

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 106)

z dnia 6 listopada 2025 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 106)

6 listopada 2025 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie przedstawionego przez prezesa Rady Ministrów dokumentu „Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2024” (druk nr 1733);
- rozpatrzenie odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 2 w sprawie urealnienia wyceny świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci.

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Bartłomiej Łukasz Chmielowiec** rzecznik praw pacjenta wraz ze współpracownikami, **Sylwia Wądrzyk** dyrektor Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, **Michał Kłosek** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów ze współpracownikiem, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Dorota Ronek** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Grażyna Bałza vel Betuza** prezes zarządu Stowarzyszenia Rodziców Dzieci Niepełnosprawnych „Krasnal” ze współpracownikiem, **Mariusz Mituś** przewodniczący zarządu Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Jarosławiu, **Magdalena Kownacka** dyrektor Centrum Rehabilitacji Ośrodka Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdyni, **Dorota Szumbarska** dyrektor Ośrodka Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną, **Małgorzata Derdzikowska** dyrektor Niepublicznego Rehabilitacyjnego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji, Edukacji i Opieki Towarzystwa Przyjaciół Dzieci „Helenów”, **Marzena Figant** dyrektor Samodzielnego Publicznego Ośrodka Rehabilitacyjno-Terapeutycznego dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektorka Fundacji Onkologicznej Alivia ze współpracownikiem, **Jarosław Stanek** kierownik Ośrodka Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Kielcach oraz **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Patrycja Wierzbička** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia, przyjęty przez prezydium, przewiduje rozpatrzenie przedstawionego przez prezesa Rady Ministrów dokumentu „Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2024” (druk nr 1733) i punkt drugi – rozpatrzenie odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 2 w sprawie urealnienia wyceny świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci.

Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu porządku dziennego. Marszałek Sejmu, po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu, skierował w dniu 24 września 2025 r. przedstawiony przez prezesa Rady Ministrów dokument „Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2024” (druk nr 1733) do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia i przygotowania sprawozdania. Na koniec posiedzenia o dokumencie zawartym w druku Komisja będzie musiała podjąć decyzję o jego przyjęciu lub odrzuceniu oraz wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi w Sejmie sprawozdanie Komisji Zdrowia. Informuję, że prezes Rady Ministrów upoważnił rzecznika praw pacjenta do przedstawienia wyżej wymienionego sprawozdania. Bardzo proszę pana ministra Bartłomieja Chmielowca o przedstawienie sprawozdania z druku nr 1733.

Rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Łukasz Chmielowiec:

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, mam zaszczyt przedstawić „Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2024”. W związku z tym, że te informacje są zawarte dosyć szczegółowo w sprawozdaniu, które zostało przekazane do Wysokiej Komisji, postaram się tylko przedstawić te najważniejsze informacje wraz z informacjami bieżącymi – myślę, że interesującymi – jeśli chodzi o działalność funduszy kompensacyjnych. I bardzo krótko też postaram się powiedzieć o tych priorytetach i planach, które zostaną przyjęte w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta na 2025 i 2026 r.

W 2024 r. do rzecznika skierowano ponad 96 tys. zgłoszeń. Wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia funkcjonuje telefoniczna informacja pacjenta, ona czynna jest w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta całą dobę przez siedem dni w tygodniu. W 2024 r. na infolinii rzecznika przeprowadziliśmy łącznie 83 796 rozmów. W 2024 r. prowadziliśmy 2408 indywidualnych postępowań wyjaśniających. W 2024 r. wszczęliśmy również 417 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta, to jest o 98 postępowań więcej niż w 2023 r. Jeżeli chodzi o te właśnie postępowania dotyczące postępowań zbiorowych – ja tylko tytułem uzupełnienia powiem, że są to te postępowania, których charakter wskazuje na naruszenie zbiorowych praw pacjenta, czyli nie indywidualnych, tylko dotyczy nieokreślonej grupy pacjentów i ma wpływ na całą tę grupę – prowadziliśmy w głównej mierze ponad 200 postępowań w zakresie trudności w rejestracji, kontaktu z telefoniczną rejestracją, jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną. Chcę powiedzieć, że w tym zakresie wiele się zmieniło. Te pierwsze trudności obserwowaliśmy w czasach COVID-19. Zmieniło się na lepsze, aczkolwiek cały czas zauważamy te trudności i w pewien sposób wspomagamy placówki medyczne i wszczynamy takie postępowanie, jeżeli stwierdzamy, że są nieprawidłowości, to wydajemy stosowną decyzję.

Drugim naszym priorytetem było postępowanie, jeżeli chodzi o receptomaty, prowadziliśmy ich 45 i tu również tytułem wyjaśnienia i opowiedzenia, jak ta sytuacja wygląda, powiem, że obserwujemy sytuację, gdzie te duże podmioty, które zajmują się telemedycyną, faktycznie dostosowały się do wymogów prawa, czyli osobistego przyjęcia pacjenta.

Jeżeli chodzi o leki psychopatyczne i te, które mogą być wypisane tylko po osobistej wizycie – i tu widzimy znaczącą poprawę. Natomiast cały czas mamy problem z tzw. jednoosobowymi receptomatami – tutaj ściśle współpracujemy z Centrum e-Zdrowie oraz z GIF-em, które przekazują nam stosowne informacje, a my się tymi informacjami wymieniamy. W ślad za tym kierujemy również stosowne zawiadomienia zarówno do rzeczników odpowiedzialności zawodowej, jak i do organów ścigania. Takie zawiadomienia są również kierowane przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny, kiedy jest podejrzenie popełnienia przestępstwa.

Prowadziliśmy również postępowania w zakresie nieprawidłowości, jeżeli chodzi o leczenie boreliozy tzw. metodą ILADS – to na ten temat była szczegółowa Komisja Zdrowia. Prowadziliśmy oczywiście również postępowania w zakresie praktyk niemających nic wspólnego z aktualną wiedzą medyczną, czyli stosowania ozonoterapii, chelatacji, terapii tzw. komplementarnej, leczenia ketaminą czy przez czaszkową stymulację magnetyczną.

Prowadziliśmy również postępowania dotyczące wymagania od pacjentów dostarczenia badań przed leczeniem szpitalnym, a także odsyłania pacjenta przez placówkę szpitalną do lekarza POZ w celu uzyskania orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy. Prowadziliśmy także postępowania w zakresie braku znieczuleń do porodów – tu zresztą jest znacząca poprawa, jeżeli chodzi o dostępność dla kobiet w trakcie porodów do znieczuleń, co oczywiście też wymaga dalszej pracy, dalszej weryfikacji, na co też będziemy zwracać uwagę.

Inne postępowania to chociażby postępowania, gdzie jedna z placówek podstawowej opieki zdrowotnej przechowywała karty uodpornienia dzieci bez wykonywania szczepień. Mieliliśmy również postępowania w zakresie pobierania zawyżonych opłat w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pobierania opłat za dodatkową opiekę pielęgnacyjną, w której zakres wchodzi świadczenia gwarantowane, czy na przykład pobieranie 20% kieszonkowego od dzieci na oddziale psychiatrycznym na tzw. cel grupowy.

W 2024 r. toczyło się 99 postępowań cywilnych z udziałem rzecznika, w tym 15 zostało podjętych na nowo. Obsługujemy trzy fundusze kompensacyjne, Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych, Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych oraz Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych. I tu przytoczę państwu aktualne dane, bo myślę, że chyba to będzie państwa, Wysoką Komisję, bardziej interesowało.

Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych – nie wypłaciliśmy do tej pory, nie podjęliśmy żadnej decyzji, ale ja mówiłem, że to jest związane z charakterem tego funduszu i z długością trwania badań klinicznych i te postępowania zaczynają do nas wpływać, te wnioski zaczynają wpływać. Obecnie prowadzimy 12 spraw, wkrótce zapadną pierwsze decyzje, więc to jest ten fundusz, który najdłużej się, mówiąc kolokwialnie, rozkręca, ale widzimy, że ten wpływ następuje. Jeżeli chodzi o Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych, łączna przyznana kwota od początku jego funkcjonowania to 6 mln 116 tys. zł. Wpłynęły 1923 wnioski. Jeżeli chodzi o Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, tych wniosków wpłynęło na dzień wczorajszy 3828. Łączna przyznana kwota to jest 37 mln 229 tys. zł. 97% pacjentów bądź rodzin zmarłych pacjentów przyjęło świadczenie. Dlatego że po decyzji pozytywnej pacjent bądź rodzina pacjenta ma zawsze prawo do zastanowienia się, czy przyjmuje naszą propozycję – 97% tych osób przyjęło naszą propozycję.

Szanowni państwo, Wysoka Komisjo, teraz pokrótce też powiem o takich priorytetach, które chcemy założyć. Zakładamy zgodnie ze strategią rzecznika praw pacjenta na lata 2024–2027, którą chcemy przyjąć w tym roku, oczywiście i w kolejnych latach – to jest kwestia dotycząca wprowadzenia w placówkach medycznych standardów przestrzegania praw pacjenta w opiece psychiatrycznej. Stworzyliśmy taki szczegółowy dokument wraz z ekspertami. Zawiera on opracowanie i standardy dla wszystkich praw pacjenta wraz ze wskazaniem koniecznych procedur, których wdrożenie i stosowanie przyczyni się do należytego respektowania prawa pacjenta. Prowadzimy pilotaż wraz z 20 placówkami w tym zakresie.

Druga kwestia, na której chcemy się skupić, to poprawienie bezpieczeństwa pacjenta i działania w celu wdrożenia patient safety plan w Polsce. W 2024 r. przygotowaliśmy dwa dokumenty, czyli analiza informacji o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach na podstawie blisko 400 ankiet, jak również przygotowaliśmy taki wzorcowy dokument wraz z ekspertami pod nazwą „Klasyfikacja zdarzeń niepożądanych”. Na tym chcemy się skupić, chcemy się skupić na współpracy z placówkami medycznymi, na wdrożeniu zbierania informacji na temat zdarzeń niepożądanych, na analizie tych zdarzeń niepożądanych i w kolejnym etapie na zaproponowaniu ewentualnych rozwiązań w zakresie nowelizacji ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, a także przygotowaniu kompleksowego planu na rzecz bezpieczeństwa pacjenta.

Trzecia kwestia dotyczy zwiększenia kompetencji rzecznika i możliwości podejmowania działań – tak jak inne organy usytuowane w podobnej sytuacji, na przykład Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, UKE, URE, Urząd Ochrony Danych Osobowych, czyli możliwości w większym zakresie niż do tej pory reagowania tam, gdzie widzimy nieprzestrzeganie praw pacjenta i łamanie tych praw. Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia został przygotowany projekt, który w świecie medialnym ma nazwę lex szarlatan. On zakłada zwiększenie kompetencji rzecznika, jak również możliwość działania wobec takich oszustów jak pan Oskar D., który został opisany dwa dni temu na łamach Wirtualnej Polski. To właśnie wobec takich osób jest przygotowany ten projekt jako narzędzie, które pozwoli rzecznikowi skuteczniej reagować w przypadku oszustów żerujących na zdrowiu pacjentów.

W końcu czwarty priorytet to jest kwestia dalszego rozwoju funduszy kompensacyjnych. Dziękuję jeszcze raz – i za każdym razem to podkreślam – za przychyłność Wysokiej Komisji w pracach nad funduszami. Zgodnie z zapowiedzią my analizujemy, co należałoby ewentualnie poprawić, jeżeli chodzi o działalność funduszy, jak również to, co zapowiadaliśmy, że będziemy sukcesywnie włączać kolejne elementy systemu ochrony zdrowia w działalność funduszy. Nie tylko szpitale są finansowane ze środków publicznych, również tutaj trwają zaawansowane prace wspólnie z Ministerstwem Zdrowia.

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie pozytywnej rekomendacji dla „Sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2024”. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie rzeczniku, za tę informację.

Mamy faktycznie obszerny materiał, z którym parlamentarzyści mieli możliwość się zapoznać. Otwieram w tej chwili dyskusję i za chwilę będą udzielać głosu. Natomiast ze swojej strony chcę pogratulować przede wszystkim pracy nad przepisami prawnymi. Wspomniał pan o przepisach lex szarlatan i myślę, że w imieniu całej Komisji mogę powiedzieć, że chcemy jak najszybciej procedować tę ustawę, która pozwoli przeciwdziałać wszystkim nadużyciom

związanym z obszarem zdrowia. Bo jednak to jest obszar, który jest bardzo wrażliwy, który – jak wiemy – każdy, kogo dotyczy, bardzo przeżywa, jest stanie na to wydać ogromne środki. I ta przestrzeń jest, jak widzimy każdego dnia w przestrzeni medialnej, bardzo wykorzystywana. Tak że liczymy na szybkie procedowanie i mogę powiedzieć w imieniu całej Komisji, że będziemy zaangażowani w tę pracę.

Oddaję głos parlamentarzystom. Posłanka Kozłowska się zgłosiła. Bardzo proszę.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Wysoka Komisjo, panie ministrze, mam pytanie co do właśnie zaprezentowanego przez pana materiału. Dziękuję, jest bardzo szczegółowy, ale teraz chciałabym zapytać konkretnie o fundusz kompensacyjny. I prosiłabym o informację, jaki był plan wydatków na 2024 r. na zdarzenia medyczne, a więc nie ogólnie, tylko prosiłabym o informację dotyczącą samych zdarzeń medycznych. Jaki był plan wydatków? Jakie było też wykonanie? Czy te środki w 2024 r. były wystarczające? Czy w porównaniu do 2024 r. na 2025 r. środki te były wyższe i czy w opinii pana ministra zostaną one w całości wykorzystane do końca roku? Czy należałoby jeszcze zwiększyć środki finansowe na Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych? Czy według pana ministra one są niewystarczające? I chciałabym też wiedzieć, jaki jest procent osób, które zgłaszają się do pana ministra w sprawie kompensacyjnych wydatków na różnego rodzaju zdarzenia, w porównaniu do tego, ile osób zgłasza się bezpośrednio do sądu. Jaka jest różnica? Czy więcej zgłoszeń do pana ministra, czy jednak ludzie wolą pójść drogą sądową? I jeszcze mam pytanie, bo wiem, że jest określona kwota wypłaty tej jednorazowej... Czy w opinii pana ministra kwoty te powinny być podwyższone, czy są one wystarczające? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy jeszcze jakieś pytania ze strony parlamentarzystów? Nie widzę. W takim razie zamykam tu pytania ze strony parlamentarzystów. Czy ze strony społecznej są jakieś pytania? Nie widzę.

W takim razie bardzo proszę, panie ministrze, o udzielenie odpowiedzi na pytanie.

Rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Łukasz Chmielowiec:

Szanowna pani poseł, może zacznę od końca, od kwestii dotyczącej tego, czy ta maksymalna kwota świadczenia, jaka teraz, po waloryzacji, może być przyznana, czyli 222 tys. zł, jest wystarczająca. Właśnie jest to jeden z elementów dyskusji, rozmów i prac wspólnych z Ministerstwem Zdrowia. Z natury rzeczy kwoty, które mogą być przyznane w ramach tego systemu no-fault, w krajach zachodnich są mniejsze niż te kwoty, które można potencjalnie uzyskać w ramach spraw sądowych. Jeżeli chodzi o kwotę dla pacjenta, czyli 222 tys. zł, wiemy o tym, że w pojedynczych procesach te kwoty są przyznawane w wyższej wysokości. Są takie procesy, gdzie jest ponad 1 mln zł, ale trzeba też pamiętać, że tam niejednokrotnie dochodzą kwoty odsetek obliczonych od wytoczenia powództwa do dnia zasądzenia. A są takie procesy sądowe, w których też my uczestniczymy, że ten proces trwa nawet i 15 lat.

Natomiast jeżeli chodzi o średnią zasądzaną, którą analizowaliśmy, wprowadzając czy pracując nad wprowadzeniem funduszy kompensacyjnych, to średnia kwota za tzw. błąd medyczny była na poziomie 120 tys. zł, u nas ta średnia to jest 60 tys. zł.

Jeżeli chodzi o kwoty przyznane z tytułu zadośćuczynienia po śmierci najbliższego członka rodziny, które pacjenci mogą uzyskać – nie tylko pacjenci, ale również rodziny ofiar wypadków samochodowych, bo to jest ta sama podstawa prawna, art. 446 Kodeksu cywilnego – to te kwoty oscylują na poziomie od 60 do 100, 120 tys. zł. Rzadko się zdarza, żeby zapadła kwota 150 tys. zł i więcej. U nas w ramach funduszu kompensacyjnego maksymalna kwota to 111 tys. zł.

Reasumując, uważam zatem, że jeśli chodzi o możliwość uzyskania kwoty po śmierci najbliższego członka rodziny, to ona, jeżeli chodzi o fundusz kompensacyjny, jest absolutnie porównywalna z tą, którą można uzyskać w ramach procesu sądowego. Jeżeli chodzi o kwotę bezpośrednio dla pacjenta, to jest ona mniejsza i będąc rzecznikiem praw pacjenta, uważam, że byłoby dobrze, gdyby była wyższa. Jest to procedura uproszczona, pacjent płaci wpisowe 300 zł versus pięcioprocentowa opłata z tytułu wpisu sądowego oraz brak konieczności, żeby pacjenta reprezentował profesjonalny pełnomocnik. To przyspieszona procedura administracyjna, gdzie średni czas trwania od momentu złożenia wniosku do wydania decyzji wynosi u nas 7,4 miesiąca – versus średni czas trwania w sądzie ok. 8 lat. To wydaje mi się, że te kwoty zawsze muszą się

różnić. Zresztą mamy takie doświadczenia, aczkolwiek wydaje nam się, nad tym pracujemy, że jest przestrzeń do tego, żeby tę kwotę podnieść, żeby fundusz w jeszcze większym stopniu był alternatywą dla pacjentów, by można było z niego skorzystać.

Jaka jest różnica między tym, ile jest składanych pozwów do sądu, a ile składanych wniosków, jeśli chodzi o fundusz kompensacyjny? Jesteśmy na etapie zbierania danych. Ja wystąpiłem do ministra sprawiedliwości z prośbą o przekazanie szczegółowych danych. Jeżeli chodzi o sądownictwo powszechne, według danych, o których wiemy, w 2024 r. zasądzonych prawomocnie kwot było 8 mln zł, podczas gdy przyznanych kwot w ramach Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych było 9 mln 186 tys. zł. To pokazuje, że większe kwoty są przyznawane w ramach działalności Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych niż te środki przyznane w ramach procesu sądowego.

Jeżeli chodzi o te wszystkie szczegółowe pytania pani poseł dotyczące planu wydatków, chciałbym być zawsze precyzyjnym. Nie mam ich przed sobą, więc na te szczegółowe pytania odpowiem bardzo precyzyjnie, jeżeli pani poseł pozwoli, na piśmie. Dotyczące i tego, jaki był plan, i tego, ile wydatkowaliśmy. To, co mogę powtórzyć – w 2025 r. do tej pory przyznaliśmy 28 mln zł, łącznie od początku działalności funduszu 37 mln 229 tys. zł.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Stwierdzam zakończenie omawiania sprawozdania i przechodzimy do podjęcia decyzji w sprawie dokumentu zawartego w druku nr 1733. Proponuję, żeby Komisja przyjęła sprawozdanie z druku nr 1733. Czy jest sprzeciw wobec przyjęcia?

Głos z sali:

Sprzeciw.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, w takim razie proszę o zalogowanie się i przystąpimy do głosowania.

W takim razie kto jest za przyjęciem wniosku o przyjęcie sprawozdania z druku nr 1733? Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 21 osób. Za było 19 osób, przeciw 1 osoba, wstrzymała się 1 osoba. Stwierdzam, że Komisja przyjęła sprawozdanie z druku nr 1733.

Komisja musi jeszcze wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi sprawozdanie Komisji na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Proponuję, żeby sprawozdawcą został pan poseł Marek Hok. Czy jest ktoś przeciwny tej propozycji? Nie widzę. Stwierdzam, że Komisja wybrała posła Marka Hoka na sprawozdawcę Komisji. Bardzo dziękujemy, panie ministrze.

Przystępujemy teraz do realizacji drugiego punktu porządku dziennego. Dla przypomnienia – w dniu 8 września bieżącego roku Komisja Zdrowia uchwaliła dezyderat nr 2 w sprawie urealnienia wyceny świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci. Zgodnie z art. 159 ust. 5 regulaminu Sejmu organ, pod którego adresem uchwalony został dezyderat Komisji, ma obowiązek ustosunkować się do niego pisemnie w ciągu 30 dni od otrzymania dezyderatu.

Proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie odpowiedzi na dezyderat nr 2. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Maciejewski:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, w odpowiedzi na dezyderat Komisji Zdrowia z dnia 8 września dotyczący urealnienia wyceny świadczeń rehabilitacji dla dzieci pragnę podkreślić, że kluczowym elementem prawidłowej taryfikacji świadczeń jest współpraca podmiotów leczniczych z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Agencja, przygotowując wyceny świadczeń, w tym rehabilitacyjnych, opiera się przede wszystkim na danych finansowo-księgowych, organizacyjnych przekazywanych przez realizatorów. Ich rzetelność, kompletność, reprezentatywność warunkuje możliwość właściwego odzwierciedlenia realnych kosztów świadczeń w proponowanych taryfach. Brak danych o odpowiedniej jakości i zakresie w istotny sposób utrudnia przygotowanie wycen odpowiadających rzeczywistym warunkom realizacji.

Zgodnie z planem taryfikacji na rok 2024 ustalenie taryf świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, dziennych i domowych zostało wskazane jako zadanie

priorytetowe. Ze względu na szeroki zakres tematyczny prace zostały podzielone na etapy. Najpierw zakończono etap dotyczący świadczeń stacjonarnych. Kolejnymi obszarami będą świadczenia realizowane w ośrodkach lub oddziałach dziennych, a następnie w warunkach domowych.

Agencja zadeklarowała, że podobnie jak przy świadczeniach stacjonarnych w zasadniczej mierze wykorzysta dane finansowo-księgowe pozyskane od realizatorów postępowań nr 76 dedykowanych rehabilitacji leczniczej. Dane te stanowią podstawy analiz kosztowych i pozwalają uwzględnić obowiązujące zasady organizacyjne, zaplecze techniczne oraz wymagane kwalifikacje kadr. Jednocześnie konieczna jest ponowna weryfikacja zgromadzonych informacji, aby możliwe było uwzględnienie zmian organizacyjnych i legislacyjnych oraz urealnienie wycen w kontekście prognozowanych kosztów.

Minister zdrowia w pełni podziela stanowisko Komisji co do potrzeby zapewnienia stabilności bezpieczeństwa finansowego placówek prowadzących rehabilitację dziecięcą. Dalsze prace taryfikacyjne, prowadzone po zakończeniu procesu modyfikacji koszyka świadczeń gwarantowanych, będą uwzględniały specyfikację rehabilitacji dziecięcej oraz jej szczegółowe wymagania organizacyjne i terapeutyczne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, próbuję się doszukać w tej odpowiedzi jakichś pozytywnych aspektów i wbrew temu, co mówią moje koleżanki, w tej odpowiedzi znalazłem jeden aspekt pozytywny. Tak. Bardzo pięknie ta odpowiedź się zakończyła, że Ministerstwo Zdrowia, podobnie jak Komisja i agencja, podziela stanowisko potrzeby zapewnienia stabilności. Ale co z tego wynika poza tym? Nic więcej. Panie ministrze, z przykrością trzeba stwierdzić, że ta odpowiedź jest troszkę taką odpowiedzią – nie chciałbym używać mocnych słów, ale pewnie kpiącą. To jest takie właściwe wyrażenie.

W dezyderacie, pani przewodnicząca, zarówno Komisja, jak i myślę, że wszyscy zgodziliśmy się z tym, było takie użyte stwierdzenie, że jest potrzebna pilna interwencja. Ja nie wiem, panie ministrze, bo też jeszcze o jednym sukcesie można powiedzieć, że ministerstwo w końcu weszło w jakiś dialog, jeżeli chodzi o wczesną interwencję w rehabilitację. W końcu, po ponadrocznym oczekiwaniu strony społecznej, tych, którzy tą rehabilitację prowadzą, żeby wejść w jakikolwiek dialog. Ale ten dialog nic nie wnosi, panie ministrze. Jeżeli mówimy o pilnych potrzebach, to myślę, że na tej Komisji, na której ten dezyderat został przyjęty, to zostało w sposób właściwy wyakcentowane.

Szanowni państwo, to nie jest tak, że te ośrodki rosną jak grzyby po deszczu. Te ośrodki, szanowni państwo, panie ministrze, znikają jak grzyby po grzybobraniu. Na samym Podkarpaciu w ostatnim okresie zamknęło się pięć takich ośrodków, na samym jednym Podkarpaciu. Proszę sobie również zdawać sprawę z tego, że w zdecydowanej większości te ośrodki prowadzone są przez organizacje pozarządowe, przez NGO, organizacje, które tak naprawdę utrzymują się z darowizn, ze składek i które nie prowadzą innej działalności, z której mogłyby dofinansować tę podstawową działalność, jeżeli chodzi o wczesną interwencję, o ośrodki rehabilitacyjne. Więc jeżeli ta interwencja nie będzie pilna, jeżeli państwo nie usiądą do poważnego dialogu i do poważnej wyceny, to za chwileczkę będziemy mieli kolejną białą plamę w Polsce.

Więc panie ministrze, bardzo proszę, żeby ustosunkować się do tego, kiedy w końcu podejmą państwo pracę nad tym rzeczywiście pilnym problemem. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy jeszcze jakieś pytania? Bardzo proszę, posłanka Szczurek-Żelazko.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie ministrze, bardzo nam przykro, że pan firmuje odpowiedź, która po prostu wręcz obraża małych pacjentów, rodziców, ale też świadczeniodawców, czyli tych, którzy robią wszystko, żeby utrzymać dobrostan dzieci i młodzieży. Ja jedynie tłumaczę to sobie tym, że ktoś panu przygotował to pismo, bo nie wierzę, że pan sam w taki sposób potraktowałby pacjentów. To jest skandal. Wiemy o trudnej sytuacji w rehabilitacji dziecięcej, mówimy o tym już ponad rok, a może nawet więcej.

Pamiętamy posiedzenie Komisji, o którym mówił pan poseł, gdzie rodzice wszyscy apelowali, że jest dramat w rehabilitacji dziecięcej. Nikt inny, tylko lekarze, czyli środowisko, które pan reprezentuje, powinni wiedzieć doskonale, jakie skutki mogą nastąpić w wyniku niewdrożenia rehabilitacji – skutecznej rehabilitacji – na wczesnym etapie problemów zdrowotnych, czy też opóźnienia tej rehabilitacji. Ja wiem, że pan spija, że tak powiem, efekty działania tego rządu, które przez dwa lata doprowadziły do zapaści ochrony zdrowia, ale naprawdę, panie ministrze, to jest po prostu naplucie w twarz małym pacjentom, rodzicom, opiekunom, a także personelowi.

Takie konkretne pytanie. Ponieważ agencja twierdzi, że brak jest danych odpowiedniej jakości, które pozwalałyby przygotować odpowiednią wycenę – to proszę mi podać konkretnie, które podmioty odmówiły przekazywania danych. Dlaczego państwo uważacie, że część tych danych jest nierzetelna? Na jakiej podstawie? Bardzo proszę o przygotowanie mi odpowiedzi na piśmie. Konkretnie ilu świadczeniodawców przygotowało, sprawozdawało dane dotyczące danych finansowo-księgowych, ilu odmówiło, które z tych dane zostały uznane za niewiarygodne i dlaczego nie mogą stanowić podstawy analiz do nowej wyceny świadczeń.

Naprawdę, szanowni państwo, zastanówcie się, co robicie, bo służba zdrowia jest w tak dramatycznym kryzysie, a jeszcze próbujecie państwo to wszystko w taki zawoalowany sposób przedstawiać, jak to jest dobrze. Nie jest dobrze i możemy tysiące przypadków podawać, jak tak naprawdę to wygląda. A już potraktowanie w taki sposób małych dzieci, które wymagają natychmiastowej rehabilitacji, jest po prostu skandalem i dziwię się, że z Ministerstwa Zdrowia wychodzi taka odpowiedź.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy jeszcze jakieś pytania ze strony parlamentarzystów? Nie widzę. Strona społeczna, bardzo proszę.

Prezes zarządu Stowarzyszenia Rodziców Dzieci Niepełnosprawnych „Krasnal” Grażyna Bałza vel Betuza:

Dzień dobry państwu, Grażyna Bałza vel Betuza, prezes stowarzyszenia „Krasnal”.

Ja występuję w imieniu dyrektorów ośrodków z całej Polski i bardzo dziękuję, że pan przytoczył tę odpowiedź. Jednakże chciałam państwu powiedzieć, że dokładnie tę samą odpowiedź – słowo w słowo, te same zdania – otrzymaliśmy 26 kwietnia 2024 r.

To jest to pismo, które przyniosłam z Ministerstwa Zdrowia i dokładnie jest to samo, co pan przeczytał, czyli nawet nie zostało zmienione. Kopiuj–wklej. Tak. 26 kwietnia 2024 r. Mamy te same, że czekamy, że świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych w celu pozyskania danych niezbędnych do dostarczenia taryfy świadczeń gwarantowanych, że musimy zdawać sprawozdania itd., itd.

Muszę państwu powiedzieć, że część tych ośrodków nie zdaje tych sprawozdań, ja powiem dlaczego. Dlatego że my kilkakrotnie próbowaliśmy otrzymać informację, w jakim celu i jak wygląda taryfikacja w AOTMiT. Bo my dajemy świadczenia, sprawozdajemy finanse tylko z tego, co otrzymamy, czyli otrzymamy 100 tys. zł i musimy się z tych 100 tys. zł rozliczyć, czyli mówimy: 90% poszło na wynagrodzenia, a 10% na przykład na najem. I nie ma żadnej możliwości, żeby pokazać, że potrzebne są nam większe pieniądze na remont, na zatrudnienie specjalistów, na podwyżki, na wszystkie inne, bo my tego nie możemy wykazać. Chyba że... I tutaj jest ten myk taki – oczywiście, że niektórzy wykażą, czyli prywatne ośrodki, które mają prywatną usługę lekarską i na NFZ, ponieważ oni biorą od pacjentów pieniądze, więc oni wykazują, że wydaliśmy jeszcze tyle, tyle i tyle, i tyle na remont czy na coś i jesteśmy na przykład na minusie. Ale oni mają te pieniądze, bo mają od prywatnych pacjentów, a my, ośrodki, które prowadzą organizacje pozarządowe czy mają jeden kontrakt tylko na ośrodek rehabilitacji, nie mamy skąd wziąć tych pieniędzy.

My jesteśmy z różnych województw i tak jak rozmawialiśmy wszyscy, mówimy, że my, jeśli mamy możliwość, to przerzucamy z innych, na przykład, nie wiem, teraz już nie mamy z czego, ale już nie chcę mówić, bo niektórzy mówią, że mają jeszcze dodatkowe WWR, więc może stamtąd kupują sprzęt albo pomoce edukacyjne, z których korzystają również dzieci w rehabilitacji, bo to jest jeden ośrodek. Ale to nie może tak być, że my od kilku lat walczymy o to, żeby ktoś nas wysłuchał. Spotykamy się kolejny raz w Sejmie – za to dziękujemy – i otrzymujemy odpowiedź taką samą jak w 2024 r. Gdzie my żyjemy? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę. Za chwilę. Teraz pani, bardzo proszę. Tak.

Wicedyrektorka Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frączak-Kazana:

Dzień dobry, Joanna Frączak-Kazana, Fundacja Onkologiczna Alivia i Ogólnopolska Federacja Onkologiczna.

Ja chciałabym powiedzieć, że my popieramy, podzielamy stanowisko co do zapewnienia stabilności i bezpieczeństwa finansowego placówek prowadzących rehabilitację dziecięcą, jak również wszystkich innych, bo w tej chwili problem dotyczy również innych placówek. Natomiast korzystając z okazji, chciałabym jeszcze podziękować panu rzecznikowi praw pacjenta za podejmowanie w 2024 r. trudnych tematów. Wymienię tu chociażby pracę nad lex szarlatan.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Przepraszam, czy mogę prosić parlamentarzystów jednak o cichsze rozmowy?

Wicedyrektorka Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frączak-Kazana:

Wymienię tu chociażby pracę nad lex szarlatan i konsekwentną walkę z podmiotami stosującymi praktyki niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Liczymy na wspieranie, panie ministrze, inicjatyw, które w centrum stawiają potrzeby pacjentów i ich doświadczenia. I ważne jest w komunikacji o zdrowiu, aby nie obarczać pacjentów odpowiedzialnością za problemy systemowe, lecz wspierać ich w świadomym i partnerskim uczestnictwie w opiece zdrowotnej – i na to też liczymy w kolejnych latach. Jednocześnie bardzo proszę o nadanie priorytetów w 2026 r. w obszarze przestrzegania praw pacjenta w placówkach szpitalnych, w szczególności w zakresie poszanowania intymności i godności pacjenta. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

Wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Michał Kłosek:

Witam państwa, Michał Kłosek, prezydium Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Panie ministrze, pani przewodnicząca i szanowni państwo, tak wczytując się i analizując treść pisma, które zostało nam odczytane, a tu, jak usłyszałem, dwie osoby wcześniej przedmówczyni wspomniała o tym, że już rok temu, 26 kwietnia, pismo dokładnie tej samej treści zostało skierowane z ministerstwa.

Potrzeba urealnienia kosztów rehabilitacji dzieci wydaje się o tyle niezbędna, że bazuje ona na planie taryfikacji zatwierdzonym przez ministra jeszcze w roku 2023. Potem mamy rok 2024, teraz kończymy rok 2025. Ona wymaga urealnienia przynajmniej w odniesieniu do kosztów choćby mediów, wynagrodzeń, tego wszystkiego, co zmieniło się w naszej rzeczywistości przez ostatnie dwa lata, a na koniec oczywiście też samej taryfikacji i wartości punktów kontraktowych.

Jeżeli dobrze rozumiem – i proszę mnie wyprowadzić z błędu, jeśli się mylę – agencja zadeklarowała ponowną weryfikację zgromadzonych informacji. Co to oznacza? I co to oznacza dla nas terminowo? Bo jeżeli od dwóch lat czekamy na to urealnienie, to ile jeszcze poczekamy? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Panie pośle Piecha, ja pana widzę, chociaż już zamknęłam turę parlamentarzystów, ale jeszcze ostatnia osoba ze strony społecznej i potem, przed odpowiedziami, oddam panu głos. Bardzo proszę.

Dyrektor Centrum Rehabilitacji Ośrodka Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdyni Magdalena Kownacka:

Dzień dobry. Szanowni państwo, nazywam się Magdalena Kownacka. Jestem lekarzem pediatrą, specjalistą rehabilitacji medycznej i dyrektorem Ośrodka Wczesnej Interwencji w Gdyni.

Chcę powiedzieć, że my, korzystając z naszych doświadczeń, naprawdę jesteśmy skłonni usiąść do stołu, żeby przedstawić przede wszystkim państwu szczegółową specyfikę tego, czym się różni rehabilitacja dzieci od rehabilitacji dorosłych. Myślę, że tu jest kluczowy problem, że w przypadku rehabilitacji dorosłych terapeuta jest w stanie w jednej godzinie obsłużyć, powiem brzydko, czy zaopiekować kilku pacjentów, natomiast w naszym wypadku to jest praca jeden na jeden. To jest praca na kolanach, do tego jest to praca w obecności rodziców, którzy – i bardzo dobrze – też chcą się nauczyć ćwiczeń, chcą mieć poczucie, że dziecko jest bezpieczne w rękach fizjoterapeuty, więc ta specyfika różni się bardzo znacznie. Poza tym, jeżeli chodzi

o rehabilitację dorosłych, to my, usprawniając dorosłego człowieka, wracamy do funkcji, jeżeli chodzi o małeństwo, o niemowlaka, my uczymy dziecko funkcji, my budujemy ścieżki neuro-nalne, my uczymy ruchu, my zapewniamy to, że ono wykorzystuje pełen potencjał rozwojowy, że nie będzie musiało być później operowane, że nie będzie miało deformacji postępujących – i dlatego musimy mieć bardzo dobrze wyszkolonych terapeutów, odpowiedzialnych terapeutów, którzy zapewnią dziecku taką rehabilitację.

Jeżeli chodzi o koszty, proszę państwa, ja sobie przygotowałam wyliczenie, ponieważ u mnie w ośrodku wszyscy pracownicy są zatrudnieni na umowę o pracę. Dzięki temu buduję stabilny zespół, i dzięki temu rodzice mają do nas zaufanie, wiedzą, że tak powiem, że jak przyjdą za miesiąc, będą mieli tego samego terapeuty. Proszę sobie uświadomić, że dziecko z niepełnosprawnością, trafiając do ośrodka wczesnej interwencji, pozostaje u nas czasami do 18., czasami 25. roku życia. My jesteśmy elementem rodziny, można powiedzieć – ich życia.

Proszę państwa, czy państwo kiedykolwiek pomyśleli o tym, jaki to jest kryzys dla rodziny – urodzenie dziecka z niepełnosprawnością? Ten fakt, że trzeba się po prostu rozstać z myślą, że się będzie miało zdrowe dziecko, a powitać z myślą, że całe moje życie będzie zbudowane wokół usprawniania mojego dziecka i de facto rodzic staje się tym samym terapeutą, prawda? I nie mając kwalifikacji, ale musi podjąć ten trud. I teraz tak, licząc minimalne pensje zgodnie z ustawą, jedna godzina brutto pracy fizjoterapeuty to jest 77,63 zł. Natomiast w przypadku dziecka powyżej 8. roku życia mamy obowiązek za kwotę, w moim wypadku, 255 zł dać mu trzy godziny, co stanowi, że jedna godzina pracy, tzn. finansowania tej godziny, to jest 77,33 zł, czyli to nawet nie pokrywa stawki godzinowej terapeuty. A co z całą resztą? Co z rejestracją? Co ze sprzętem? Z eksploatacją, z mediami? Ze szkoleniami personelu, ze sprzętem? Przecież to jest... Tak naprawdę ta rehabilitacja funkcjonuje dlatego, że my po prostu robimy, co możemy, żeby pozyskiwać środki unijne czy środki z PFRON czy zbieramy właśnie 1,5% i robimy, nie wiem, różne rzeczy. Trudno mówić, żeby kiermasze mogły sfinansować na przykład platformę wibracyjną za 50 tys. zł. Bo takie są koszty. Koszt szkolenia podstawowego fizjoterapeuty, który pracuje z niemowlakiem, który nie ma prawa bez tego dotknąć niemowlaka, to jest 20 tys. zł, proszę państwa. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Pan obok jeszcze jedno zdanie i potem zakończymy.

Przewodniczący zarządu Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jarosławiu Mariusz Mituś:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, ja jedno zdanie takie, być może to będzie wnoszące, może państwo wiecie, może nie. Laureat Nagrody Nobla z 2000 r., James Heckman, to jest ekonomista amerykański, zrobił takie badania dotyczące wartości ekonomicznej w różnych okresach życia człowieka, w okresie przedszkolnym, szkolnym, w okresie przygotowania do pracy i pracy. I na tej podstawie wyszła następująca historia, że wydajność, w cudzysłowie, wczesnej interwencji, biorąc pod uwagę względy ekonomiczne, jest następująca: za każdy 1 dol. wydany na wczesną interwencję małego dziecka powstaje oszczędność 1–4 dol. w wieku lat 20. Jeżeli my dzisiaj wydamy, nie wiem, 100 zł na dziecko, to w wieku 20 lat na to dziecko z niepełnosprawnością nie wydamy na niego 400 zł. My oszczędzamy, ekonomiczna inwestycja, to jest niby oczywiste, ale inwestycja w małe dziecko doświadczające niepełnosprawności jest po prostu dla nas wszystkich, obywateli, dla państwa po prostu opłacalna, jest korzyścią. Więcej, każdy 1 dol. – następny wynik jego badania – wydany na wczesną interwencję dziecka do 27. roku życia daje oszczędność rzędu 1–7 dol.

My dzisiaj jesteśmy też w takiej sytuacji – żebyście to państwo usłyszeli jako nasi przedstawiciele – że dzisiaj to rodzice dzieci niepełnosprawnych płacą za tę rehabilitację, której nie mogą dostać w odpowiednim wymiarze i w odpowiednim czasie w jednostkach publicznych czy pozarządowych. To oni finansują, oni powodują oszczędności w naszym systemie służby zdrowia. Dla mnie to jest w ogóle paradoks, że rodzice, którzy już doświadczają, już ponoszą społeczny duży koszt tego rodzicielstwa, wychowywania, jeszcze dokładają de facto do służby zdrowia, w ten sposób do nas wszystkich. I to są badania, to są konkrety, to nie jest jakiś wymysł. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Proszę jeszcze o przedstawienie się.

Przewodniczący zarządu PSONI Koło w Jarosławiu Mariusz Mituś:

Mariusz Mituś, reprezentuję Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Koło w Jarosławiu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

I ostatnie pytanie poseł Piecha, następnie poprosimy o odpowiedzi ministra.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Nie zamierzałem się wypowiadać, ale w świetle tego, co żeśmy usłyszeli, to konieczne jest zabranie głosu. Panie ministrze, sygnował pan pismo i nie wiem, kto je przygotował. Sygnatura jest napisana jeszcze w kwietniu 2024 r., był pan dyrektorem szpitala. Jakie konsekwencje wyciągnąłby pan wobec osób, które przygotowały skandaliczne pismo, które jest nieaktualne, na poważny dezyderat Komisji? To nie jest pismo do jakiegoś tam kogoś spod mostu, za przeproszeniem, z całym szacunkiem, tylko organu Sejmu – Komisji Zdrowia, które jest, kopiuj-wklej pisma absolutnie nieaktualnego.

Ja oczywiście wiem, że są pewnego rodzaju fundusze, można z nich korzystać. Jeden z funduszy medycznych ma kwestie rehabilitacji i profilaktyki rehabilitacji, tam można spróbować sięgnąć po środki, bo tam są jakieś zapasy. Natomiast dla mnie odpowiedź na ten dezyderat jest skandaliczna – i pytam się, jakie pan wyciągnie konsekwencje. Tego tak nie można zostawić. A my jako Komisja, z całym szacunkiem i z całą sympatią do pana, nie możemy przyjąć takiej odpowiedzi. No bo to jest zmyła i czuję się bardzo, ale to bardzo zaniepokojony takim sposobem działania ministerstwa. To znaczy my piszemy interpelacje, a ministerstwo odpowiada, bo gdzieś tam w archiwach znajdzie jakiś podobne pismo, które... nieważne, tylko go przedatuje i to jest cała sprawa. Proszę to przekazać pani minister, że jest to wyjątkowo nierzetelna praca bardzo poważnego urzędu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

I proszę o udzielenie odpowiedzi, panie ministrze.

Prezes zarządu Stowarzyszenia Rodziców Dzieci Niepełnosprawnych „Krasnal” Grażyna Bałza vel Betuza:

Ja tylko jedno zdanie. Czy ja mogłabym prosić, żeby też było zaprotokołowane, że my bardzo prosimy, aby nas zaproszono do rozmów w AOTMiT, żebyśmy mogli pokazać, jak to naprawdę wygląda i dlaczego te sprawozdania do AOTMiT są nierzetelne, ponieważ nie pokazują prawdziwych kosztów i realnych kosztów ośrodków? Czy mogłabym prosić, aby zanotować, żeby zaproszono nas do rozmów?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, zostanie zanotowane. Dziękuję bardzo.

I panie ministrze, proszę o udzielenie odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Bardzo dziękuję za wszystkie uwagi. To, panie pośle, zgodnie z regulaminem funkcjonowania ministerstwa – to jest jedna odpowiedź. Druga rzecz – oczywiście tak, zaprosimy państwa do rozmów z AOTMiT, na pewno mogę zapewnić ze swojej strony, że takie zaproszenie do państwa dotrze i na pewno wykorzystamy państwa wiedzę. Natomiast na inne pytania bardziej konkretne pozwolę sobie...

Głos z sali:

Proszę nas nie ignorować, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Panie pośle, ja nikogo nie ignoruję. Obiecałem, że zaprosimy przedstawicieli reprezentujących świadczeniodawców do rozmów z AOTMiT na ten temat.

Głos z sali:

Pytamy o stanowisko...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie ministrze, proszę odpowiadać na pytania, a nie słuchać...

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Odpowiadam na pytanie. Jak już powiedziałem... Odpowiedziałem na pytanie, że co do...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

To znaczy krzyki w trakcie prowadzenia Komisji to nie jest prowadzenie dyskusji na Komisji, więc zależy mi na tym, że jeśli chce ktoś zadać pytanie, jest na to czas, jest mikrofon, można zadać to pytanie, ja udzielam głosu – zaraz, panie pośle, panu udzielię głosu – a nie w taki sposób, że pan minister już zaczął udzielać odpowiedzi, a państwo krzyczą.

Panie ministrze, czy pozwoli pan, że jeszcze posłowi Fritzowi udzielię głosu?

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Bardzo proszę.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, panie pośle.

Posel Roman Fritz (Konfederacja_KP):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca, ale to chyba nie pan minister decyduje, kto ma zabrać głos na sali.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, pan minister był w trakcie udzielania odpowiedzi na pytania posłów oraz pytania strony społecznej, więc jeśli udzielam panu głosu w momencie, kiedy odpowiedzi udziela już pan minister, to poprosiłam o to, żeby udzielił na to zgody, bo jest to jednak przerwanie panu ministrowi. Bardzo proszę, panie pośle.

Posel Roman Fritz (Konfederacja_KP):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Ja nie będę pytał pana ministra w tym momencie, tylko panią chce zapytać, bo pani prowadzi te obrady. Czy pani się w 100% zgadza? Czy pani w 100% popiera zdanie pana ministra, które przed chwilą wypowiedział, tzn. ignoruje poważne dezyderaty sejmowej Komisji do spraw zdrowia? Tylko tyle.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Nie wiem, czy to moja kolejna odpowiedź, natomiast nie usłyszałam ignorancji...

Posel Roman Fritz (Konfederacja_KP):

Nie, dlatego że pani...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, proszę nie imputować, po pierwsze. Po drugie, chciałabym panu udzielić odpowiedzi na pytanie – nie słyszałam ignorancji. Natomiast myślę, że to, co dla wszystkich parlamentarzystów dzisiaj jest najważniejsze, to jest dobro pacjentów i o tym tutaj dyskutujemy. Jesteśmy jeszcze przed odpowiedziami pana ministra, jesteśmy przed podjęciem końcowej decyzji i myślę, że dużo ważniejsze dla nas jest to, żeby ta sprawa zakończyła się z korzyścią dla pacjentów, niż to, żeby robić wokół tego awanturę polityczną. Więc chciałabym, żebyśmy spokojnie wysłuchali pana ministra i zdecydowali o tym, co dalej, bo jako Komisja Zdrowia jesteśmy w stanie zdecydować o tym, co dalej z tym zrobimy.

Bardzo proszę teraz o udzielenie odpowiedzi pana ministra, a parlamentarzystów o nieprzeszkadzanie.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Wracając jeszcze raz, zacznę od początku. Co do postulatu pana posła Piechy. Zgodnie z regulaminem obowiązującym w ministerstwie ta sprawa będzie załatwiona.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Mam nadzieję.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Druga rzecz, tak jak powiedziałem, nie mogę, nie chciałbym brać odpowiedzialności za wszystkie... czy też nie wiem o wszystkich ruchach moich poprzedników. Natomiast zapraszam stronę

świadczeniodawców do rozmów z AOTMiT na temat wyceny i to zostanie zrealizowane. Przekażę dzisiaj tę informację prezesowi AOTMiT i będzie ten proces toczył się dalej, żebyśmy – tak jak powiedziała pani przewodnicząca i to, co państwo postulują – doszli do jak najszybszego rozwiązania tego problemu.

To zapewnienie z mojej strony i jak państwo wiecie, realizuję swoje zapewnienia. Również kiedy państwo prosicie czy o spotkania, czy o jakiegokolwiek wypowiedzi z mojej strony, zawsze na to odpowiadam.

Co do szczegółów, jak przebiegał proces dotychczasowych wycen i taryfikacji świadczeń rehabilitacyjnych, poproszę o odpowiedź pana dyrektora Karaszewskiego, dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, jeżeli chodzi o proces taryfikacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo, wydaje mi się, że prowadziliśmy już tę dyskusję, czego efektem był ten dezyderat, więc na Komisji Zdrowia była ona prowadzona i wtedy informowaliśmy, jakie były podejmowane kroki w stosunku do wycen dziecięcej rehabilitacji w ośrodkach dziennych. I wtedy sygnalizowaliśmy, że na podstawie danych, które państwo przekazywali – nie chodzi tutaj o samą wycenę, chodzi również o rekomendacje, które zostawały przyjmowane w ostatnich dwóch latach – dziecięce ośrodki dostały największy wzrost ceny punkt do punktu ze wszystkich zakresów rehabilitacji. To był największy wzrost, bo dwa razy powyżej... po ok. 10%, kiedy inne zakresy dostały różnie, generalnie tam były różne zmiany, natomiast państwo dostali najwięcej. I to jest fakt, i chyba trudno... Czy to jest wystarczające? To była odpowiedź na to, żeby to było wystarczające. Też trzeba pamiętać, że tworząc rekomendacje, prezes AOTMiT opiera się na tym, co zebrał od państwa, i szacuje, jaki wzrost jest z tym związany, że musi dać państwu – i te obie rekomendacje były zawierane – wzrost związany z ustawą o minimalnym, wzrost związany z inflacją, wzrost związany ze wzrostem kosztów mediów. Więc wydaje się, że gdyby były te informacje, że u państwa koszty są wyższe, to też prezes AOTMiT wskazałby wyższy wzrost. Wyliczył najwyższy i tak w rehabilitacji, bo uznał, że państwo mają specjalne zadania, w jednym roku było 21 gr za punkt, w drugim roku było 23 gr za punkt, czyli to było mniej więcej po dwadzieścia parę złotych wzrostu za osobodzień.

Jeżeli chodzi natomiast o proces taryfikacji, to z tą rekomendacją, która została opublikowana w czerwcu tego roku, zostały również opublikowane taryfy dla rehabilitacji stacjonarnej i kolejnym etapem będą właśnie wyceny w ośrodkach dziennych. Więc proces jest rozpoczęty i on trwa.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, rozumiem, że to jest ta całość odpowiedzi. Bardzo dziękuję.

Szanowni państwo, stwierdzam zakończenie rozpatrywania odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 2 w sprawie urealnienia wyceny świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci.

Teraz, proszę państwa, musimy przyjąć bądź odrzucić odpowiedź pana ministra na ten dezyderat. I powiem tak, bo tutaj również w gronie prezydium Komisji rozmawialiśmy na ten temat. To jest sprawa bardzo poważna i naszym zdaniem również odpowiedź na ten dezyderat na pewno nie satysfakcjonuje środowiska. Chcielibyśmy... A też chcę zaznaczyć, że cała Komisja głosowała za tym dezyderatem, bo widzimy, jak ważny jest to problem. I myślę, że skoro pan minister zaproponował spotkanie z AOTMiT i ze sobą środowiska, które domaga się jednak szczegółowych odpowiedzi, to po podjęciu dzisiaj decyzji – za chwilę powstaje wniosek o przyjęcie tego dezyderatu – w przeciągu dwóch miesięcy spotkalibyśmy się ponownie, żeby wiedzieć, jak wygląda postęp w tej sprawie, czy te rozmowy się odbyły, czy te świadczenia zostały odpowiednio przedyskutowane i jakie są ostateczne decyzje.

Tak że bardzo proszę teraz o przystąpienie do głosowania, o zalogowanie się. Poddaję pod głosowanie wniosek o przyjęcie odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 2. Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Bardzo proszę o podanie wyniku głosowania. Głosowało 26 osób, za 14 osób, przeciw 12 osób.

Przy czym, szanowny panie ministrze, jeszcze raz podkreślam, że w przeciągu dwóch miesięcy spotkamy się, żeby ten temat ponownie omówić, bo jak widzimy, państwo są gotowi na te dalsze rozmowy.

Dziękuję bardzo i stwierdzam, że Komisja przyjęła odpowiedź na dezyderat.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji. Zamykam posiedzenie Komisji. Informuję, że protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie wyłożony do wglądu w sekretariacie w Kancelarii Sejmu. Zamykam posiedzenie Komisji.