



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (53.)

9 czerwca 2021 r.

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 398, druki sejmowe nr 1013,1078,1122 i 122-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 9 minut 33)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCY
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dzień dobry. Witam wszystkie osoby, które przybyły do nas na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia, jak również wszystkie osoby zdalne. Witam panie senator, pana senatora, pana ministra, jak również przedstawiciela rzecznika praw pacjenta. Jest z nami również pan mecenas z Biura Legislacyjnego, który opiniował tę ustawę.

Mamy kworum i w związku z tym możemy przejść do realizacji porządku dzisiejszego posiedzenia.

Porządek obejmuje rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, druk senacki nr 398.

Niewzłocznie rozpoczynamy.

Oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
SŁAWOMIR GADOMSKI

Dziękuję bardzo.

Dzień dobry. Witam panią przewodniczącą i szanowną komisję.

Mam dzisiaj przyjemność przedstawić uzasadnienie, taki wstęp do dyskusji związanej ze zmianą ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, w części dotyczącej modyfikacji systemu opracowywania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych.

Pierwsze regulacje w tym zakresie zostały wdrożone w roku 2014. Były to rozwiązania mające na celu umożliwienie prowadzenia długoterminowej polityki zdrowotnej, przygotowywania map potrzeb zdrowotnych. Zostały one wtedy określone ustawowo na okres 7 lat. Nie ukrywajmy, że tamta ustawa była wynikiem negocjacji z Komisją Europejską, pewnych narzucanych wytycznych przez Komisję Europejską w związku z planowaniem środków na ówczesną nową perspektywę unijną, czyli perspektywę 2014–2020.

Ten plan, który pewnie był słuszny, tak jak sam zakładany kierunek co do dokumentów strategicznych, określania map potrzeb zdrowotnych, w naszej ocenie nie spełnił oczekiwań, jeśli chodzi o ten kilkuletni okres funkcjonowania map. Myślę, że nie tylko my w ministerstwie, ale również wielu ekspertów ma podobne zastrzeżenia co do map potrzeb zdrowotnych. Pierwsza, być może fundamentalnie istotna, uwaga jest taka, że mapy potrzeb zdrowotnych są bardzo cennym zbiorem danych medycznych, ale wyłącznie zbiorem – nie określają kierunków, nie zawierają rekomendacji, nie zawierają w szczególności informacji o narzędziach wdrożeniowych. Stanowią oczywiście cenne źródło danych. My przez ta lata od roku 2014 czy 2015, kiedy de facto mocno ruszył ten projekt, staraliśmy się mapy potrzeb zdrowotnych unowocześniać. W tamtym roku odeszliśmy od formuły opasłych tomów papierowych i przeszliśmy na formułę online. Większość danych jest dostępna

już nie po jakimś czasie, tylko... No, chciałem powiedzieć, że w czasie rzeczywistym, ale może nie aż tak. Ale te dokumenty są aktualizowane często, nie tylko w cyklach ustawowych, ale znacznie częściej. Dokonałiśmy także pewnej zmiany w zakresie... Już dzisiaj te mapy potrzeb zdrowotnych, dokumenty całego systemu zasobu informacji są opatrzone pewnymi rekomendacjami i pewnymi kierunkami działań. Ale jest to niesformalizowane i nie stanowi to tak naprawdę wiążących wytycznych.

Oczywiście wraz z mapami potrzeb były rozwijane też inne dokumenty, które w pewien sposób uszczelniały system planowania potrzeb zdrowotnych czy uszczelniały system planowania i wdrażania pewnych działań rozwojowych w ochronie zdrowia. Takim narzędziem był wypracowany w 2016 r. system IOWISZ. Miałem przyjemność procedować jego późniejszą nowelizację, procedowaliśmy to również w ramach Komisji Zdrowia w tym składzie. Nowelizacja IOWISZ w istotny sposób dokonała zmian tego systemu, a przede wszystkim miała na celu uzależnienie kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia od pozytywnej oceny celowości inwestycji.

Po kilku latach doświadczeń widzimy też, że w szczególności priorytety polityki zdrowotnej, regionalne polityki zdrowotne nie spełniały swojej roli w zadowalającym stopniu. Nie były wystandaryzowane i tak naprawdę w dużej części zależały od kreatywności zespołów je tworzących przy wojewodach. Nie zawierały pewnych narzędzi i mechanizmów wdrożeniowych, nie zawierały żadnych gwarancji zapewnienia właściwego oddziaływania na system po wdrożeniu. W pewien sposób zabrakło przede wszystkim tych konkretnych rekomendacji działania i narzędzi wdrożeniowych, które za tym idą jako pewne oblige.

Ta nowelizacja, którą mam przyjemność przedstawiać, w pewien sposób na nowo definiuje system planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Definiuje akty nadrzędne, te fundamenty, którymi nadal będą oczywiście mapy potrzeb zdrowotnych, ale i definiuje nowe elementy, te wdrożeniowe, te narzędzia i mechanizmy. Na to również bardzo silnie zwracała uwagę nam Komisja Europejska, która również miała pewne zastrzeżenia do funkcjonowania obszaru map potrzeb zdrowotnych. W prowadzonych chociażby obecnie negocjacjach związanych czy

z wdrożeniem kolejnej perspektywy unijnej, czy Krajowego Planu Odbudowy, wyjątkowo mocno akcentowała potrzebę dokonania zmian w tym obszarze.

Dzisiejsze rozwiązania, te, które funkcjonują w obecnej ustawie, mówią o tym, że mapy potrzeb zdrowotnych przygotowywane są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. To chcemy zmienić. Po kilku latach doświadczeń, w których mapy potrzeb zdrowotnych były przygotowane przez ministra zdrowia... Ta ustawa, która mówiła o tym, że po roku 2020 przejdą do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, to w naszej ocenie nie są dobre rozwiązania. Udało nam się w Ministerstwie Zdrowia stworzyć mocny, kompetentny pion analityczny, który odpowiedzialny jest za przygotowywanie map. Te doświadczenia kilkuletnie, doświadczenia dosyć specyficzne, bo i analityczne, i informatyczne... Myślę, że warto to rozwijać. Takie mamy plany również co do samego projektu związanego z mapą potrzeb zdrowotnych. Dlatego w tej ustawie chcielibyśmy to usankcjonować. Ministerstwo Zdrowia to lepsze miejsce niż Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, jeśli chodzi o to zadanie. Oczywiście w ramach przygotowania map potrzeb zdrowotnych, w ramach przygotowania krajowego planu transformacji, o którym mowa w tej ustawie, w oczywisty sposób chcemy korzystać z kompetencji nie tylko Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, ale również innych jednostek istotnych z punktu widzenia sektora ochrony zdrowia, tj. AOTMiT, Narodowego Funduszu Zdrowia i innych centralnych jednostek.

Zakładamy czy zakładaliśmy w tej ustawie, że mapy potrzeb zdrowotnych będą przygotowywane na okres 7 lat. Wydawało nam się, że jest to okres adekwatny, z jednej strony, z punktu widzenia celów planowania strategicznego, z drugiej strony, z punktu widzenia perspektyw unijnych. W toku prac sejmowych przyjęliśmy z otwartością, można powiedzieć, dość dużo poprawek, które zgłaszał przede wszystkim Klub Parlamentarny Lewicy. Przyjęliśmy również poprawkę związaną ze skróceniem tego horyzontu przygotowywania map, przygotowywania planów transformacji – do okresu 5 lat.

Mówię o krajowym planie transformacji, o wojewódzkich planach transformacji. I w tym kontekście mapy potrzeb zdrowotnych mają być tą bazą, tym fundamentem, tą częścią analityczno-informacyjną potrzebną w celu

przygotowania właśnie planów transformacji – planów transformacji, czyli de facto strategii dla ochrony zdrowia. Do tej pory takie strategie w sposób wystandardyzowany nie powstawały. Można powiedzieć, że wyłącznie Komisja Europejska zmuszała nas do przygotowywania takich dokumentów. Takim dokumentem był np. Policy Paper, wypracowany w roku 2014. Takim dokumentem, który być może już dzisiaj jest mniej wynikiem, że tak powiem, przymuszenia przez Komisję, jest niedawno ogłoszony przez nas dokument, strategiczny dokument związany z planowaniem dla zdrowia. Ale to jeszcze nie jest dokument wdrożeniowy, to raczej są pewne postulaty, pewna wizja odpowiadająca również założeniom z Policy Paper. Tutaj chcemy przygotować krajowy plan transformacji i wojewódzkie plany transformacji, które w sposób jednoznaczny będą powiązane z tymi analizami, będą w sposób jednoznaczny operacjonalizować te ustalenia. Przykład: powiedzmy, że w danym terenie brakuje świadczeń z zakresu X; w takiej sytuacji plan transformacji – czy wojewódzki, czy krajowy – ma pokazywać narzędzia, sposób, w jaki dojdziemy do tego, żeby te niedobory pokryć. Dzisiaj mapy pokazują nam, gdzie jest więcej, gdzie jest mniej, ale nie mówią, co zrobić. Plany transformacji mają w jednoznaczny sposób wskazać narzędzia, przypisać odpowiedzialnych za pewne zadania, pokazać ewentualne źródła finansowania dla tych zadań.

W toku prac sejmowych dość długa dyskusja dotyczyła tego, czy przygotowane przez nas rozwiązania to kolejny element centralizacji systemu ochrony zdrowia. Ja z całą mocą i przekonaniem uważam, że nie, ale na pewno jest to projekt, który przypisuje większą odpowiedzialność i nadaje więcej zadań ministrowi zdrowia. No, nie jest pewnie żadną tajemnicą, że to minister zdrowia powinien kreować politykę zdrowotną w kraju, że to minister zdrowia powinien mieć narzędzia wdrożeniowe do jej kreowania. Stąd też, faktycznie, tą ustawą przypisujemy mu pewne odpowiedzialności. Po pierwsze, taką odpowiedzialnością jest przygotowanie krajowego planu transformacji, po drugie, akceptacja wojewódzkich planów transformacji. W jakim zakresie i w jakim charakterze? Przede wszystkim te opinie co do planów transformacji mają dotyczyć zgodności z mapą potrzeb, zgodności z krajowym planem transformacji, zgodności z innymi dokumentami strategicznymi

w ochronie zdrowia, w szczególności strategiami obszarowymi, chociażby takimi jak Narodowa Strategia Onkologiczna, Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich itd. Chodzi też o celowość uwzględnienia pewnych działań wykraczających poza rekomendowane kierunki w mapie potrzeb i adekwatność przyjętych rozwiązań z punktu widzenia wyzwań organizacji systemu zdrowia, o podjęcie działań koordynowanych na poziomie województwa. To są działania ministra na etapie tworzenia. Później, na etapie wdrażania tych planów minister zdrowia ma nadzorować ich realizację poprzez w szczególności prowadzenie systemu monitorowania i oceny przyjmowanych działań, przede wszystkim corocznego monitorowania osiągania pewnych wskaźników, przygotowywania raportów śródkresowych, przygotowywania raportu końcowego. To są narzędzia, których dzisiaj nie ma, które de facto nie funkcjonują. Brakuje nam takich narzędzi ewaluacyjnych. Co z tego, że wdrożone zostały regionalne polityki zdrowotne, skoro nikt w sposób systemowy, całościowy nie dokonał ich oceny i wpływu na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w Polsce.

No, to już szczegółowe rozwiązania ustawowe... To są najważniejsze założenia co do tego planowania strategicznego. Inne, które budziły pewne wątpliwości w toku prac sejmowych, związane przede wszystkim ze składami wojewódzkich rad zdrowotnych... Dobrze mówię?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...Polityki zdrowotnej... Te rady do tej pory były ciałami bezwładnymi, ciałami niedecyzyjnymi – ciężko było wypracować jakikolwiek konsensus. I mówimy o tym nie z własnych doświadczeń, tylko z doświadczeń przedstawicieli tych rad. Rady, często liczące ponad 100 osób, nie były w stanie osiągnąć konsensusu, często były forum przedstawiania sprzecznych oczekiwań i de facto o taki konsensus było ciężko. Zaproponowaliśmy w ustawie zmianę składu wojewódzkich rad, nieco inny system uwzględniania konsultantów wojewódzkich w tych radach – z rad wycofaliśmy konsultantów wojewódzkich wszystkich specjalności. Ale same plany transformacji i same mapy potrzeb mają podlegać ich opiniowaniu, w szczególności w tym zakresie, za który są odpowiedzialni.

Szanowni Państwo, kończąc, chcę powiedzieć, że w mojej ocenie podstawy, które ta ustawa wnosi, czyli podstawy systemu planowania

strategicznego, przybliżają nas do tego, żeby te być może błędy i mankamenty, których do tej pory nie udało się naprawić po roku 2014, kiedy te pierwsze przepisy weszły w życie... My tu faktycznie mówimy o planowaniu strategicznym, o takim planowaniu strategicznym w ujęciu biznesowym, w ujęciu takim, w jaki, można powiedzieć, wprowadza się pewne rozwiązania korporacyjne. Z jednej strony mówimy o fundamencie, analizie danych – i to są mapy potrzeb zdrowotnych. Z drugiej strony mówimy o pewnych narzędziach rozwojowych, wdrożeniowych – to plany transformacji na poziomie wojewódzkim i krajowym. W trzecim kroku mówimy z kolei o pewnym monitoringu, ocenie skutków ich wdrażania, czyli monitoringu postępów prac, a na sam koniec o pewnej ewaluacji, o sprawozdaniach – jednym śródkresowym i jednym końcowym – które mają być podstawą do wyciągnięcia wniosków, a także do przygotowania kolejnej iteracji tych dokumentów. Dziękuję serdecznie.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Proszę o opinie pana mecenasa.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
PIOTR MAGDA

Dziękuję uprzejmie.

Pani Przewodnicząca! Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Biuro Legislacyjne Kancelarii Senatu zgłasza 4 zasadnicze zastrzeżenia natury konstytucyjnej do przedmiotowej ustawy. Po pierwsze, zgodnie z aktualnie obowiązującym art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia priorytety zdrowotne. Ustalane w drodze rozporządzenia priorytety zdrowotne są jednym z kryteriów uwzględnianych przez: prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przy wydawaniu rekomendacji w sprawie

zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego albo niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego; tegoż prezesa agencji przy przygotowywaniu raportów w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego; ministra właściwego do spraw zdrowia przy określaniu, w drodze rozporządzeń, poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego; tegoż ministra przy usuwaniu danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonania zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego; ministra właściwego do spraw zdrowia przy dokonywaniu zmiany technologii medycznej; ministra właściwego do spraw zdrowia przy wydawaniu decyzji administracyjnej o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego.

Przedmiotowa ustawa zmierza do uchylecia delegacji zobowiązującej ministra zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie priorytetów zdrowotnych. Skutkiem takiego stanu rzeczy z dniem wejścia w życie ustawy będzie nie tylko utrata mocy obowiązującej rozporządzenia w sprawie priorytetów zdrowotnych, ale uzależnienie wszystkich przeze mnie wymienionych czynności – od wydawania decyzji administracyjnych przez wydawanie aktów wykonawczych do wydawania rekomendacji – od postanowień map potrzeb zdrowotnych ustalanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu „identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych”.

Tak więc to nie akt normatywny, będący źródłem prawa powszechnie obowiązującego, będzie kryterium wydawania stosownych decyzji, rekomendacji i aktów, lecz postanowienia aktu niemającego ani charakteru normatywnego, ani tym samym nie będącego źródłem prawa powszechnie obowiązującego. Taka regulacja budzi zasadnicze zastrzeżenie z punktu widzenia art. 87 konstytucji, bowiem nakazuje, przy identyfikowaniu materii o charakterze powszechnie obowiązującym, kierować się kryteriami

wskazanymi w akcie o charakterze planistycznym, jakim jest krajowy plan transformacji. To po pierwsze.

Po drugie, należy zauważyć, że w krajowym planie transformacji mają zostać określone postanowienia uwzględniające „rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia”, w tym „potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym”, z możliwością ich aktualizacji, w tym w przypadku „identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych”. Również w wojewódzkim planie transformacji, w dokumencie ustalonym przez wojewodę, a zatwierdzanym przez ministra zdrowia, mają być określone „potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa”, także z możliwością ich aktualizacji – w przypadku „identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych”. Blankietowość przywołanych unormowań, brak jasnej relacji pomiędzy dokumentem krajowym a dokumentami wojewódzkimi, a także, wreszcie, nieokreślenie zakresu odpowiedzialności poszczególnych podmiotów uczestniczących w tym systemie wyłącznie na podstawie postanowień aktu o charakterze planistycznym, a nie powszechnie obowiązującym, budzą również wątpliwości w świetle zasady określoności przepisów prawa. W tym kontekście zwrócić należy uwagę na cytaty z jednego orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego, dotyczącego ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia: newralgicznego znaczenia nabiera prawidłowe określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia, oparte o jasne, czytelne i jednoznaczne zasady ponoszonej odpowiedzialności.

Po trzecie, zasadnicze zastrzeżenia natury konstytucyjnej, tym razem w aspekcie proceduralnym, budzą dodane na etapie rozpatrywania projektu ustawy przez sejmową Komisję Zdrowia: przepisy zmieniające art. 61s ust. 3 i art. 61y ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w zakresie dotyczącym, odpowiednio, podmiotów

obowiązanych do podpisywania wystąpienia pokontrolnego oraz częstotliwości przystępowania do egzaminu kwalifikacyjnego na stanowisko kontrolera w roku kalendarzowym; przepisy zmieniające art. 11 i 12 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r., która wprowadzała system kontroli przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podkreślenia wymaga, że sprawy te nie były objęte przedmiotem projektu ustawy wniesionego do Sejmu przez Radę Ministrów i mają się nijak do głównego celu omawianej ustawy, jakim jest ustalenie stosownych unormowań w zakresie planowania strategicznego w ochronie zdrowia. W związku z tym, jak podnosiło podczas prac sejmowych także Biuro Legislacyjne Kancelarii Sejmu, przepisy te należy uznać za niezgodne z art. 118 ust. 1 i art. 119 ust. 1 i 2 konstytucji – przez to, że zostały uchwalone przez Sejm z pominięciem zasady trzech czytań projektu oraz z uszczerbkiem dla przepisów dotyczących inicjatywy ustawodawczej.

Wreszcie, po czwarte, zwrócić należy uwagę, na co również zwracało uwagę Biuro Legislacyjne Kancelarii Sejmu, że art. 15 pkt 1 omawianej ustawy, co nawet w aktualnej dobie szalejącej inflacji prawa... Przepis ten przewiduje, że art. 5 w zakresie, w jakim zmienia przepisy art. 11 i 12 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ma wejść w życie – uwaga – z dniem 30 maja 2021 r., tj. z dniem, który dawno już minął. Co więcej, ustawodawca sejmowy nawet z punktu widzenia techniki legislacyjnej błędnie skonstruował ten przepis, bowiem w przypadku zastosowania mocy wstecznej należy posłużyć się sformułowaniem: „z mocą od dnia”. Oczywiście problematyka ujęta w przepisach art. 11 i 12 nie dostarcza argumentów na rzecz możliwości jej wprowadzania w życie z mocą wsteczną. W związku z tym przepisy te – to uwaga niejako obok argumentu konstytucyjnego natury proceduralnej – należy uznać za niezgodne z zasadą odpowiedniej *vacatio legis* i zasady *lex retro non agit*, wynikającej z art. 2 konstytucji.

O ile, Wysoka Komisjo, naprawienie błędów ujętych u uwagach nr 3 i nr 4 byłoby możliwe w drodze poprawek Wysokiej Komisji, o tyle w ocenie Biura Legislacyjnego Kancelarii Senatu – ze względu na aktualny etap prac legislacyjnych, a zwłaszcza terminy obowiązujące i komisję, i Senat w zakresie dotyczącym

rozpatrywania ustaw uchwalonych przez Sejm – nie widać możliwości naprawienia uchybień o charakterze konstytucyjnym w drodze stosowanych poprawek. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Szczerze powiedziawszy, dawno nie słyszałam tak druzgocącej opinii Biura Legislacyjnego. Biuro jednoznacznie wskazuje na wszystkie uchybienia związane z procesem legislacyjnym, z przekroczeniem prawa konstytucyjnego, jego złamaniem, ale nawet, w ostatecznym wniosku, wskazuje na niemożność naprawy tej ustawy. To jest rzeczywiście druzgocące.

Ja bardzo dokładnie wsłuchiwałam się w przebieg prac w czasie obrad Sejmu, przeczytałam również tę opinię. Oczywiście za chwilę poddam pod dyskusję tę ustawę, bo to tutaj przyszliśmy, aby dyskutować, jednak po tej opinii biura już w tej chwili chcę powiedzieć, że będę rekomendowała, stawiała wniosek o odrzucenie ustawy w całości. Ale chciałabym wysłuchać zdania wszystkich osób, które tutaj przybyły.

Proszę bardzo, pani senator Gorgoń-Komor.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, ja śledzę mapy potrzeb zdrowotnych od 2014 r., także jako członek samorządu gminnego. Mieliśmy wielkie nadzieje, że one rozwiążą problemy zdrowia Polaków. Myślę, że co do zasady tutaj pewnie się zgadzamy... No ale ta ustawa absolutnie nic nie mówi o potrzebach pacjentów. Ona mówi o systemie, o strukturach, które już... Ale absolutnie nie mówi o pacjentach. Nie ma tutaj ani słowa o podstawowej opiece zdrowotnej, która, jak myślę, odgrywa w systemie niebywałą rolę. Jestem tym zdziwiona, bo państwo na posiedzeniach komisji, jak była mowa o lekarzach rodzinnych, zawsze podkreślali ich rolę w walce z pandemią, w ogóle ze wszystkimi problemami zdrowotnymi Polaków.

Chciałabym też powiedzieć, że... No, ja nie wiem, co państwo robili przez ten czas. Od 2014 r. do 2021 r. było troszkę czasu. Co przez ten czas się

działo? Czemu te mapy potrzeb teraz muszą być tak bardzo zmieniane, jak pojawiły się pieniądze z Unii? Mam nadzieję, że w tych mapach potrzeb zdrowotnych ujmiecie też kadry medyczne, które będą pracowały nie zgodnie ze czymś widzi mi się, ale zgodnie ze standardami. No ale tych standardów w Polsce nie ma – są wytyczne towarzystw, ale my chcemy mieć standardy. Chodzi o to, żeby lekarz od momentu, w którym jest rezydentem, po moment, kiedy będzie specjalistą, mógł się w tym systemie się odnaleźć, a nie tylko działać według jakichś tam wytycznych jednego towarzystwa czy drugiego. Standardów w Polsce nie ma. I w tej ustawie też standardów nie ma. My się posługujemy...

(Głos z sali: Mamy standardy...)

Są standardy lokalne, ale nie mamy ogólnopolskich.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie usatysfakcjonowały mnie zapisy tej ustawy, to nie jest to, czego oczekiwałam. Chciałabym, żebyśmy mówili o czynniku ludzkim, czego brakuje. Nie ma lekarzy... Jak wy chcecie realizować te zadania w tej chwili, po pandemii? Poprzez zmianę finansowania? Nie ma takiej możliwości. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Pan senator Wojciech Konieczny. Proszę bardzo.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ogólna uwaga: mapy potrzeb zdrowotnych powinny określać potrzeby zdrowotne, a my do dzisiaj nie wiemy, ile tych potrzeb w kraju realnie jest, jakie one są, czyli np. nie wiemy, ile powinno być – po uwzględnieniu zapadalności np. na udary mózgu – oddziałów neurologicznych, ile SOR-ów itd. Dopiero do tego dostosowuje się struktury. Tego w ogóle tutaj nie ma. Jest w ogólnikach opisane, że będzie analizował, będzie przedstawiał... To wszystko ma robić

minister, tak więc w zasadzie można by skrócić nowelizację tę ustawy i ograniczyć do zapisu, że minister przewiduje wszystko, określa wszystko, nakazuje wszystko i sam siebie kontroluje. Czy to są mapy potrzeb zdrowotnych w Polsce? To są mapy ministerialne potrzeb zdrowotnych, trzeba je tak określić, a nie mapy potrzeb zdrowotnych pacjentów. I tutaj się zgadzam z panią senator, że w tej ustawie na ten temat jest bardzo niewiele.

Jeszcze jedna uwaga. Pan minister powiedział, że tutaj jest podejście korporacyjne, biznesowe. Podejście korporacyjne, biznesowe charakteryzuje się tym, że liczymy koszty, tzn. najpierw określamy mapę potrzeb zdrowotnych i robimy wycenę świadczeń medycznych realną – taką, żeby szpitale za leczenie pacjentów dostawały takie sumy pieniędzy, które pozwalają im leczyć tych pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i nie zadłużać się przy tym. I dopiero jak to obliczymy, to będziemy mieli te dane biznesowe i korporacyjne, które pozwalają na wprowadzenie sieci szpitali, map, zmian itd. Ja tutaj nie widzę nic na temat wyceny świadczeń medycznych. W projektach, o których słyszymy, dotyczących restrukturyzacji szpitali, również... Ten zespół, który był powołany od grudnia, nie zajmował się wyceną świadczeń medycznych. Zadałem takie pytanie i dostałem odpowiedź, więc wiem, że tych podstawowych danych biznesowych państwo nie zbieracie. No ale to są takie uwagi ogólne.

Mam pytania co do tej ustawy. W art. 9a mamy taki zapis: w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych itd., może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Chciałbym zapytać, co ze świadczeniami niegwarantowanymi. Czy może je finansować, czy nie może? Czy ten zapis wyłącza z finansowania świadczenia niegwarantowane, czy nie? Oczywiście od razu powiem, że jako przedstawiciel lewicy mam pytanie o świadczenia in vitro, które wielokrotnie są finansowane z budżetów samorządów, ponieważ nie są obecnie gwarantowane przez Ministerstwo Zdrowia, co, nawiasem mówiąc, jest skandalem, ale tak jest. Niektóre samorządy podjęły inicjatywę, aby pomóc osobom, które tej pomocy potrzebują, a państwo jej nie zapewnia, i finansują takie procedury. Czy

ten zapis ma to wyłączyć, czy też będzie jakby neutralny wobec tych działań samorządów, które obecnie są przeprowadzane?

Następne pytanie. Tu, gdzie jest mowa o radach, mamy taki zapis, że niewydanie opinii... Chodzi o ust. 4 w art. 95b, o zapis: niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną. A jeśli jest opinia negatywna? Czy ta opinia negatywna ma jakiś wpływ na cokolwiek, czy też po prostu ta opinia będzie tylko taką opinią, która nie ma żadnego znaczenia? Podobnie jest przy radach wojewódzkich... Tam również jest ten zapis, iż niewydanie opinii w terminie powoduje, że opinia jest pozytywna. Pytanie, co będzie, jeżeli, założmy, konsultanci wojewódzcy oprotostują jakieś rozwiązania, uznają, że są groźne dla pacjentów, i wydadzą opinię negatywną? Czy to ma jakieś znaczenie, czy też nie?

Następne, ust. 3... Chodzi o art. 95c. Wojewódzki plan może – podkreślam: może – obejmować działania podejmowane na danym obszarze w celu przeciwdziałania wystąpieniu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Jak to „może”? Nie musi, nie powinien, tylko „może”? Pod koniec, miejmy nadzieję, epidemii albo pod koniec fali epidemii wprowadzamy zapis, że mapy potrzeb zdrowotnych mogą uwzględniać zagrożenia wynikające z rozwoju choroby zakaźnej? Mówi się: mądry Polak po szkodzie. Ale tutaj już nawet po szkodzie nie jesteśmy mądrzy.

Mam też pytanie, dlaczego z rad wojewódzkich usunięto przedstawicieli wojewódzkiego urzędu statystycznego. Epidemia nam pokazuje, jak ważna jest praca statystyczna. Poza tym w tym biznesowo-korporacyjnym podejściu właśnie statystyka ma bardzo duże znaczenie. Ona czasami jest zimna i nieludzka, ale trudno z nią polemizować. Przedstawiciele urzędu statystycznego jak najbardziej, jak sądzę, mogliby nam wskazywać, co się stało podczas tej epidemii, co się w ogóle wydarzyło w służbie zdrowia, jak to wyglądało. No, niestety, bo nie chciałbym, żeby tak było... Ich opinia może być wiążąca właśnie w planowaniu map potrzeb zdrowotnych i w innych zakresach.

I oczywiście polemizuję z tym, co... Chodzi o to, że konsultanci wojewódzcy i krajowi tylko mogą mieć jakieś zdanie doradcze, nie są powołani do składów tych rad. No, przecież rząd powołuje różne programy – a to onkologiczne, a to

kardiologiczne i inne. Koordynacja w zakresie konsultantów wojewódzkich czy krajowych wydaje się zatem konieczna, a nie tylko opcjonalna. Jeszcze w dodatku, jak wiemy, opinia negatywna prawdopodobnie, czego się zaraz dowiemy od pana ministra, nie ma żadnego znaczenia... Nie ma żadnej procedury odwołania się od tej opinii negatywnej, żadnej możliwości napisania jakiejś kontropinii itd.

A co do zarzutów natury prawnej, to jestem zaskoczony, że to wygląda aż tak źle. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Pani senator Alicja Chybicka. Proszę.

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Panie Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Po przeczytaniu tych nowych zapisów, po wysłuchaniu pana ministra oraz kolegów senatorów, którzy przede mną występowali, muszę powiedzieć, że właściwie nie ma ani jednego dobrego słowa na temat tego przedłożenia. Jest ono niekonstytucyjne, te zapisy niczego nie wnoszą i nie można oczekiwać żadnej poprawy. Na domiar złego ocena 4 lat – czterech, bez 2 lat pandemii... No, możemy popatrzeć na ostatnie 6 lat i zobaczyć, jak wygląda ochrona zdrowotna w Polsce w tej chwili. Raport „FutureProofing Healthcare 2019” – Polska pod każdym względem, ale przede wszystkim infrastruktury, na 30 państw Europy jest na dwudziestym dziewiątym miejscu, Panie Ministrze. A zatem te zapisy, które obowiązywały wcześniej, nie sprawdziły się kompletnie. To, co państwo teraz proponują, to jest krok w jeszcze gorszą stronę i jeszcze większa centralizacja. Wojewoda, który na terenie swojego województwa najczęściej nie ma szpitali, nie ma przychodni... to znaczy nie zajmuje się w ogóle w bieżącym działaniu opieką zdrowotną, nagle ma stworzyć kolejną komisję, do której ma powołać mnóstwo osób.

Zgadzam się z tym, co powiedziała pani senator Gorgoń-Komor, że nie ma stworzonych

standardów ogólnie, żadnych. Ta cała centralizacja nigdy nie wychodzi dobrze pacjentowi. Owszem, standardy są, ale... Proszę się wzorować na onkohematologii dziecięcej. Dziecko, które trafia do specjalisty, w jakimkolwiek miejscu w całej Polsce... Jest standard, jest opisane od A do Z, co robić – i wiadomo, jakie badania zrobić, jak je poprowadzić, jak leczyć, jak rehabilitować, jak zorganizować opiekę psychologiczną. Wszystko jest, krok po kroku, jest pełen standard. Czy ten standard zrobiło ministerstwo? Nie. Ten standard stworzyliśmy my sami, onkohematolodzy dziecięcy, w związku z czym to funkcjonuje perfekcyjnie. Może by jednak oprzeć się na wiedzy tych, którzy się tym zajmują, wziąć standardy z poszczególnych dziedzin i na nich oprzeć prawidłowe finansowanie? No, chciałoby się, żeby wszystko w kraju funkcjonowało podobnie jak w onkologii, hematologii dziecięcej. W Przylądku Nadziei, w którym... Dlaczego posłużę się tym przykładem? My dokładamy miliony miesięcznie, w tym roku dołożyliśmy do CardioSEAL-ów wiele milionów, ratując szóstkę dzieci, siódmkę już w tej chwili, bo siódme dostało 1 czerwca... Dlaczego to nie funkcjonuje kompletnie? Dlaczego jest taki chaos, bałagan? Ta ustawa to powinna być odrzucona w całości. Ja głowę daję, że pani przewodnicząca za chwilę postawi wniosek o to, żeby ją odrzucić w całości. Jeśli nie, to ja to zrobię. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Panie Ministrze, mam kilka uwag. Ja pracowałam przy... w tym momencie, kiedy mapy potrzeb powstawały. To nie był łatwy projekt. Uważam, że po 6 latach... Należało bardzo dokładnie przyjrzeć się temu, sprawdzić, co nie funkcjonuje w tych mapach, i to poprawiać. I w tej chwili bylibyśmy w zupełnie innym miejscu. Pan minister tutaj mówi, że nie było ewaluacji. No właśnie, trzeba było na to spojrzeć dużo wcześniej, a nie w momencie, kiedy przychodzą nowe środki unijne. I proszę nie dziwić się, że domniemanie co do tego projektu jest oto takie, że wszystko będziemy centralizować, wszystko będzie zależało od decyzji ministra zdrowia, który również otrzyma środki unijne i który zgodnie z tym, jak będzie uważał, te środki będzie dystrybuował.

To jest ogromnie niebezpieczne, a ten projekt daje takie możliwości.

Mam również duże wątpliwości co do roli Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Ja naprawdę dziwię się ogromnie, że po tym roku epidemii państwo nie widziecie wartości tej instytucji, możliwości, jakie może mieć Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Piękna nazwa, szerokie możliwości, tylko kompletnie niewykorzystana instytucja. Ta instytucja powinna być instytucją niezależną, zatrudniającą naukowców, prowadzącą badania, analizy, i powinna dostarczać rzetelny materiał m.in. co do potrzeb zdrowotnych, o których tutaj mówimy.

I trzeci element. Proszę pamiętać, że kiedy powstawały, były budowane mapy zdrowotne, one opisywały tak naprawdę jeden element, a mianowicie określały status quo. Nie przewidywały ani potencjału, ani sytuacji epidemicznej, ani demograficznej. To wszystko należało na te mapy nanieść i dopiero wtedy mogliśmy mówić o potrzebach, rzeczywistych potrzebach zdrowotnych.

To są kwestie merytoryczne. Ja absolutnie nie zgadzam się z kierunkiem centralizacji, z tym, żeby minister zdrowia był omnibusem i o wszystkim decydował. Od tego są regiony, a są zupełnie różne potrzeby zdrowotne w poszczególnych regionach. Chodzi o to, ażeby w jakiś sposób te regiony mogły również aktywnie uczestniczyć w realizacji swoich polityk zdrowotnych, dotyczących swoich potrzeb.

Poprawki, które w czasie posiedzenia Sejmu były wprowadzone, m.in. dotycząca skrócenia okresu z 7 do 5 lat... No, jest to ważna poprawka – ja też uważam, że 7 lat to jest bardzo długi okres – ale ona nijak nie zmienia podstawowych, najważniejszych założeń, jakie ta ustawa proponuje.

Reasumując, chcę powiedzieć tak. Po opinii mecenasa z naszej Kancelarii Senatu, po analizie prawnej, która jest naprawdę, Panie Ministrze, po prostu druzgocąca... Do nas wpływają ostatnio różne dziwne ustawy, zlepki różnych artykułów z różnych ustaw w jedną w trybie ekstra szybkim, ale to, co w tej chwili mamy przed sobą... Ta opinia kładzie tę ustawę totalnie. Reasumując swoją wypowiedź, stawiam wniosek o odrzucenie w całości tej ustawy.

Oczywiście oddaję teraz panu głos, żeby pan odpowiedział senatorom, którzy zadawali pytania, a później będziemy głosować.

Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Może najpierw spróbuję się odnieść do kwestii proceduralnych czy formalnych, ale nie będę się starał merytorycznie odnieść do tych zastrzeżeń. Ja z dużą uwagą przeczytałem opinię pana mecenasa z departamentu prawnego Kancelarii Senat i powiem tak. Z naszej strony proces legislacyjny, który odbył się do tej pory... To ustawa rządowa, a nie poselska, ustawa, która była analizowana przez prawników Centrum Analiz Strategicznych, przez prawników w Rządowym Centrum Legislacji, a wcześniej przez prawników w Ministerstwie Zdrowia. Później była analizowana przez prawników zatrudnionych w Kancelarii Sejmu i w Biurze Legislacyjnym Sejmu. Żaden z nich nie wyraził takiej opinii, żaden z nich nie wyraził nawet obaw związanych z tym wątkiem. Nie umiem się odnieść i nie chcę się odnosić merytorycznie do tego aspektu. No, daje to jednak pewnie nieco do myślenia, że mamy tak rozbieżne opinie różnych prawników. Co więcej, opinie szczególnie po stronie Rządowego Centrum Legislacji i opinie wcześniejsze jasno stawiały tezę, że te rozwiązania są zgodne z konstytucją.

Nie odnoszę się do tych zastrzeżeń związanych z poprawkami. No, ja rozumiem i akceptuję to, że takie jest prawo parlamentu, takie jest prawo posłów i senatorów, że mogą wnieść poprawki w danym momencie procesu legislacyjnego. Tu takie poprawki się znalazły. Myślę, że pewnie nie pierwszy raz, patrząc również na moje doświadczenia... Ale pewnie ten pierwszy wątek jest znacznie ważniejszy.

Co do uwag merytorycznych, Szanowni Państwo, to ja nie mogę się z nimi zgodzić. Ja rozumiem, że w państwa ocenie w tej ustawie moglibyśmy zawrzeć wszystko – i POZ, i kadry, i standardy, i wiele, wiele innych kwestii – ale nie taki był cel tej ustawy. Celem tej ustawy było zapewnienie pewnych ram planowania strategicznego w sektorze ochrony zdrowia. Inne rozwiązania zamieszczamy w innych aktach. Żeby zapewnić, że mapy potrzeb już dzisiaj uwzględniają te obszary... Mapy potrzeb dzisiaj uwzględniają i analizują obszar podstawowej opieki zdrowotnej. Mapy potrzeb zdrowotnych analizują dzisiaj obszar kadr. Mapy potrzeb zdrowotnych

analizują dzisiaj obszar związany z demografią i nakładają na to pewne prognozy co do przyszłości. To, co my chcemy zmienić... Chcemy, żeby za tymi analizami, które są, szły konkretne działania, konkretne rozwiązania na zasadzie: sytuacja kadrowa w danym regionie jest taka i taka, więc robimy to i to, żeby ją zmienić. To ma wynikać z wojewódzkich planów transformacji. Jeżeli jest to zjawisko powszechne, a pewnie, jak dobrze wiemy, w obszarze kadrowym w wielu obszarach jest to powszechne, a nie regionalne, to... Krajowy plan transformacji powie nam, co mamy zmienić. No, rozwiązań kadrowych, które już realizujemy i które nadal zamierzamy realizować, jest dużo. Nie tak dawno spotykaliśmy się w sprawie Krajowego Planu Odbudowy. Jak państwo pamiętają, z 3 filarów, które nakreślamy w Krajowym Planie Odbudowy, ale nie tylko, bo w wielu innych dokumentach i krajowych, i europejskich... Jednym z tych 3 komponentów są właśnie kadry medyczne, wsparcie dla kadr medycznych, rozwoju potencjału po stronie uczelni medycznych, środki na stypendia, na pewne zachęty do studiowania w zawodzie itd. No, jest w tych naszych strategiach bardzo dużo... No, tu się do tego nie odnosimy, ale działania związane z kadrami, z pokryciem kadrowym, z zapewnieniem wystarczalności w tym zakresie będą odzwierciedlone w tych aktach strategicznych – od wojewódzkich przez krajowy plan transformacji.

Pani senator Gorgoń-Komor mówiła, że ta ustawa nie mówi o pacjentach. No, w sposób bezpośredni oczywiście nie, ale w sposób pośredni ona dotyczy wyłącznie potrzeb pacjentów albo wyłącznie potrzeb obywateli, no bo nie wszyscy są pacjentami, jeśli uwzględnimy obszar profilaktyki, który też, zakładam, będzie akcentowany w strategiach i wojewódzkich, i krajowych. Tak więc jak najbardziej mówimy tu o potrzebach zdrowotnych wszystkich Polaków. Pośrednio cały ten system planowania strategicznego, tak jak cały system organizacji ochrony zdrowia, konsekwentnie służy poprawianiu przede wszystkim sytuacji pacjentów.

Była mowa o standardach i wytycznych. Ja też żałuję, że ich nie ma. I myślę, że to jest bardzo duży błąd, że takiej standaryzacji nie ma. Ale, Szanowni Państwo, obiektywnie trzeba powiedzieć, że to jest błąd ostatnich 30 lat – nie 2, nie 3, nie 5. To nie jest tak, że standardy i wytyczne były i raptem zniknęły, tylko nikt nigdy nie pokusił się o to, żeby je stworzyć. My pokusiliśmy

się o to, w Narodowej Strategii Onkologicznej określiliśmy taką konieczność w przypadku onkologii. Takie standardy już powstają. Nie dalej jak wczoraj miałem spotkanie z Narodowym Instytutem Onkologii, który z NCCN takie porozumienie zawarł i przygotowuje standardy i wytyczne dotyczące 13 rodzajów nowotworów. Niech to będzie dobry początek i niech to będzie dobry prognostyk dla kolejnych dziedzin. Naprawiamy w pewnym sensie kilkunastoletnią lukę w tym zakresie.

Pan senator Konieczny mówił o tym, że mapy są tworzone w Ministerstwie Zdrowia. Mapy jako ten dokument analityczny jak najbardziej tak. Ja uważam, że to dobrze, że jest jeden centralny punkt, w którym... Akcentował pan tutaj kwestie statystyczne. Tak, scentralizujemy ten obszar tworzenia tego fundamentu i jakby kontynuujemy to, co jest dzisiaj. Do dzisiaj mapy też są tworzone w ministerstwie, od 2014 r. są tworzone w ministerstwie. Uważamy, że jest to rozwiązanie jak najbardziej słuszne.

Co do tych narzędzi wdrożeniowych, przekładających analitykę danych na konkretne działania, to, szczerze mówiąc, my też nie zmieniamy systemu. Pani senator Chybicka mówiła o tym, że więcej kompetencji w regionach, że niepotrzebnie wojewoda dostaje te kompetencje... Wojewoda ma te kompetencje. Od zawsze, czyli od 2014 r., tj. od ustawy, o której zresztą mówiła pani przewodnicząca Małecka-Libera, że brała udział w jej przygotowaniu... Tam również wojewodowie zostali określani jako ci, którzy mają kompetencje do przygotowywania polityk regionalnych w tym zakresie. To ta sama ustawa, te same rozwiązania. My teraz mówimy tylko, jak to wystandaryzować, jak to uporządkować, jak sprawić, żeby te narzędzia wdrożeniowe były o to wzbogacone.

Wróćę do wypowiedzi pana senatora Koniecznego, bo było tam kilka konkretnych pytań. Czy JST mogą finansować świadczenia niegwarantowane i gwarantowane? My nic nie zmieniamy w tym zakresie, tzn. ten zapis, który dzisiaj funkcjonuje, funkcjonował również wcześniej. W tym zakresie, o który pan senator pyta, to nie jest żadna zmiana. Zapis o świadczeniach gwarantowanych, które JST mogą finansować, jest zapisem, który funkcjonował w tej ustawie od przynajmniej... chyba początku, czyli od 2014 r.

I kwestia opinii negatywnej. No, opinia ma charakter opinii, nie jest wiążąca dla decydentów.

Czy ona ma wpływ na decyzję? Moim zdaniem ma. Ja jak zapoznam się jako decydent – wcześniej będzie to robił wojewoda – z opinią negatywną... Myślę, że w takiej sytuacji, o jakiej pan senator mówił, dotyczącej potencjalnego negatywnego wpływu na sytuację pacjentów, w sposób wnikliwy rozważę taką opinię. Myślę, że te opinie mogą służyć podejmowaniu decyzji czy zmianie decyzji, ale nie mogą stanowić weta. Jeżeli każdy konsultant wojewódzki miałby możliwość zawetowania planu transformacji, to, jak myślę, skrzętnie by to wykorzystał, mówiąc, że w jego obszarze trzeba więcej, lepiej i szybciej. On ma możliwość wyrażenia opinii negatywnej, tę opinię negatywną może wyrazić cała rada, przedstawiciele... Mamy tam przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, konwentu marszałków, powiatów. Te opinie jak najbardziej mogą służyć potem do podejmowania decyzji.

Pytał pan senator o epidemię czy zdarzenia epidemiczne. My dlatego napisaliśmy, że wojewódzki czy krajowy plan mogą to obejmować, bo w naszej ocenie nie muszą – bo są inne akty, do których stworzenia zobligowani są w szczególności wojewodowie. To są pewne akty związane z zarządzaniem kryzysowym, z zarządzaniem sytuacją epidemiologiczną. Tam mogą być na tyle dobrze przygotowane te rozwiązania, że nie wymagamy ich przygotowania tutaj. Ale mówimy, że plan może to obejmować. Jeżeli jakieś narzędzia będą bardzo istotne z punktu widzenia chociażby udzielania świadczeń w zakresie chorób zakaźnych, to jak najbardziej mogą znaleźć się w planach transformacji.

I kwestia przedstawicielstwa urzędu statystycznego. Ja uważam, że wielu, wielu przedstawicieli w takich radach mogłoby zasiadać, tylko że ta rada wtedy, tak jak mówiłem, może stać się ciałem niefunkcjonalnym. W oczywisty sposób rada może i powinna korzystać z opinii być może urzędów statystycznych, być może wielu, wielu innych organizacji czy ekspertów. No, my nie widzimy potrzeby, żeby taki przedstawiciel w sposób jednoznaczny w tej okrojonej przez nas radzie musiał się znajdować, co nie znaczy, że jego opinie i jego sugestie nie powinny być brane pod uwagę.

Pani przewodnicząca mówiła o tym, że mieliśmy ileś lat na poprawę tych map. Tak, i my je sukcesywnie poprawiamy. Mapy, które ja zastałem, przejmując ten obszar, np. nie mówiły nic o kadrach medycznych, kompletnie. To był

obszar, który był pominięty. A dlaczego? No, również dlatego, że pewnych założeń... No, pominięty albo pobieżnie, powiedzmy, uwzględniony. No bo założeń związanych właśnie z określeniem tego priorytetu i wdrażaniem pewnych narzędzi nie było w tej ustawie i mapy nie mówiły o takim kierunku, który mamy pokazać, rozwijać. My ten obszar... W mapach już jest uwzględnione pokrycie kadrowe, pewne zapotrzebowanie na kadry medyczne. To są analizy, które w ostatnich latach bardzo mocno w zakresie map potrzeb zdrowotnych rozwijamy i chcemy rozwijać dalej. Wbrew pozorom to nie jest takie proste zaplanować pokrycie kadrowe, a to ze względu na to, że kadry medyczne dzisiaj pracują nie tylko w systemie publicznym. Samo przyjęcie miernika, który powie, jak duża liczba kadr medycznych za 5 lat będzie pracować, udzielając świadczeń finansowanych ze środków publicznych albo udzielanych ze świadczeń prywatnych, jest bardzo trudne, a jest to ważne z punktu widzenia czasu, w którym przedstawiciele kadr medycznych są w stanie realizować świadczenia szpitalne czy inne, czy w ramach POZ itd.

Uważam, że przedstawiciele regionów... Pani przewodnicząca na koniec mówiła, że trzeba wyszczególnić przedstawicieli regionów. Pani Przewodnicząca, nic w tym aspekcie nie zmieniliśmy w stosunku do map, które były przygotowane w roku 2014. Nie okroiliśmy składów wojewódzkich rad o tych przedstawicieli. Tam nadal są przedstawiciele regionów, nadal jest konwent marszałków, nadal są przedstawiciele powiatów. I nie zmieniliśmy tego systemu, czyli to nie jest tak, że minister zdrowia centralizuje wszystko i, że tak powiem, robi wszystko u siebie. Dalej są w tym zakresie odpowiedzialni wojewodowie, dalej mają aparat po stronie konsultantów wojewódzkich, którzy te mapy mogą opiniować. Tak więc ta uwaga wydaje mi się nietrafiona. Nie dokonywaliśmy centralizacji i zmian w tym zakresie. Utrzymaliśmy te rozwiązania co do ujęcia przedstawicieli regionów czy w przypadku wojewódzkich map, czy w ogóle w procesie tworzenia tych planów. One są takie, jak były wcześniej.

Nie zgadzam się generalnie z tymi krytycznymi opiniami. Wydaje mi się, że wiele z tych rozwiązań, o których dzisiaj mówimy, nie wiąże się z tym aktem, tylko wiąże się z różnymi innymi czy ustawami, czy rozwiązaniami, które są ważne z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej. Ja traktuję tę ustawę jednak bardzo

technicznie i jest to dla mnie stworzenie pewnych nowych fundamentów co do tworzenia polityk zdrowotnych, strategii w obszarze ochrony zdrowia. Chodzi o zbudowanie lepszego fundamentu planowania strategicznego. I na pewno nie dopatruję się tutaj narzędzi centralistycznych, o których była mowa. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Padł wniosek, w takim razie poddaję go pod głosowanie.

Czy na łączach wszystko działa? Tak? Możemy głosować.

Kto z państwa jest za odrzuceniem ustawy?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

Proszę o wyniki.

5 głosów za, 3 – przeciw, nikt się nie wstrzymał od głosu.

Tak więc decyzja została podjęta: komisja odrzuca tę ustawę.

Zamykam posiedzenie. Dziękuję bardzo...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Może sprawozdawcą zostanie pan senator Wojciech Konieczny.

Panie Senatorze?

(Senator Wojciech Konieczny: Dziękuję. Zgadzam się.)

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 10 minut 32)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy