentów itd. To jest w ogóle inny produkt w szpitalu... To jest w zakładzie opieki zdrowotnej wydzielone jakby przedsiębiorstwo w przedsiębiorstwie – ZOL. Tak więc myślę, że tutaj też może się pojawić jakiś prawny kłopot z interpretacją. No, chyba że to ma dotyczyć tylko zakładów opiekuńczo-leczniczych i wtedy to jest 1% działalności szpitali czy jak to określić...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Senatorze, nie będę udzielała panu głosu, bo pan zawsze mówi, że tylko jedno zdanie pan powie, a później 5 minut pan mówi.

(Senator Wojciech Konieczny: 3 minuty najdłużej.)

Dobrze.

Panie Ministrze, proszę bardzo. Pan minister Miłkowski.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Tutaj było kilka pytań co do wydatków na technologie lekowe, mówiono, że ten proces jest bardzo długi. On jest skrócony, bo w tym zakresie jest dookreślone, że nie dłużej niż 60 dni będziemy procedować. Zresztą to firmy będą negocjowały maksymalnie 30 dni przed Komisją Ekonomiczną, w związku z tym muszą być dobrze przygotowane, żeby się z tym zmierzyć i żeby zakończyć negocjacje zgodnie z terminem dookreślonym w ustawie.

Jeśli chodzi o doprecyzowanie funduszy, to jest jasno dookreślone, dlaczego te fundusze są dwa. Pierwszy obejmuje takie rozszerzenie wszystkich technologii, które zostały wydane, które uzyskały dopuszczenie od 1 stycznia 2017 r., ponieważ część świadczeń zdrowotnych, część istotnych technologii lekowych na dzień dzisiejszy jeszcze nie zostało w tym zakresie sfinansowanych. Mamy nadzieję, że w tym zakresie będzie można zrobić istotny krok i podjąć istotne inwestycje. Technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności już jest bardzo

dookreślona – jest tylko i wyłącznie w onkologii i chorobach rzadkich. Oczywiście to będzie realizowane na podstawie analiz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która wyda w terminie 3 miesięcy po wejściu w życie ustawy pierwsze zalecenia, pierwszą listę leków, technologii lekowych, które powinny zostać wzięte pod uwagę i przedstawi to radzie funduszu. W związku z tym otrzymamy taką listę, z kim mamy negocjować i z kim będziemy próbowali podpisać umowę.

Jeśli chodzi o ten okres, to pierwsza umowa, podpisanie pierwszej decyzji refundacyjnej jest zawsze na okres 2 lat. Tak że tutaj nic się nie zmienia. I to jest bardzo istotne. Czyli ten pierwszy 2-letni okres jest w tym zakresie finansowany ze środków tego funduszu. Ale pozostałe... Ale po przedłużeniu tej decyzji już automatycznie przechodzi na finansowanie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ przedłużenie już nie kwalifikuje się do tych trybów, które są tu określone w ustawie, bo one odnoszą się tylko do nowych leków.

Jeśli chodzi o nowe i innowacyjne technologie lekowe, zdecydowana większość jest przyjmowana w trybie warunkowym, bardzo często szybciej, jeśli jest istotnie niezaspokojona potrzeba medyczna realizowana. I w odniesieniu do tego okresu dopuszczenia warunkowego jest to przedstawione tak, że w tym czasie państwa i podmiot zbierają istotne informacje na temat bezpieczeństwa i skuteczności tego leku. I my też chcemy w tym uczestniczyć. Oczywiście może się zdarzyć sytuacja taka, w szczególności w przypadku tych najnowszych leków, że lek nie będzie miał skuteczności deklarowanej albo będzie zbyt niebezpieczny dla pacjenta. Zresztą z tych technologii lekowych z kilku ostatnich lat część technologii lekowych została wycofanych przez podmioty odpowiedzialne. W związku z tym możemy się spodziewać, że w szczególności na te technologie trzeba zwracać uwagę. Dlatego jest dookreślone, że będziemy bardzo szczegółowo analizowali skuteczność kliniczną i bardzo dobrze przygotowywali system monitorowania produktów terapeutycznych, gdzie będziemy mieli dostęp do faktycznie wszystkich istotnych danych, żeby ocenić ten lek, czy należy terapię przedłużyć, czy nie. To tyle, jeśli chodzi o część lekową.

Oczywiście agencja oceny technologii lekowych przygotowuje ten wykaz zgodnie z ustawą

nie rzadziej niż raz do roku. W związku z tym będziemy uzgadniali, rada funduszu będzie uzgadniała, jak często to powinno być przygotowywane. Zresztą zależy to też od tego, ile środków wykorzystamy w poszczególnych okresach, czy będą jeszcze środki, czy już nie, w zależności od tego, jak to będzie się przedstawiało, czy będą jakieś nowe interesujące technologie lekowe.

Jeśli chodzi o koszty administracyjne funduszu w wysokości do 1%, to też jest to dookreślone w planie finansowym funduszu. Zresztą w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia również koszty administracyjne są dookreślone. One są zawsze szczegółowo analizowane. Wiecie państwo, że fundusz Polski jest jednym z najtańszych systemów finansowania świadczeń zdrowotnych, organizacji tych świadczeń zdrowotnych spośród innych państw. I Polska w wielu zakresach ma sprawnie zorganizowany system zarządzania tymi środkami finansowymi. Tak że na to na pewno będzie zwracała uwagę rada przy zatwierdzeniu planu finansowego funduszu.

Jeśli chodzi o dodatkowy artykuł, o zmianę w artykule w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 131c w kosztach funduszu, to... Może ja później jeszcze raz przeanalizuję tę poprawkę, jak ona została wprowadzona. Tak że później bym przekazał odpowiedź.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Za chwilę oddam głos przedstawicielowi naszego Biura Legislacyjnego, które prosi jeszcze o głos.

Ale zanim oddam głos, to chcę zadać jeszcze jedno bardzo konkretne pytanie. Panie Ministrze – do pana ministra Miłkowskiego się zwracam – czy te 3% przeznaczone na leki innowacyjne jest w ramach 17% przeznaczonych na leki refundacyjne, czy to jest dodatkowa kwota?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

To znaczy które 17%, ustawy refundacyjnej? *(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: To, co gwarantuje ustawa refundacyjna.)*

Ustawa refundacyjna gwarantuje, że w żadnym wypadku nie można przekroczyć 17%, czyli

gwarantuje, że może być to 13%, 12% albo 10%. Dzisiaj jest dużo więcej niż 10%. A jeśli chodzi o te 5% i 3%, to są to odniesienia właśnie do limitów określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym one nie mogą wchodzić do limitu maksymalnego, do tych 17%. A nawet gdyby weszły, to powiększałyby tę kwotę, która jest dzisiaj. Ale nie wchodzi do tego limitu. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czyli, jak rozumiem, nadal obowiązuje zapis ustawy refundacyjnej: do 17%. Tak?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Tak.)

Czyli mieszamy w kotle cały czas te same pieniądze.

Czy strona... Aha, jeszcze nie. To Biuro Legislacyjne...

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

To są środki zupełnie niezwiązane z CBR, niezwiązane z wydatkami na leki rozumianymi zgodnie z planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ jest to dotacja, są to odrębne środki, które nie są w planie finansowym NFZ.

(Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” Irena Rej: Pani Przewodnicząca, jeśli można jeszcze doprecyzować odnośnie do tych leków...)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale momentik, ja udzielam głosu. Za chwilę udzielię pani głosu.

Proszę bardzo, Panie Mecenasie.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, art. 8 pkt 2 ustawy stanowi, że przychodami funduszu są m.in. wpłaty

z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy. Gdyby więc intencją Sejmu było wyłączenie tych środków z reguły określonej w art. 131c ust. 1, to wyłączenie to powinno zostać dokonane w art. 131c ust. 3 pkt 1, który stanowi: „Środki, o których mowa w ust. 1, obejmują: 1) wydatki budżetowe z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia”. W związku z tym, że owe wpłaty z budżetu państwa będą przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, mieszczą się one normatywnie w kategorii określonej w aktualnym brzmieniu pktu 1, które nie uległo zmianie, a pkt 3 rzeczywiście został zmieniony, jednakże dotyczy on wyłączenia środków z Funduszu Medycznego przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, więc pewnego ułamku z tej ogólnej kwoty. I w tym zakresie rzeczywiście to wyłączenie zostało dokonane. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Strona społeczna jeszcze prosiła o głos.
Proszę.

PREZES ZARZĄDU
IZBY GOSPODARCZEJ „FARMACJA POLSKA”
IRENA REJ

Panie Ministrze, do pana ministra Miłkowskiego jeszcze ponawiam pytanie. Czy mogłabym otrzymać jednak odpowiedź na pytanie: czy te 2 nowe pojęcia będą włączone do prawa farmaceutycznego, czy też nie? Nie dostałam odpowiedzi na to pytanie. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Proszę bardzo.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

To jest wyłącznie na potrzeby tych środków finansowych i tylko na potrzeby pierwszych

2 lat, pierwszej decyzji administracyjnej wydanej na podstawie tej ustawy. Czyli na podstawie tej ustawy są przyjmowane inne technologie zgodnie z ustawą refundacyjną. Cały proces refundacyjny jest przeprowadzany zgodnie z ustawą refundacyjną, ale kryteria i to, jakie są środki, są do tej ustawy dookreślone. Tak że ta definicja nie są potrzebne w przypadku normalnych świadczeń, które świadczeniodawcy, podmioty odpowiedzialne składają, czy do aptecznych wyrobów, czy środków spożywczych specjalnego przeznaczenia, czy leków aptecznych. To nie jest to potrzebne.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Jeszcze pani prosiła o głos.
Proszę bardzo.

PODSEKRETARZ STANU
W KANCELARII PREZYDENTA RP
ANNA SURÓWKA-PASEK

Pani Przewodnicząca, chodzi o to, co mówił pan minister. Jeżeli na refundację leków zostanie zagwarantowane 17%, czyli dokładnie tyle, ile wynosi limit, to dla Funduszu Medycznego czy, inaczej, na potrzeby Funduszu Medycznego te limity odpowiednio 3% i 5% będą liczone od tej kwoty, która została zagwarantowana w budżecie NFZ. Czyli to są de facto pieniądze ekstra. To nie jest tak, że one się mieszczą w tym limicie 17%, tylko de facto ten limit, który jest ustanowiony w budżecie NFZ, determinuje, ile faktycznie środków trafi w ramach Funduszu Medycznego na ten dostęp do leków.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ja to rozumiem, tylko że w tym funduszu ta pula na refundację nigdy nie jest wykorzystana w 17%. I tutaj jest problem. Gdybyśmy wykorzystywali 17% i dodatkowo mieli pieniądze, wtedy moglibyśmy mówić o zwiększonej puli.

Myślę, że dyskusję wyczerpaliśmy...
Przepraszam, jeszcze pani senator.
Proszę.

SENATOR
EWA MATECKA

Dziękuję bardzo.

Mam jeszcze 1 pytanie dotyczące zapisu art. 9 pkt 1: „Dysponent Funduszu może zlecać realizację zadań, o których mowa w art. 7, lub ich części”. I następuje to w drodze porozumienia. Czy to znaczy, że odbywają się pewne zlecenia realizacji zadań z pominięciem drogi konkursowej?

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo o odpowiedź.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Tak. Moim zdaniem to wynika z treści przepisu, że może zlecać realizację zadań, o których mowa w art. 7, lub ich części. I wtedy, kiedy jest tego rodzaju potrzeba z perspektywy dysponenta funduszu – tutaj jest pytanie bardziej do pana ministra jako przedstawiciela ministerstwa, bo ministerstwo tego rodzaju propozycje złożyło – można zlecać realizację zadań. To nie wyklucza drogi konkursowej, tylko wskazuje na możliwość zawarcia porozumienia, w którym określone środki z przeznaczeniem, warunkami dofinansowania, tak jak jest mowa w art. 9 ust. 2, będą w dyspozycji podmiotu trzeciego, a nie w dyspozycji już bezpośrednio jako operatora ministra zdrowia. Tak ten przepis rozumiem.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Głównie chodzi tutaj o przekazanie zlecenia na realizację zadań do Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczeń medycznych. Nie planujemy finansować leków w ramach RDTL czy technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej czy finansować podmiotom leczniczym nadwykonań w zakresie świadczeń związanych z niezapłaconymi świadczeniami dla dzieci. Te wszystkie zadania będą zlecane bez przetargu Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

(*Senator Ewa Matecka: Czy mogę wobec tego dopytać?*)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę.

SENATOR
EWA MATECKA

Wielka szkoda, że w tej ustawie nie jest to dokładnie sprecyzowane, bo my na dobrą sprawę nie wiemy, jakie zadania będą zlecane, jaka będzie wysokość środków, z pominięciem drogi konkursowej, która jest w tej ustawie bardzo jasno wyartykułowana. Bo to stanowi niejako atut tej ustawy, że wszystko odbywa się w drodze konkursu, że jest ocena, są kryteria, jest ustalana lista rankingowa itd. Okazuje się, że również jest druga droga, czyli zlecenie bezpośrednio. Mało tego, nie wiemy, jakie konkretnie zadania to obejmuje, bo to nie jest wyartykułowane, dopiero teraz pan minister był uprzejmy nam to wyjaśnić. I tego bardzo brakuje w tej ustawie.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ja rozumiem, Panie Ministrze, że jeżeli państwo będziecie chcieli wyasygnować jakąś kwotę pieniędzy na jakikolwiek projekt, to będziecie mogli to zrobić po prostu z wolnej ręki, wydając pieniądze z Funduszu Medycznego.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Jeszcze raz powiem...*)

Bo nie ma żadnych kryteriów, nie ma żadnych zasad. Nie wiemy, co ma być tym priorytetem, który będzie poza konkursem ewentualnie, bo w każdej chwili może zrodzić się coś nowego. Tak?

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Jeszcze raz powiem. Finansowanie świadczeń zdrowotnych jest podstawowym celem i zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz Medyczny gromadzi środki m.in. na

świadczenia zdrowotne. I to są środki Funduszu Medycznego a nie planu Narodowego Funduszu Zdrowia. I fundusz... Ministerstwo Zdrowia przekaże te środki do realizacji na sfinansowanie podmiotów leczniczych, aby poprzez swoje systemy informatyczne rozliczyć, zgodnie z tymi...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Rozumiemy, Panie Ministrze, że środki będą przekazane do funduszu. Wszystko rozumiemy. Ale jakie to będą zadania, na podstawie jakich kryteriów będą wybrane i kto będzie podejmował taką decyzję, minister?

(Głos z sali: Nie...)

No to kto?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Ministerstwo Zdrowia podpisuje umowę, przekazując do realizacji zadania, które są w zakresie organizacyjnym Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli finansowania świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotów leczniczych i na rzecz aptek. W związku z tym ministerstwo nie planuje tego realizować samodzielnie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Jeżeli państwo myślicie, że ta dyskusja dzisiaj wyjaśniła nam parę kwestii, to chyba tak nie jest, chyba bardziej zagmatwała obraz. I myślę, że na drugim czytaniu w Senacie pojawi się szereg wątpliwości i pytań, bo dzisiejsze posiedzenie komisji naprawdę chyba jeszcze bardziej to wszystko skomplikowało.

Pan się zgłasza.

Proszę.

**DYREKTOR EUROPEJSKIEGO CENTRUM
STRATEGII I POLITYK
W OCHRONIE ZDROWIA
MACIEJ BOGUCCI**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo! Wysoka Komisjo!

Przepraszam, że nie będę się odnosił do zapisów ustawy, ale...

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Proszę się przedstawić.)

Maciej Bogucki, Europejskie Centrum Strategii i Polityk w Ochronie Zdrowia.

Chciałbym się odnieść do według mnie bardzo ważnej wypowiedzi pana ministra Muchy, która jest zgodna z ogólnie przyjętym, jak myślę, postrzeganiem rzeczywistości przez wielu Polaków. I myślę, że być może wiele osób obecnych tutaj na sali podobny pogląd podziela. Otóż chciałem powiedzieć – mam nadzieję, że to zabrmi bardzo konstruktywnie, a nie konfrontacyjnie, bo nie jest to moim celem – że niestety nie jest, Panie Ministrze, praktyką cywilizowanych krajów, żeby robić zbiórki na leczenie poszczególnych pacjentów. Nam się tak wydaje i jesteśmy z tego dumni, i myślę, że możemy być dumni z zaangażowania Polaków, nawet z tego, że potrafimy takie zbiórki robić na skalę międzynarodową, ale w przypadku państwa to niestety jest to powód do wstydu. Mam nadzieję, Panie Ministrze, że na forach międzynarodowych pan minister się tym nie chwali, bo naprawdę to jest dla państwa polskiego powód do wstydu. Aspirujemy do dwudziestki najbogatszych krajów na świecie i proszę mi wierzyć, że w żadnym cywilizowanym kraju nie ma potrzeby i nie robi się takich zbiórek. Przypomnę, że być może... Była np. taka duża zbiórka jak Live Aid, rzeczywiście na skalę globalną, ale to była zbiórka na biednych w Etiopii, tak że to nie jest porównywalna sytuacja. Bardzo dziękuję i liczę na pozytywne przyjęcie tego komentarza. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Ja wróć do słów, które wypowiedziałam tutaj na początku, że żaden fundusz i żaden program zdrowotny nie zastąpi dobrego finansowania całego systemu ochrony zdrowia.

Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos?

(Senator Wojciech Konieczny: Ja jeszcze dopytam...)

Nie, Panie Senatorze, bo jak pan będzie dopytywał, to zajmie to pół godziny.

(Senator Wojciech Konieczny: Ale nie udzielono odpowiedzi. Tylko poproszę o odpowiedź, czy...)

Dobrze. To jedno zdanie.
Proszę bardzo.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Nie dostałem odpowiedzi w odniesieniu do art. 20 pktu 3, czyli świadczeń opiekuńczo-leczniczych. Czy zostajemy przy tym – bo to dotyczy na razie, jak tutaj konsultowałem się z panem legislatorem, tylko zakładów opiekuńczo-leczniczych – i taka jest intencja, i wyłączamy z tego szpitale, wyłączamy oddziały, wyłączamy wszystko, czy też zmieniamy to jakoś? Czy pan minister jest skłonny tutaj do wprowadzenia jakiejś zmiany, czy zostawiamy to tak, jak jest? Proszę o odpowiedź.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Zostawiamy. Taka była intencja dokładnie tych świadczeń zdrowotnych. To jest w ogóle jedna z bardzo istotnych zaleceń strategii rozmów z Komisją Europejską, żeby w tym zakresie wzmocnić system ochrony zdrowia, żeby środki przeznaczać na ten zakres. W związku z tym został on tu wyodrębniony właśnie dla tych zakładów opieki długoterminowej.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Ale to znaczy, że na inne nie można przeznaczać, bo to wyłącza całą resztę. Ja to rozumiem, tylko to jest... Może pan legislator by zaproponował to, co mi przekazał, czyli jakiś zapis, który by zawierał i ZOL-e, i normalne szpitale. Bo teraz wyłączamy wszystkie szpitale powiatowe w Polsce.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Tylko ZOL-e. Taka była nasza intencja.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Jeszcze jeden głos.
Proszę.

PREZES ZARZĄDU
FEDERACJI PACJENTÓW POLSKICH
STANISŁAW MAĆKOWIAK

Stanisław Maćkowiak, Federacja Pacjentów Polskich.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Jak widzimy w trakcie tej dyskusji, jest w tej ustawie jeszcze wiele rzeczy do poprawienia, żeby ona była klarowna i żeby ona weszła w życie.

Ja mam bardzo serdeczną prośbę. Na tę ustawę czekają pacjenci. To są dodatkowe środki, tak jak wszyscy zapewniają, przeznaczone na to, żeby można było tym pacjentom pomóc, szczególnie tej grupie chorych, osobom chorym na choroby rzadkie, którzy będą mieli jakąkolwiek możliwość na wyrównanie im... na poprawę ich sytuacji, żeby mieli tak jak mają normalni pacjenci chorzy na choroby populacyjne, bo w tym momencie ich sytuacja jest bardzo, bardzo szczególnie i bardzo zła. Tak że bardzo serdecznie prosiłbym o to, żeby procedowanie tej ustawy było oczywiście jak najszybsze, żeby ona mogła wejść w życie, żeby te pieniądze dla pacjentów mogły już się pojawić na leczenie, które jest niezbędnym. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ja panu bardzo dziękuję za ten głos. Ale my tutaj nie chcemy odbierać nikomu żadnych pieniędzy. Wręcz przeciwnie, mówimy o tym, żeby jak najwięcej pieniędzy do systemu ochrony zdrowia weszło. Jeśli chodzi o procedowanie, to też proszę nam tutaj nie zwracać uwagi, bo posiedzenie Senatu w przyszłym tygodniu, posiedzenie komisji odbywa się między posiedzeniami po to, żeby był czas na dyskusję. A w Senacie przyjęliśmy taką zasadę, że przyglądamy się ustawom i procedujemy je w duchu najlepszej legislacji, a nie na szybko. I mamy prawo zadawać pytania, jak również wносить poprawki, i nie pana rolą jest nas pouczać, w jaki sposób mamy

procedować. Nam również zależy na tym, żeby pacjenci mieli jak największy dostęp do środków finansowych, żeby one zwiększały się w sposób rzeczywisty.

(Prezes Zarządu Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak: Jeśli można, Pani Przewodnicząca...)

Nie. Dziękuję bardzo. Już nie udzielam panu głosu.

W takim razie teraz głos zabierze tutaj pan.

Proszę.

**PREZES ZARZĄDU
POLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW
PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO
KRZYSZTOF KOPEĆ**

Dzień dobry. Witam państwa.

Krzysztof Kopeć, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Ja chciałbym jeszcze sprostować pewną kwestię. Tak jak ja liczę te 5%, o których mówiliśmy, wynikające z art. 34 – chciałbym podziękować panu ministrowi i pani minister, że potwierdzili, że te kwoty w wysokości 5% służą do wyliczeń kwoty, która trafi do funduszu, i nie będą one wchodziły do całkowitego budżetu na refundację – to w tej chwili byłoby to ok. sześciuset kilkudziesięciu milionów zł, bo jest ok. 14 miliardów... Tak więc to byłaby taka kwota, która rzeczywiście mogłaby pomóc pacjentom. I ja myślę, że to odpowiada na postulaty pacjentów. Ale też bardzo dobrze, że z ust pani minister i pana ministra padło, że ta kwota nie wchodzi z kolei w całkowity budżet na refundację, bo ona w ten sposób by mogła w którymś momencie wpłynąć na zmniejszenie wydatków dla pacjentów. My nawet zaproponowaliśmy w trakcie rozmów – o tym rozmawialiśmy na posiedzeniu komisji sejmowej – żeby w art. 34 dodać ust. 4, który by mówił, że one nie pochodzą z tego całkowitego budżetu. I to by raz na zawsze wyjaśniło tę kwestię. I byłoby dokładnie to, co tutaj powiedziano, podkreśliłoby to, o czym mówił pan minister i pani minister. I z tego, myślę, też musimy zdawać sobie sprawę, że to jest ponad 600 milionów, więc to są środki, które rzeczywiście mogłyby wpłynąć na poprawę sytuacji pacjentów. Dziękuję ślicznie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Zamykam dyskusję.

My mamy przygotowane kilka poprawek. To nie znaczy, że to będą jedyne poprawki, bo być może jeszcze będziemy rozpatrywali te wszystkie propozycje, które tutaj padały w czasie dyskusji ze stroną społeczną, i bardzo możliwe, że w ramach drugiego czytania jeszcze jakieś doprecyzowujące poprawki wniesiemy. Oprócz poprawek, które za chwilę państwu przeczytam, mamy również propozycje poprawek biura.

Tylko chciałam zapytać tutaj pana mecenas, w jaki sposób mamy je procedować. Czy będzie je pan po kolei odczytywał, czy one są zgrupowane, czy mamy je przejąć? Proszę to jasno powiedzieć.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Aby poprawka mogła być przegłosowana, musi być przejęta przez któregoś z państwa senatorów. Wszystkie poprawki, które zostaną zgłoszone, zostaną uszeregowane i należy nad nimi głosować zgodnie z Regulaminem Senatu, według kolejności przepisów ustawy. Te, nad którymi należy głosować łącznie, będę wskazywał, i te, nad którymi można głosować łącznie, a Wysoka Komisja, może wyrazić odmienną wolę, też będę wskazywał. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Ja mam następujące poprawki. Pierwsza poprawka dotyczy rzeczywistego zwiększenia Funduszu Medycznego o 4 miliardy. Tutaj ukłon m.in. w stronę pana, jeśli chodzi o to, co pan powiedział o zwiększeniu rzeczywistych środków finansowych. I tak: w art. 8 pkt 2 po wyrazach „rok budżetowy” dodaje się wyrazy „nie niższej niż 4,0 mld zł”. Dalej: w art. 39 ust. 1 w pkt 2–10 wyrazy „4,0 mld zł” zastępuje się odpowiednio wyrazami „4,2 mld zł”. I dodaje się art. 41a

w brzmieniu: „Art. 41a. Przepis art. 8 pkt 2 w zakresie określającym wysokość corocznej wpłaty z budżetu państwa stosuje się począwszy od ustawy budżetowej na rok 2021”.

Jakie jest zdanie pana ministra w tej kwestii?

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Pani Przewodnicząca, ja nie mam tej poprawki na piśmie, bo nikt nam jej nie przedłożył, więc trudno mi się do niej ustosunkowywać. Jeśli mógłbym zobaczyć ją na piśmie, to bardzo proszę. Wtedy będzie mi łatwiej się do niej ustosunkować.

(Rozmowy na sali)

Pani Przewodnicząca, po zapoznaniu się z poprawkami ja bym pozostawiał je do uznania Wysokiej Komisji. Rozumiem, że intencje są szlachetne i związane są z tym, żeby kwotę limitu wydatków podwyższyć do kwoty 4 miliardy 200 milionów rocznie. Rozumiem, że celem pierwszej poprawki jest wskazanie, że ta kwota nie może być niższa niż 4 miliardy...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Dokładnie, to jest to, o czym rozmawialiśmy.)

W toku dyskusji wskazywaliśmy, że ta kwota nie wyższa niż wskazana, odnosząc to do art. 50 ustawy o finansach publicznych, bierze się wprost z wymogu określania w projektach skutków finansowych i limitów wydatków. I to jest po prostu odwzorowanie zapisów z art. 50 ustawy o finansach publicznych. Mówię teraz o art. 39, który zgodnie z propozycją poprawki ma być zmieniany. Ale, jak rozumiem, to też zależy od sytuacji budżetowej i propozycji budżetu, który będzie przedstawiany. Tak więc myślę, że punktem odniesienia w tym zakresie też będzie stanowisko rządu.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Poddaję to pod głosowanie.

Tutaj pan mecenas zwrócił uwagę, tak że jeszcze przejmuję poprawki, które były zaproponowane przez Biuro Legislacyjne. W związku z tym najpierw musimy przegłosować poprawki według kolejności poszczególnych artykułów.

Panie Mecenasie, oddaję panu głos, żeby pan nadzorował cały ten proces.

Proszę.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Dziękuję ślicznie.

Szanowni Państwo, pierwszymi poprawkami, nad którymi należy głosować łącznie, będą poprawki zgrupowane w części B opinii w pkt 1. Zmierzają one do skreślenia tych przepisów ustawy o Funduszu Medycznym, które stanowią zbędne powielenie przepisów odzwierciedlonych w ustawie o finansach publicznych. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Jakie jest stanowisko pana ministra?

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Negatywne. Te poprawki zmierzają do usunięcia z treści ustawy tych przepisów, które za konieczne do wprowadzenia uznawało w toku prac nie tylko Ministerstwo Zdrowia, ale także Ministerstwo Finansów. My tutaj wskazywaliśmy... Odniosę się do tych propozycji po kolei. Jeżeli chodzi o propozycję poprawki polegającej na tym, żeby w art. 5 ust. 6 skreślić zdanie drugie, to nasza opinia jest w tym przypadku negatywna. Co do propozycji, żeby w art. 5 skreślić ust. 7 – opinia jest negatywna. Wskazujemy, że przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych dotyczące m.in. obowiązku zawierania umów o dotacje, ewidencji dotacji oraz zwrotu dotacji odnoszą się do udzielania dotacji przez dysponenta części budżetowej i dotacji udzielanych z budżetu państwa. Tymczasem dotacje z Funduszu Medycznego jako państwowego funduszu celowego udzielane są przez dysponenta tego funduszu ze środków

na nim zgromadzonych. Wspomniane rozwiązanie może powodować wątpliwości interpretacyjne, czy do dotacji udzielanych z Funduszu Medycznego mają być bezpośrednio stosowane odpowiednie przepisy ustawy o finansach publicznych. Przywołane z kolei w opinii senackiego Biura Legislacyjnego przepisy art. 5 ust. 6 zdanie drugie i ust. 7 mają na celu jednoznaczne wskazanie, że do udzielania i rozliczania dotacji z funduszu zastosowanie będą miały przepisy tożsame do udzielania i rozliczania dotacji z budżetu państwa. Zatem zasadne jest ich pozostawienie.

Wskazujemy, jeżeli chodzi o skreślenie ust. 5 w art. 6, że propozycja skreślenia tego, który stanowi, że fundusz działa na podstawie planu finansowego uwzględniającego w szczególności przychody i koszty realizacji zadań funduszu, jest w zasadzie możliwa do przyjęcia, gdyż faktycznie reguluje to ustawa o finansach publicznych. W wielu przypadkach dotyczących tworzenia jednostek sektora finansów publicznych, w tym funduszy celowych, stosuje się podobne przepisy ze względu na to, że określenie podstaw działania jest jednym z zasadniczych elementów umożliwiających funkcjonowanie tej jednostki, więc warto ująć to w przepisach ją tworzących. Ponadto ustawa o finansach publicznych nie określa treści planu finansowego państwowych funduszy celowych.

Czyli odnosząc się do tej pierwszej grupy poprawek, z powołaniem się także na stanowisko Ministerstwa Finansów, które było w tej sprawie konsultowane, i stanowisko Ministerstwa Zdrowia, wnosimy do Wysokiej Komisji, żeby tych poprawek nie przyjmować.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

W zakresie odnoszącym się do art. 5 proponuję przyjąć wyjaśnienia pana ministra. W zakresie odnoszącym się do art. 6 podtrzymuję,

że proponowany w opinii biura ust. 5 jako nadający się do skreślenia stanowi odzwierciedlenie unormowań ustawy o finansach publicznych. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Zanim przystąpimy do głosowania, zrobimy krótką przerwę techniczną, 2 minuty, żeby państwo, którzy głosują zdalnie, mogli się przyłączyć do głosowania. 2 minuty przerwy technicznej.

(Rozmowy na sali)

Przystępujemy do głosowania.

Wszystkich państwa senatorów, którzy są zdalnie, bardzo proszę o uwagę, a państwa tutaj na sali o wyciszenie rozmów.

Panie Mecenasiu, proszę przeczytać jeszcze raz poprawkę, nad którą będziemy głosować.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

„W art. 6 skreśla się ust. 5”. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do głosowania.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (2)

Kto się wstrzymał? (1)

8 głosów...

(Rozmowy na sali)

8 osób głosuje. Tak?

(Głos z sali: Tak.)

5 głosów za, 2 – przeciw, 1 senator wstrzymał się od głosu.

Dziękuję bardzo.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Kolejna grupa poprawek to poprawki zgłoszone przez panią przewodniczącą, które zmierzają

do zagwarantowania kwoty w wysokości co najmniej 4 miliardów zł w każdym roku budżetowym na rzecz Funduszu Medycznego.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Tak jest.

Poddaję poprawkę pod głosowanie.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

5 głosów za, 1 – przeciw, 2 senatorów wstrzymało się od głosu.

Poprawka przeszła.

Proszę bardzo, Panie Mecenasiu.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Kolejna propozycja poprawek to 2 poprawki ujęte jako pkt 1 w części C opinii Biura Legislacyjnego. W związku z tym, że utworzenie organu lub instytucji jest przedmiotem przepisów dostosowujących, treść art. 10 ust. 1 należy wkomponować do rozdziału 6 ustawy. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Panie Ministrze?

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Jesteśmy przeciwni tej poprawce, nie uznajemy jej zasadności.

Wymóg zamieszczania przepisów dostosowawczych to wymóg zasady państwa prawnego, z której wynika obowiązek poprawnej legislacji w zakresie dotyczącym kompetencji organów państwa realizujących prawem

określone funkcje, a przez to ustrojowa poprawność w zakresie zasad organizacji państwa. To jest wskazanie, które jest zawarte w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. wydanego w sprawie o sygnaturze K14/03.

Przepisy dostosowujące powinny jednak być zależne od charakteru prawnego podmiotu. Zasady techniki prawodawczej regulują zasady tworzenia organów i instytucji rozumianych w ZTP przede wszystkim jako organy i instytucje posiadające byt samoistny, jako organy administracji publicznej albo wykonujące zadania administracji, np. instytuty czy państwowe osoby prawne, albo rozumiane jako organy i instytucje w znaczeniu proceduralnym, tzn. podmioty reprezentujące dany podmiot lub prowadzące postępowania i wydające decyzje, np. główni inspektorzy czy prezesi urzędów.

W praktyce ustawodawca tworzy organy lub urzędy obsługujące te organy. Z punktu widzenia adresatów norm znaczenie kluczowe ma art. 38 ustawy kreujący państwowy fundusz celowy, Fundusz Medyczny. Rada Funduszu Medycznego, pełni funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia i w strukturze Funduszu Medycznego ma charakter wewnętrzny. Nie działa w imieniu funduszu.

W takich przypadkach w praktyce legislacyjnej przyjęło się, że ustawodawca nie ustanawia odrębnych norm tworzących organy wewnętrzne innych organów lub instytucji. Należy przyjąć, że rada funduszu będzie funkcjonowała na podstawie przepisów materialnych ustawy po utworzeniu funduszu. Nie ma potrzeby wprowadzenia jej w życie w innym terminie niż ogólny termin wejścia ustawy w życie, co dodatkowo świadczy o braku konieczności wyraźnego ustanowienia rady w przepisach dostosowawczych oraz wcześniejszego wejścia w życie tych przepisów.

Powołujemy się na to uzasadnienie i nie widzimy tutaj takiej potrzeby. Rozumienie... uzasadnienie, które przytaczam, było także uzgadniane na etapie prac sejmowych z Biurem Legislacyjnym Sejmu. Dotyczy ono usytuowania przepisu i sformułowania przepisu.

Powołując się na to stanowisko, wypracowane wspólne z Biurem Legislacyjnym Sejmu, nie widzimy zasadności tej poprawki.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Proszę bardzo, Panie Mecenasiu.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Ad vocem do tego, co odczytał pan minister. Mianowicie §35 ust. 1 pkt 1 zasad techniki prawodawczej, stanowiąc ogólnie o organach i instytucjach, nie precyzuje, czy dotyczy to wyłącznie organów opiniodawczo-doradczych, czy też tych, które wymienił pan minister. Pragnę jedynie zwrócić uwagę, że technika, którą państwo zastosowali, została wykluczona poprzez nowelizację zasad techniki prawodawczej od dnia 1 marca 2016 r. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
W takim razie przystępujemy...
Proszę bardzo.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Jedno zdanie. Tego rodzaju rozwiązania prawne są zwarte chociażby w ustawie z dnia 19 czerwca 2020 r., tj. w ustawie o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych, czy w ustawie o Prokuraturii Generalnej. To są ustawy, które były procedowane także w Senacie. I tego rodzaju rozwiązania prawne tam się znalazły.

My podtrzymujemy wyrażony tu pogląd. Rozumiem, że pogląd Biura Legislacyjnego Senatu jest odmienny, ale my podtrzymujemy opinię, że te poprawki są niezasadne.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Rozstrzygniemy to w głosowaniu.
Proszę bardzo o przedstawienie tych poprawek.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

One już zostały przedstawione w opinii. Pierwsza z nich brzmi: w art. 10 w ust. 1 wyrazy „Tworzy się Radę Funduszu Medycznego, zwaną dalej Radą, pełniącą” zastępuje się wyrazami „Rada Funduszu Medycznego, zwana dalej Radą, pełni”. W konsekwencji dodaje się art. 38a w brzmieniu: tworzy się Radę Funduszu Medycznego. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Poddaję pod głosowanie te poprawki.
Kto z państwa senatorów jest za ich przyjęciem? (5)
Kto jest przeciw? (3)
Kto się wstrzymał? (0)
5 głosów za, 3 głosy przeciw, nikt się nie wstrzymał.
Kolejna grupa.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Kolejna poprawka dotyczy art. 14 ust. 2 pkt 2. Została ona umiejscowiona w opinii jako pkt 2 w części C. W związku z tym, że art. 14 ust. 2 pkt 2 dotyczy, jak się wydaje, podmiotu leczniczego, po wyrazie „podmiotu” proponuje się dodać wyraz „leczniczego”. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Panie Ministrze?

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

W naszym przekonaniu przepis jest jasny bez tej poprawki, ale pozostawiam to do decyzji Wysokiej Komisji.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Poddaję pod głosowanie zgłoszoną poprawkę.
Kto z państwa jest za przyjęciem tego doprecyzowania? (7)

Kto jest przeciw? (1)
Kto się wstrzymał? (0)
7 głosów za, 1 głos przeciw.
Dziękuję.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Kolejna grupa poprawek została ujęta w pkt 2 części B. Dotyczą one art. 14 ust. 6, art. 19, art. 25 ust. 3 i art. 28. Jak pozwoliłem sobie wskazać, przedstawiając opinię Biura Legislacyjnego Senatu, proponuje się tu skreślenie unormowań stanowiących, że w zakresie uregulowanym w ustawie nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Panie Ministrze?

**ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA**

Mam taką trudność, że nie mam tych poprawek przed oczyma. To mi utrudnia...

(Głos z sali: Opinii?)

Tak.

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Są zawarte w opinii.)

Co do poprawki pierwszej wyrażonej we wskazanej części opinii uznajemy, że ta poprawka jest zasadna.

Co do kolejnych poprawek... Co do skreślenia art. 19 mamy stanowisko negatywne. Co do skreślenia ust. 3 w art. 25 to przychyłamy się do

tej poprawki. Co do skreślenia art. 28 mamy stanowisko negatywne.

Porządkuję: w stosunku do pierwszej poprawki i w stosunku do trzeciej poprawki nasza opinia jest zgodna, przychyłamy się do uwag zgłoszonych przez Biuro Legislacyjne.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Przystępujemy do głosowania.
Poprawka nr 1.
Musimy głosować po kolei?

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Nad tymi poprawkami powinniśmy głosować łącznie, dlatego że one są ze sobą ściśle powiązane. Zastanawiam się jednak nad czymś i proszę o sekundkę.

W kontekście tego, co powiedział pan minister, myślę, że możemy rozważyć odrębne głosowanie nad tymi poprawkami. To znaczy możemy głosować łącznie nad skreśleniem art. 19 i 28 i łącznie nad poprawkami, które zostały, jak rozumiem, przychylnie przyjęte, zaaprobowane. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czyli najpierw przegłosujemy poprawki nr 1 i 3. Tak?

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Piotr Magda: Tak proponuję.)

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (7)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (0)

7 głosów za, 1 głos przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Teraz poprawka nr 2 i 4.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem poprawek? (6)

Kto jest przeciw? (2)
Kto się wstrzymał? (0)
6 głosów za, 2 głosy przeciw.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Jeżeli członkowie komisji, zarówno obecni na posiedzeniu, jak i uczestniczący w posiedzeniu zdalnie, wyraziliby zgodę, to poprawki o charakterze redakcyjnym, które zostały przedstawione w ostatniej części opinii – począwszy od poprawki dotyczącej art. 15 ust. 6, a skończywszy na poprawce do art. 41 ust. 1 – mogłyby być przegłosowane łącznie. Oczywiście jeśli nikt z członków komisji nie wniesie w tym zakresie sprzeciwu.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Czy ktoś z obradujących zdalnie wnosi sprzeciw? Nie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan minister, ale pan minister nie głosuje.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Wiem, że nie głosuję, ale chciałbym się wypowiedzieć. My uznajemy zasadność jakby... Żeby dostarczyć państwu wiedzy na potrzeby tego rozstrzygnięcia, powiem, że my uznajemy zasadność poprawek nr 6 i 7. Pozostałe, naszym zdaniem, nie są niezbędne.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ale też nie są idealne.

Dobrze.

Poddaję pod głosowanie wszystkie te poprawki. Nie było głosów sprzeciwu, więc możemy wykonać jedno głosowanie.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (6)

Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
6 głosów za, bez głosów przeciw, 2 senatorów wstrzymało się od głosu.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Kolejne poprawki to poprawki do art. 20 ust. 7 oraz art. 29 ust. 7. Są one ujęte w pktcie 1 części A opinii Biura Legislacyjnego. Zmierzają one do tego, aby katalog elementów zawartych we wniosku o dofinansowanie miał charakter... aby był wyrażony poprzez sformułowanie „co najmniej” a nie „w szczególności”. Użycie sformułowania „co najmniej” oznacza, że minimalne elementy zostały wyrażone w treści wniosku. W przypadku sformułowania „w szczególności”, w naszej ocenie, z innych przepisów ustawy trudno zrekonstruować, jakie jeszcze elementy należałoby zawrzeć w treści wniosku, ażeby był o uznany za formalnie poprawny. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Czy pan minister chce się do tego odnieść?

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Ja nie widzę zasadności tej poprawki, a już absolutnie nie widzę żadnego uzasadnienia dla tego, żeby w opinii było to wskazywane jako zastrzeżenie co do zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Naszym zdaniem tego rodzaju poprawka legislacyjna, która polega na tym, żeby sformułowanie „w szczególności” zastępować sformulowaniem „co najmniej” nie znajduje uzasadnienia, nie substancjonuje tego rodzaju zastrzeżenia, jakim jest zastrzeżenie co do zgodności z konstytucją. Nic to nie zmienia w sensie merytorycznym. Uznajemy te poprawki za niezasadne. Wyodrębnienie tej kwestii jako rzekomego zastrzeżenia co do zgodności

z konstytucją wskazuje na zupełną nieadekwatność ujęcia wagi potencjalnej poprawki wobec tytułu w opinii Biura Legislacyjnego.

Nasza rekomendacja co do tych poprawek jest negatywna. Nie widzimy zasadności zastępowania sformułowania „co najmniej” sformulowaniem „w szczególności”.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Czy pan mecenas chce się do tego odnieść?
Proszę.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Niezależnie od oceny poszczególnych członków komisji trzeba bardzo wyraźnie podkreślić, że na gruncie języka prawnego sformułowanie „w szczególności” ma treściowo diametralnie inne znaczenie niż pojęcie „co najmniej”. Sformułowanie normy „wniosek zawiera co najmniej” oznacza, że wyliczenie zawarte w danym akcie normatywnym i jego wyczerpanie w treści wniosku oznacza spełnienie warunków formalnych. Natomiast sformułowanie „w szczególności” oznacza przykładowe, niepełne wyliczenie elementów treści wniosku, który powinien być uzupełniony o nowe elementy, które należałoby wyinterpretować z przepisów ustawy.

W związku z tym, jeżeli z innych przepisów ustawy trudno jest zrekonstruować normę prawną, zastrzeżenie co do braku określoności, a tym samym potencjalnego naruszenia art. 2 konstytucji, wydaje się jak najbardziej adekwatne. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Myślę, że zostało wyjaśnione to z jednej i z drugiej strony.
Poddaję poprawki pod głosowanie.
Kto z państwa jest za przyjęciem poprawek? (5)

Kto jest przeciw? (2)
Kto się wstrzymał? (1)
5 głosów za, 2 głosy przeciw, 1 senator wstrzymał się od głosu.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Propozycja skreślenia ust. 4 w art. 23 została przedstawiona jako pkt 2 części dotyczącej konstytucji. Zwracam tutaj uwagę na argument, który już został zaprezentowany. Chodzi o wyłączenie od ust. 3, który stanowi, że minister nie może zmieniać regulaminu konkursu w sposób skutkujący nierównym traktowaniem wnioskodawców. Mając na uwadze, że pan minister może powołać się na fakt, że w systemie prawa taka jedna norma rzeczywiście istnieje, jedna jedyna, chciałbym powiedzieć, że z całą pewnością w ustawodawstwie jest bardzo wiele przykładów przepisów, które z konstytucyjnego punktu widzenia nie powinny mieć miejsca. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Czy mamy jeszcze jakieś poprawki? To wszystko?
(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Piotr Magda:* Nie, nie wszystko. To poprawka powinna być teraz zgłoszona – skreślenie ust. 4 w art. 23.)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Tak, przepraszam bardzo.
(*Zastępca Szefa Kancelarii Prezydenta RP Paweł Mucha:* Jeżeli można, Pani Przewodnicząca...) Proszę.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Nasza rekomendacja jest tutaj negatywna. Jest to rozwiązanie sprawdzone, stosowane

w systemie wdrażania środków unijnych, które wprost przewiduje, że w wyjątkowych sytuacjach, wynikających ze zmiany przepisów, zmiany w regulaminie konkursu są możliwe.

Uważamy, że zasadne jest wykorzystanie takiej możliwości także wobec projektów wdrażanych w ramach Funduszu Medycznego. Co więcej, uważamy, że brak takiej normy mógłby budzić wątpliwości, czy w przypadku istotnych zmian w prawie powinno zostać ogłoszone nowe postępowanie, np. w związku z kwestią związania ofertą.

Nasza opinia, uzgodniona z Ministerstwem Zdrowia, jest w tej sprawie negatywna. Uważamy nawet, że przyjęcie tej poprawki może prowadzić do perturbacji, o których powiedziałem, do stanu niepewności i wątpliwości prawnych.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Piotr Magda: Ja tylko chciałbym zwrócić uwagę na jedną rzecz.)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Ust. 3 stanowi: do czasu rozstrzygnięcia konkursu minister właściwy do spraw zdrowia nie może zmieniać regulaminu konkursu w sposób skutkujący nierównym traktowaniem wnioskodawców. Zatem w każdym innym przypadku może.

Ust. 4 stanowi wyłączenie od normy wyrażonej w ust. 3. Czyli w przypadku, w którym wynika to z mitycznych odrębnych przepisów, może zmieniać regulamin w sposób skutkujący nierównym traktowaniem wnioskodawców.

Przyjęcie poprawki rekomendowanej przez biuro oznacza, że jeżeli na skutek odrębnych przepisów będzie istniała konieczność dokonania takiej zmiany, to ona zostanie dokonana w sposób nieskutkujący nierównym traktowaniem wnioskodawców, co de facto będzie oznaczało rozpisanie konkursu na nowo.

**ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA**

Podtrzymujemy stanowisko wyrażone przed chwilą.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Przystępujemy do głosowania nad zgłoszoną poprawką.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (5)

Kto się wstrzymał? (0)

5 senatorów za, 3 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Kolejna propozycja poprawki została umiejscowiona w pkt 3 części C opinii Biura Legislacyjnego. Poprawka ma charakter wyłącznie legislacyjny. Statuowanie definicji w ustawie o refundacji powinno skutkować konsekwentnym używaniem definiowanego pojęcia w kolejnych przepisach merytorycznych. W związku z tym, że nie zachowano tutaj spójności, proponujemy ujednoczenie. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Pan minister. Proszę.

**ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA**

Naszym zdaniem nie ma tutaj żadnej zmiany merytorycznej. Pozostawiamy to do uznania, Wysokiej Komisji. Można tę poprawkę przyjąć.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Głosujemy w takim razie.
Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (6)
Kto jest przeciw? (1)
Kto się wstrzymał? (1)
6 głosów za, 1 głos przeciw, 1 senator wstrzymał się od głosu.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Przedostatnia propozycja poprawki dotyczy kwestii, o której pozwoliłem sobie rozmawiać na stronie z panią minister, ale poprosiłbym jeszcze o potwierdzenie wątpliwości. Mianowicie, w naszym przekonaniu, w art. 41 na pewno w ust. 1 występuje nieprawidłowe odesłanie, do art. 37 zamiast do art. 35. Zastanawiam się, czy tożsama zmiana nie powinna być wprowadzona również w ust. 2. Chodzi o zastąpienie wyrazów „art. 37” wyrazami „art. 35”. W zależności od odpowiedzi, zgodnie z intencją, rekomendowałbym dokonanie zmiany albo w ust. 1, albo w całym art. 41. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Proszę.
(Zastępca Szefa Kancelarii Prezydenta RP Paweł Mucha: W całym art. 41...)

PODSEKRETARZ STANU
W KANCELARII PREZYDENTA RP
ANNA SURÓWKA-PASEK

Pani Przewodnicząca, w całym art. 41. Tak ustalałam z panem mecenasem. W jednym i w drugim przypadku chodzi o odesłanie do ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, a nie do ustawy refundacyjnej, która jest zmieniana właśnie w art. 37.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Tak, jak najbardziej. Czyli w art. 41 wyrazy „art. 37” zastępuje się wyrazami „art. 35”.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dobrze.
Przystępujemy do głosowania.
Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki? (8)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (0)
Jednogłośnie, wszyscy zagłosowali za.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Ostatnia kwestia – prosiłbym o zwrócenie na nią szczególnej uwagi i przedstawicieli prezydenta, i przedstawicieli rządu – to kwestia, która została umiejscowiona w pktcie 5 części C opinii. Rzecz dotyczy art. 41 ust. 2, który wprowadza, jak się wydaje, wyjątek od zasady ujętej w ust. 1 tego artykułu.

Nie wiemy do końca, jaka jest tu intencja. Jeżeli to wyłącznie ma mieć charakter obligatoryjny, to użycie sformułowania „może odbywać się” nie jest adekwatne. A jeżeli ma mieć charakter fakultatywny, to przepis jest niezupełny. Jakkolwiek technika polegająca na wyborze prawa jest tu jak najbardziej dopuszczalna, to w takim przypadku należałoby wskazać przesłankę, która warunkuje taką możliwość skorzystania. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo o opinię.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Ja myślę, że w tym zakresie uzupełni mnie pan minister. Nasza konsultacja z Ministerstwem

Zdrowia wskazywała, że ta poprawka jest niezasadna. Celowo użyto w tym przepisie słowa „może”, bo pacjent nie musi kontynuować terapii w ramach takiej ścieżki, tylko może. To jest kwestia do ewentualnego uzupełnienia ze strony Ministerstwa Zdrowia, które wskazywało nam na niezasadność tej poprawki.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Tutaj chodziło głównie o względy medyczne, o to „może odbywać się”. Nie zawsze ta terapia jest kontynuowana ze względów medycznych, ponieważ w pewnym momencie może być niezasadna.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Ja to jak najbardziej rozumiem, Panie Ministrze, tylko że to jest kwestia wyłącznie legislacyjna. Ja nie kwestionuję tego, że mogą państwo sformułować ten przepis poprzez użycie słów „odbywa się” czy „może odbywać się”, ale jeżeli przepis ma mieć charakter fakultatywny, to jako legislator muszę zwrócić uwagę na fakt, że nie ma tu przesłanki proceduralnej, która warunkowałaby możliwość skorzystania z owego uprawnienia. Innymi słowy, przepis przejściowy formułuje się w taki sposób: albo stosuje się przepisy nowe, albo stosuje się przepisy dotychczasowe, a jeżeli ma się zamiar – do czego państwo mają prawo – wprowadzić możliwość wyboru, to ten wybór powinien być proceduralnie ukierunkowany, powinno być określone, w których przypadkach może to być dokonane i na czyj wniosek. Tego w przepisie nie ma. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Proszę.

**PEŁNIĄCY OBOWIĄZKI
DYREKTOR DEPARTAMENTU
POLITYKI LEKOWEJ I FARMACJI
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
ŁUKASZ SZMULSKI**

Dziękuję uprzejmie, Pani Przewodnicząca.

Łukasz Szmulski, pełniący obowiązki dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia.

Panie Mecenasiu, nie do końca jest tak, jak pan to w tym momencie postrzega. Zgadzam się z panem, że nowe brzmienie przepisu powinno jasno i precyzyjnie wskazywać, czy jego stosowanie będzie obligatoryjne, czy fakultatywne. W moim odczuciu ten przepis wyraża obligatoryjność stosowania nowych przepisów poprzez ostatni fragment ust. 2, gdzie wskazuje się, że będą stosowane przepisy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Sformułowanie, do którego pan mecenas się odnosi, mianowicie sformułowanie „może odbywać się”... Tu nie chodziło o kwestie legislacyjne, o to, czy on będzie mógł, czy nie. Gdyby tego przepisu nie było w ustawie, to rodziłaby się wątpliwość, czy pacjenci, którzy do tej pory korzystali z ratunkowego dostępu do technologii lekowej i mieli wydawane decyzje ministra zdrowia, po wejściu w życie tej ustawy będą musieli składać kolejne wnioski, czy w ramach ścieżki, którą rozpoczęli, będą kontynuowali terapię, czy będą korzystali z innej ścieżki, bo medycznie być może wcale już nie będą musieli korzystać z RDTL, bo np. dany lek będzie objęty refundacją i będzie w systemie refundacji.

To nie jest kwestia fakultatywności bądź obligatoryjności, bo na obligatoryjność wskazuje ostatni fragment tego przepisu, po przecinku. Użycie sformułowania „może” zmierzało do tego, żeby pacjent mógł kontynuować terapię bez składania kolejnego wniosku, bo takiego wniosku do ministra już nie będzie mógł złożyć.

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Piotr Magda: Ja przepraszam, Panie Dyrektorze.*)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Abstrahując od faktu, że pana wypowiedź nieco różniła się od wypowiedzi pańskich przedmówców, podkreślę, że art. 41 ma wyraźną budowę: ust. 1 stanowi, że wnioski o ratunkowy dostęp do technologii lekowych złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podlegają rozpatrzeniu na podstawie przepisów ustawy w brzmieniu dotychczasowym. To jest zasada. Innymi słowy: jeżeli wniosek został złożony przed wejściem w życie ustawy o Funduszu Medycznym, będzie rozpatrywany na podstawie przepisów dotychczasowych. I jest to przepis poprawny. Ust. 2...

PEŁNIĄCY OBOWIĄZKI
DYREKTOR DEPARTAMENTU
POLITYKI LEKOWEJ I FARMACJI
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
ŁUKASZ SZMULSKI

Jeżeli mogę, to od razu to wyjaśnię, Panie Mecnasie.

Zgadzam się w zupełności. Ale ten przepis nie obejmuje wszystkich stanów faktycznych, które mogą zaistnieć, bo może się zdarzyć pacjent, który w dniu wejścia w życie ustawy nie będzie miał złożonego wniosku.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Tak. Właśnie dlatego chciałbym kontynuować moją wypowiedź i odnieść się do ust. 2.

W ust. 2 stanowią państwo, że w przypadku konieczności kontynuacji terapii, a więc w przypadku, w którym pacjent uzyskał wcześniej decyzję, ale istnieje konieczność kontynuacji terapii, która w myśl dotychczasowych przepisów wymagałaby nowej decyzji... Kontynuacja terapii może odbywać się na podstawie przepisów ustawy zmienianej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, co legislacyjnie należy odczytywać w sposób następujący: jeżeli mamy do

czynienia z kontynuacją terapii, istnieje wybór dotychczasowego albo nowego prawa. To jest jednoznaczny wniosek...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No jak to nie? Przepraszam bardzo, na gruncie języka prawnego sformułowanie „może odbywać się” różni się od sformułowania oznajmującego, które mamy w ust. 1, właśnie tym, że oznacza fakultatywność. W związku z tym, jeżeli zamiarem państwa było to, ażeby przepis miał charakter obligatoryjny, to sformułowanie „może odbywać się” powinno zostać zastąpione sformulowaniem „odbywa się”.

Pomijam już tutaj fakt, że w przypadku braku tego przepisu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, Panie Ministrze, przepraszam bardzo. Na gruncie języka prawnego sformułowania „może odbywać się” i „odbywa się” mają nie tylko różne znaczenie, ale też zupełnie inną treść. Pierwsze wyraża możliwość, drugie wyraża obligatoryjność.

ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII PREZYDENTA RP
PAWEŁ MUCHA

Ja myślę, że są tutaj dwa różne porządki, które są w tej opinii traktowane łącznie, a które są rozdzielne. Myślę, że – to wynikało z wypowiedzi pana dyrektora – jest dość jednoznaczne, że jeżeli następuje kontynuacja terapii, która może się odbywać, to wtedy stosuje się przepis w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą. A fakultatywność nie jest odnoszona do kwestii stosowania przepisów czy brzmienia ustawy, tylko do samej kontynuacji terapii. I tu jest rzecz, która jest do rozstrzygnięcia. Bo jeżeli jest w tym zakresie jakaś propozycja Biura Legislacyjnego, propozycja odpowiedniej poprawki, która, pana zdaniem, doprowadziłaby do odpowiedniego efektu, to pewnie moglibyśmy się do niej odnieść przychylnie. Fakultatywność, o której mówił pan dyrektor, nie odnosi się do stosowania przepisów w zmienionym nowelizacją brzmieniu, tylko do samego elementu merytorycznego, o którym była tu mowa, do kontynuacji terapii.

Rozumiem konsekwentne stanowisko ministerstwa, żeby zachować sformułowanie „może odbywać się”, bo nie chodzi tutaj o przepisy, które stosujemy, tylko o kontynuację terapii.

Stąd prośba, żeby jednak kwestie legislacyjne nie przysłańiały nam merytoryki i żebyśmy w dążeniu do doskonałości legislacyjnej nie doprowadzili do takiej sytuacji, że będziemy mieli wątpliwość prawną co do tego, czy terapia może być kontynuowana. Według mnie nie ulega wątpliwości, że kwestia kontynuacji terapii jest tu ważniejsza niż przesadne dążenie do perfekcji legislacyjnej w czyimś subiektywnym rozumieniu.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, ja chyba najlepiej rozstrzygnę kwestię, której dotyczy wasza dyskusja. My tutaj w międzyczasie ze sobą rozmawiamy, a jesteśmy medykami. Dla nas jest to naprawdę bardzo zrozumiały zapis. Myślę, że to, co pan minister mówi... Nie wiem, to w jakiś sposób bardziej komplikuje sprawę.

Poddaję pod głosowanie...

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA**

Czy można jeszcze coś dodać? Chodzi o to, żebyśmy się dobrze zrozumieli.

Proponowana poprawka ma mieć charakter legislacyjny, a nie merytoryczny. Użycie sformułowania, że „kontynuacja tej terapii może odbywać się na podstawie przepisów ustawy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą”, z punktu języka prawnego oznacza, naszym zdaniem, to, co oznacza.

Jeszcze raz chciałbym zapytać o to, jaka była intencja. Bo jeżeli rzeczywiście, tak jak powiedział pan dyrektor, intencją jest to, ażeby kontynuacja odbywała się na podstawie nowych przepisów, to użycie sformułowania „kontynuacja tej terapii odbywa się na podstawie przepisów ustawy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą” jest jak najbardziej poprawne. Jest rzeczą oczywistą, że niezależnie od tego, jak przepis będzie sformułowany, nie wpłynie on na możliwość kontynuacji terapii, ta bowiem jest przewidziana w przepisach merytorycznych. Mamy tutaj chyba do czynienia z jakimś nieporozumieniem.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Ja powiem jeszcze raz. Analizujemy tę sprawę i uważamy, że właściwie można przyjąć zapis zaproponowany przez pana, ponieważ w artykule merytorycznym, w art. 35 jest zapis, że świadczeniodawca może kontynuować podawanie leku finansowanego w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej pod warunkiem potwierdzenia tej kontynuacji przez lekarza specjalistę. W sumie w tym nowym przepisie jest de facto...

(Rozmowy na sali)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, to jest...

(Głos z sali: Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.)

To jest właśnie to, o czym ja powiedziałam. My jako medycy rozumieliśmy to wprost, bez żadnych problemów związanych z zawilociami języka prawnego.

Poddaję to pod głosowanie.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (7)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

7 głosów za, nie ma głosów przeciw, 1 senator się wstrzymał.

Głosowanie nad całą ustawą z przyjętymi poprawkami.

Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy wraz z poprawkami? (8)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (0)

Jednogłośnie za.

Temat został wyczerpany.

Sprawozdawcą zostaje pan senator Wojciech Konieczny.

Panie Senatorze, czy pan się zgadza?

(Senator Wojciech Konieczny: Tak, zgadzam się.)

Dziękuję.

Bardzo dziękuję wszystkim osobom, które się dzisiaj wypowiedziały i uczestniczyły w posiedzeniu. Dziękuję stronie rządowej, panu

ministrowi, przedstawicielom kancelarii pana prezydenta oraz strony społecznej.

Bardzo dziękuję panu, Panie Legislatorze, za bardzo wnikliwe przeanalizowanie ustawy. Bardzo dziękuję.

Dziękuję państwu, którzy pomagali w obsłudze posiedzenia i w przeprowadzeniu głosowań. Bardzo dziękuję.

Zamykam posiedzenie.

Na koniec chcę tylko powiedzieć, że jako osoby związane ze służbą zdrowia jesteśmy bardzo zaniepokojeni rozwojem epidemii i szczytem, wzrostem liczby zachorowań na koronawirusa. Bardzo nas ten fakt niepokoi, tym bardziej że padało wiele słów na temat tego, że epidemia wygasa. Jednak nie wygasa. Dlatego też bardzo apeluję o noszenie maseczek, o mycie rąk i o zachowanie odstępu. Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 07)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy