

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 148)

z dnia 17 czerwca 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 148)

17 czerwca 2026 r.

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

- pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (druk nr 2685);
- pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2643).

W posiedzeniu udział wzięli: **Katarzyna Kęcka** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Filip Nowak** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Marzanna Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Mariusz Bidziński** pełnomocnik dyrektora ds. wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego wraz ze współpracownikami, **Aleksandra Świdorska** kierownik Działu Merytoryki i Analiz Systemowych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Dariusz Banik** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektorka Onkofundacji Alivia wraz ze współpracownikiem, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Polskiego Towarzystwa Gospodarczego oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji Zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Katarzyna Abramowicz**, **Anna Jakubik** i **Aleksandra Wolna-Bek** – legislatorki z Biura Legislacyjnego.

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

Dzień dobry. Bardzo proszę już o zajęcie miejsc. Będziemy zaczynać. Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przyjęty przez prezydium Komisji przewiduje... W punkcie pierwszym zaszła zmiana. Parlamentarzyści otrzymali tę informację. Porządek został uzupełniony o pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (druk nr 2685). Uzasadnia minister zdrowia. Jest dzisiaj z nami pani minister Katarzyna Kęcka. W drugim punkcie mamy pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2643). Uzasadnia również pani minister Kęcka.

Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu porządku dziennego. Marszałek Sejmu w dniu 16 czerwca 2026 r. skierował rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (druk nr 2685) do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania. Informuję, że prezes Rady Ministrów zwrócił się do marszałka Sejmu z wnioskiem o skrócenie postępowania z projektem ustawy z druku nr 2685. Dlatego prezydium Komisji podjęło decyzję o uzupełnieniu porządku dziennego o ten punkt.

Zgodnie z art. 37 ust. 4 regulaminu Sejmu pierwsze czytanie może odbyć się nie wcześniej niż siódmego dnia od doręczenia posłom druku projektu, chyba że Sejm lub komisja postanowią inaczej. Projekt został doręczony posłom w dniu 16 czerwca bieżącego roku. Proponuję przystąpienie do pierwszego czytania projektu ustawy z druku nr 2685 bez zachowania siedmiodniowego terminu. Czy ktoś jest przeciwny tej propozycji? Nie widzę. Stwierdzam,

że Komisja postanowiła przystąpić do pierwszego czytania bez zachowania terminu, o którym mowa w art. 37 ust. 4 regulaminu Sejmu.

Przystępujemy do pierwszego czytania projektu ustawy z druku nr 2685. Przypominam, że zgodnie z art. 39 ust. 1 regulaminu Sejmu pierwsze czytanie obejmuje uzasadnienie projektu przez wnioskodawcę, debatę w sprawie ogólnych zasad projektu oraz pytania posłów i odpowiedzi wnioskodawców. Bardzo proszę przedstawiciela wnioskodawcy, panią minister Kęcką o przedstawienie uzasadnienia do projektu ustawy.

Podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Katarzyna Kęcka:

Dzień dobry. Szanowna Komisjo, pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, zebrałiśmy się dzisiaj po to, aby debatować o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej. Szanowni państwo, aktualnie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie ma podstawy prawnej do przetwarzania danych identyfikujących personel medyczny, tj. numerów PESEL oraz numerów prawa wykonywania zawodu, co powoduje istotne ograniczenia w zakresie kompletności, spójności oraz precyzji analiz prowadzonych przez agencję. Dotyczy to w szczególności analiz kosztów prac personelu medycznego, struktury zatrudnienia, wieloletowości, a także relacji pomiędzy formą zatrudnienia a faktycznym zaangażowaniem w realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym w projekcie określono niezbędne uprawnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz AOTMiT do pozyskiwania i przetwarzania szczegółowych danych o wynagrodzeniach powiązanych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu.

Niejednokrotnie te same osoby są zatrudnione równocześnie w poszczególnych podmiotach leczniczych w oparciu o różną podstawę prawną. Jednym z argumentów podnoszonych w dyskusji o sposobie finansowania wzrostów wynagrodzeń w podmiotach leczniczych dokonywanych w oparciu o Ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych jest wpływ, jaki podwyższenie najniższych poziomów wynagrodzeń zasadniczych wywiera na wzrosty wynagrodzeń z tytułu umów cywilnoprawnych. Zmiana art. 27a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dotyczy wszystkich grup zawodowych zatrudnianych w podmiotach leczniczych. Biorąc pod uwagę, że immanentnym elementem, który ma wpływ na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, są wynagrodzenia, istotne znaczenie w tym kontekście ma możliwość określania i sumowania wysokości wynagrodzeń uzyskiwanych przez poszczególne osoby niezależnie od podstawy prawnej świadczenia pracy. W konsekwencji tych zmian prezes AOTMiT będzie przekazywał ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wyniki analiz prowadzonych na pozyskanych danych. Powiązanie tych danych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu jest niezbędne w celu uzyskania rzetelnych danych dotyczących uzyskiwanych wynagrodzeń. Pozwoli to odzwierciedlić poziom wynagrodzeń oraz ich wpływ na poziom kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Zakłada się, że ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, pani minister.

Otwieram debatę w sprawie zasad ogólnych projektu ustawy. Bardzo proszę o zgłaszanie się do zadawania pytań.

Nie widzę kto, ale bardzo proszę. Pani poseł Zawisza, tak?

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Tak. Rozumiem, dlaczego mnie pani przewodnicząca nie zauważyła tam skąd... Dobrze. Mam taką uwagę. „Dowiecie się” i co dalej? Jakie są plany dotyczące regulacji kontraktów? Ponieważ mamy sytuację, która jest naprawdę skandaliczna, gdzie lekarz prawdopodobnie, z dużą dozą prawdopodobieństwa, będąc zatrudniony w czterech placówkach ochrony zdrowia, w jednej pracując 11 godzin ciurkiem, 365 dni w roku, we wszystkie święta, weekendy, nie wiem, kiedy znajdował czas na to, żeby pracować w pozostałych placówkach. Mam nadzieję, że prokuratura to sprawdzi, ponieważ złożyłam wniosek do prokuratury. Dlaczego nie robicie nic, żeby to ukrócić? Rozumiem, że teraz będziecie mówili, że teraz się chcecie dowiedzieć, tylko pani ministra – wasza ministra Sobierańska-Grenda, nie wcześniejsza pani minister, tylko ta obecnie

będąca w Ministerstwie Zdrowia – chciała regulować kwestie kontraktów. Wycofała się z tego 21 listopada zeszłego roku, mówiąc, że będą prowadzone analizy.

Jak rozumiem, te analizy doprowadziły do sytuacji, kiedy jesteście 7–8 miesięcy później i to jest ustawa, którą przynosicie, żeby uregulować kontrakty? Nie. To jest wyłącznie ustawa, żeby dowiedzieć się, ile ci lekarze zarabiają na tych kontraktach. Mówimy o sytuacji, w której mamy dramatyczną sytuację w systemie ochrony zdrowia. Ograniczenie dostępności do diagnostyki. Za chwilę będziemy mieli festiwal przenoszenia badań, operacji, zabiegów, wizyt lekarskich, bo pokończą się kontrakty, a lekarze z legitymacją partyjną – teraz już nie, bo już złożył rezygnację – zarabiają 1,6 mln zł w czterech szpitalach, nie wiadomo, jak pracując w nich jednocześnie, więc mam pytanie. Rozumiem, to jest jakiś pierwszy krok. OK. Co dalej? W sensie: Jak chcecie to regulować? Kiedy zobaczymy projekt regulujący kontrakty lekarskie i czy w ogóle macie odwagę, żeby to dotknąć? To jest pytanie do Ministerstwa Zdrowia, ponieważ jeżeli będziemy czekać kolejne półtora roku, to nic się nie wydarzy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, pani minister, myślę, że ten projekt jest potrzebny, chociaż zgadzam się z przedmówczynią, że na pewno warto by wprowadzić bardziej kompleksowe zmiany. Rozumiemy, w jakim jesteście momencie. Trzeba przykryć sprawę pana radnego Kacprzyka, to robimy tyle, ile się da.

Mam pytanie. Skoro już wprowadzamy takie zmiany, czy byłaby taka możliwość, żeby bardzo nieznacznie poszerzyć ten projekt o to, żeby informacje o tych konkursach, które dzisiaj każdy szpital zamieszcza na swojej stronie, żeby to było w jednym miejscu? Proszę państwa, to jest naprawdę bardzo niewielka zmiana. Od wczoraj się tym zajmuję. Mam już wszystkie ogłoszenia w sieci z 370 szpitali w jednym miejscu, gdzie wymyśliłem jakiś taki ręczny proces, jak to zbierać. Proponuję, żebyśmy to poszerzyli. To naprawdę jest taka podstawa jawności. Czy to by było w NFZ, który przecież obsługuje takie postępowania, czy to na stronie przygotowanej przez ministra zdrowia. Widziałem, że dzisiaj jest obecny pan poseł Napieralski, mój serdeczny przyjaciel, z którym wspólnie zajmujemy się też sprawami cyfrowymi. Na pewno potwierdzi, że stworzenie takiego rozwiązania nie jest wielkim wyzwaniem technicznym. Tu nie chodzi o żadną wielką politykę. Chodzi o to, żeby było transparentnie, żeby te wszystkie informacje były w jednym miejscu. Myślę, że jeżeli dzisiaj przyjęlibyśmy taką poprawkę, to moglibyśmy mieć taki portal do końca trzeciego kwartału tego roku. To nikomu nie zaszkodzi, a doda tylko przejrzystości. Tak że mam pytanie do ministerstwa: Jak ministerstwo ocenia taką inicjatywę?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Jak rozumiem, poseł Napieralski ad vocem, tak? Bardzo proszę.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Chciałem podziękować panu posłowi Cieszyńskiemu za miłe słowa i docenienie mojego wkładu, jeżeli chodzi o nowe technologie i cyfryzację naszego kraju. Natomiast skoro prowadzimy taką rozmowę, to też może mam takie pytanie do pana posła. Co w ogóle zrobić? Jak to jest faktycznie? Jak ta ustawa ma pomóc? Na przykład czytam „Gazetę Lubuską”. Jest radny PiS, który ma siedem mieszkań. Ten radny PiS zarobił 1,6 mln zł. Ma cztery samochody, w tym Mercedes GLS. To naprawdę...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pan poseł Kropiwnicki nie przeszedł do PiS. To jest fake news.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Nie. To jest... Nie. Mówię o waszym radnym z PiS, taki bardzo... Działacz. „Gazeta Lubuska” to podaje. To już nie ja to wymyśliłem, żaden nasz...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Żaden?

Posel Grzegorz Napieralski (KO):

Zaden. Nie, właśnie ...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle Cieszyński, proszę nie włączać mikrofonu bez kolejki.

Posel Grzegorz Napieralski (KO):

Pytanie właśnie, jak zrobić, żeby właśnie mieć taką wiedzę, że są właśnie tacy radni z PiS, którzy zbijają takie majątki na systemie ochrony zdrowia. Ten artykuł ma już kilka lat. Czy ten pan jest sobie dalej waszym radnym, tego nie wiem, ale też widocznie świetnie sobie radzi, więc myślę, że ta ustawa jest ważna. Trzeba się zastanowić, jak ją dobrze przygotować, żeby mieć pełną wiedzę i widzieć, kto nadużywa tego systemu, a kto nie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle.

Pozwolę sobie ze swojej strony dodać, że nie wyeliminujemy wszystkich patologii. Właśnie przewodnicząca Wicha przypomniała mi, że przecież poseł Kaczyński również korzystał ze szpitala zupełnie poza kolejką na swoich własnych zasadach. Nie jesteśmy w stanie wpłynąć na wszystko, ale przynajmniej zrobmy to, co możemy zrobić.

Pan poseł Hoc, bardzo proszę.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Oczywiście jest to bardzo trudna dyskusja. Z jednej strony rzeczywiście jest tak, że te wysokie zarobki to jest amoralne, nieodpowiedzialne i też bardzo bulwersujące. Myślę, że to rzeczywiście uderza w jakieś wartości medycyny jako misji i służby, jako empatii. Natomiast z drugiej strony tak sobie teraz myślę na szybko, że prawdopodobnie już znaleźliście przyczynę dziury budżetowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Robicie to z taką werwą i z takim pośpiechem, że prawdopodobnie jutro ogłosicie, że już będziecie płacić nadwykonania, że już zlikwidujecie dziurę budżetową, dlatego że ograniczycie w jakiś sposób wydatki i podacie do wiadomości, ile zarabiają lekarze. Oczywiście jeszcze raz to powiem, że te kwestie, które zresztą ostatnio podano do informacji publicznej, tego pana doktora Dawida są amoralne i praktycznie bulwersujące. To jest wręcz niewybaczalne. Zresztą to będzie w prokuraturze, bo to jest też wyłudzenie pieniędzy.

Natomiast myślę, że stawiacie też wielki problem, bo co robią teraz zarządcy, a więc dyrektorzy, prezesi spółek szpitalnych. Więc jeśli ci lekarze będą w jakiś sposób... Krótko mówiąc: Czy nie lepiej zaapelować do Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby zmniejszyć albo skorygować pewne wymogi, jeśli chodzi o prowadzenie oddziałów czy pewnych specjalizacji w aspekcie prowadzenia oddziału? Na przykład, żeby oddział hematologiczny musiał być w nawet regionalnym szpitalu, musi być dwóch specjalistów z hematologii. Założmy, że musimy pozyskać tego drugiego hematologa. Wiadomo, że ten rzeczywiście podaje warunki wręcz kosmiczne, ale żeby ratować oddział i też misję szpitala, dyrektor praktycznie przystaje na te warunki. Uważam, że trzeba systemowo zmienić kwestie i naprawdę przeprowadzić głęboką dyskusję, analizę, ekspertyzę. Tutaj teraz rzuca się zaraz Okręgowa Izba Lekarska, Naczelna Izba Lekarska, RODO, konstytucja, wolność wyboru, wolność gospodarcza i tak dalej. Idziemy skrótem tylko dlatego, żeby przykryć niesławny i bardzo bulwersujący aspekt pana doktora Dawida, który zachował się w sposób bezczelny, jeszcze przed tym nagrywając różne rolki, zachowując się w sposób wręcz nielicujący z powołaniem albo z zawodem lekarskim. W ogóle uważam, że tacy ludzie nie powinni być lekarzami. To jest teraz fakt.

Natomiast jeszcze raz ruszymy coś, co będziemy potem bardzo naprawiali i jednocześnie będziemy musieli wyjaśniać pewne kwestie, jeszcze raz opracować pewne kwestie wymogów. Naprawdę niektóre kwestie są zawyżone i dlatego one inspirują albo powodują, motywują do tego, że prezesi szpitali, dyrektorzy nie mają wyboru. Muszą to robić. Jeśli nie zrobią i nie wykonają niejako zleceń lekarza specjalisty, który zechce pracować, to będą musieli zlikwidować oddział, a więc też likwidować pielęgniarki, niektórych innych lekarzy, laboratoria. Naprawdę to wymaga głębokiego zastanowienia, analizy, ale jednocześnie rzeczywiście nie może być tak, żeby ktoś mógł zarabiać takie fortuny i takie kosmiczne pieniądze. Jest to amoralne, nielicujące w ogóle z wartościami obowiązującymi w medycynie. Medycyna jest najszlachetniejszą ze sztuk, a nie po to, żeby praktycznie tylko zysk był jakimś priorytetem.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy. Panie pośle, nie odzyskamy tą ustawą tych 23 mld zł długu po was.
Teraz pan poseł Wicher.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pani przewodnicząca, troszeczkę więcej pokory i powagi.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Nawiązuję do tego, co pan powiedział o odzyskiwaniu pieniędzy.
Bardzo proszę, poseł Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Panie przewodnicząca, te pieniądze to są też podwyżki dla pielęgniarek. Jeśli to jest złe, to możemy się też w taki sposób biczować, ponieważ jeszcze kilka lat temu pielęgniarki zarabiały strasznie, droga pani. Jeśli godność pielęgniarek, innych zespołów medycznych oprócz lekarzy nie jest dla pani ważna, to może pani krytykować te 20 mld zł.

Moi drodzy państwo, wracając do tematu, gros lekarzy, większość lekarzy to są ludzie uczciwi, którzy naprawdę pracują – podkreślił to na samym początku tej dyskusji, żeby nie było żadnej wątpliwości. Niestety jednak są patologie, a tam, gdzie woda jest mętna, tam dobrze wykreować i ukrywać tę patologię. Niestety system, który dzisiaj istnieje, jest tą mętną wodą, w której łatwo się łowi ryby. Dlatego też, moi drodzy państwo, wymagana jest duża przejrzystość tego systemu. Uważam i powiedziałbym, idąc dużo dalej, że ten system, który mógłby tutaj powstać, który pan minister Cieszyński przed chwilą zaproponował, to byłoby nie tylko zebranie w jednym miejscu informacji o przetargach przez na przykład ministerstwo, żeby to było jasne, klarowne. Zresztą ten system jest prowadzony teraz w sądownictwie, w przetargach komorniczych. Będzie jednolita strona dla całego kraju, gdzie wszystkie przetargi komornicze będą w jednym miejscu. Też to jest scedowane. Mamy to przeciwiczone. Bierzymy kalkę z Ministerstwa Sprawiedliwości i wprowadzamy to do Ministerstwa Zdrowia. Macie państwo rozwiązana sytuację.

Natomiast Ministerstwo Zdrowia potrafi sobie dawać radę z kolizjami. Przypominam państwu, że wiele lat temu pacjenci brali po kilka skierowań, stali w kilku kolejkach i wprowadziliśmy system AP-KOLCE. Nie widzę problemu, żeby pracodawca miał obowiązek zgłaszać do systemu typu AP-KOLCE, który nadzorowałby pracę lekarzy po PESEL-u, w jakich godzinach dany lekarz u niego pracuje. Każdy pracodawca, łącznie z tym, który prowadzi prywatny gabinet, musi zgłosić, w jakich godzinach prowadzi praktykę prywatną. Wtedy będziemy prosto widzieć. System AP-KOLCE natychmiast będzie krzyczał, że mamy pokrywanie się godzin. Moi drodzy państwo, jeśli ja słyszę, że lekarz, ktoś mówi, że lekarz pracuje 500 godzin – to jest fikcja. 500 godzin to jest praca 16 godzin przez 31 dni. Chyba miesiąc ma średnio 30 dni, a nie 31. Każdy lekarz, który wykazuje 400 godzin i więcej, już powinien być kontrolowany przez system, czy jest na pewno w miejscu pracy w tych godzinach, które deklaruje w danym miejscu. Nie ma ludzkiej możliwości, żeby tyle wypracował. Powiedzmy sobie, takie deklaracje to jest czysta patologia i czyste oszustwo.

Pani minister, w związku z tym apeluję o wdrożenie systemu typu AP-KOLCE do nadzoru pracy z personelu medycznego. To znaczy, każdy pracodawca ma obowiązek zgłaszać, w jakich godzinach jego pracownik jest u niego na terenie placówki, plus też byłoby oczywiście zgłaszanie godzin również na prywatnych praktykach. Wtedy będziemy mieć czarno na białym. Będziecie państwo wiedzieć, kto, gdzie, o której godzinie powinien być i kto gdzie funkcjonuje. Moi drodzy państwo, to jest jedyne rozwiązanie na dzisiaj, żeby ukrócić takie rzeczy.

Pamiętam, że jak byłem dyrektorem swojej placówki, były różne problemy ze skracaniem zabiegów i nie tylko. Wprowadzenie karty elektronicznej na wejściu i wyjściu zakończyło jakieś problemy z czasem pracy. Oczywiście są to już powszechne rozwiązania w wielu miejscach pracy. Myślę, że nastała pora, żeby wprowadzić to na terenie kraju. Wtedy mamy czyste, klarowne zasady co do rekrutacji lekarzy, co do nadzoru czasu pracy, bo będzie jednolity portal, oczywiście do wglądu ministerstwa, nie publiczny. Oczywiście dodajmy do tego, że to jest tylko dla płatnika albo NFZ. Tak naprawdę to NFZ powinien to prowadzić jako płatnik. Moi drodzy państwo, to jest jedyne rozwiązanie, łatwe, klarowne. Niech mi nikt nie mówi, że w dzisiejszych czasach tego się nie da. Według mojej oceny do za pół roku te obydwa systemy mogą sprawnie działać i być ze sobą zsynchronizowane. O to apeluję i proszę panią minister o rozpoczęcie takiej pracy.

Mam ostatnie pytanie. Już kończę. Pani minister, to jest to, co powiedziała koleżanka – zebrać dane to jest jedno, ale właśnie po uzupełnieniu o te systemy będziemy wiedzieć, gdzie są patologie, jaka jest prawdziwa realność pracy, ile mamy naprawdę lekarzy w systemie. Pamiętam, jak Naczelna Izba Lekarska przed powstaniem kierunków lekarskich wołała: „za mało lekarzy, pracujemy na kilku etatach, brakuje nas, jesteśmy przemęczeni”, ale jak powstało dziewięć kierunków medycznych, to nagle usłyszałem na Komisji Zdrowia: „mamy za dużo lekarzy, po co są te kierunki, będzie ich za dużo, po co jest wydawanie tych pieniędzy”. Zdecydujemy się w końcu. Taki system ostatecznie pozwoli nam odpowiedzieć, ile mamy w systemie lekarzy na PESEL i gdzie pracują, w jakich godzinach. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję, panie pośle.

Przewodnicząca Wicha.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Bardzo mnie cieszy ta dyskusja. Uważam, że nadszedł najwyższy czas, żeby porozmawiać o tym, jak pracują lekarze. To znaczy, mam na myśli liczbę godzin i to, jak ta praca na moim zdaniem ponadludzkie siły po kilkanaście godzin dziennie przekłada się na bezpieczeństwo pacjentów i pacjentek. Mówimy głównie o pieniądzach, ale bardzo bym chciała, żebyśmy nie tracili z horyzontu tego, że to nie chodzi wyłącznie o pieniądze, ale również o to, że jeżeli lekarz pracuje po kilkanaście godzin dziennie bez żadnego wolnego, to po prostu nie ma takich słoni, żeby ten lekarz był na tyle przytomny, żeby udzielać dobrej, fachowej i bezpiecznej opieki medycznej. To jest po pierwsze.

Druga sprawa to jest to, że bardzo mnie cieszy, że rząd wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom społecznym, które zresztą już są sygnalizowane od dawna, dotyczącym wymiaru czasu pracy i że ten czas pracy w jakiś tam sposób będzie ewidencjonowany. Nie wiem dokładnie jaki. Bardzo bym chciała, żeby to naprawdę była realna ewidencja polegająca na tym też, o czym powiedział mój szanowny przedmówca, żeby faktycznie egzekwować to, żeby lekarze nie pracowali ponad ten wymiar godzin czasu pracy, który mamy w zapisach dotyczących prawa pracy. Tak jak już wcześniej powiedziałam, w innym wypadku ci lekarze nie dają takiego leczenia, takich usług medycznych, jakich powinni dawać. Absolutnie nie przekonują mnie głosy, które pojawiają się z wielu stron, że nagle zabraknie lekarzy, jeżeli ci lekarze będą pracowali krócej. Nie na tym polegają dobre świadczenia i dobre usługi medyczne, żeby jedna osoba pracowała w kilku miejscach naraz i biegała od jednego do drugiego ośrodka czy szpitala po to, żeby leczyć pacjentów, bo ta praca i ta pomoc tak naprawdę nigdzie nie będzie wystarczająca.

Jest też druga rzecz, jeśli chodzi o te nieszczęsne zarobki. Wszędzie, gdzie tylko to jest możliwe, od bardzo dawna mówię, że kontrakty to zło. Dlatego że w momencie, w którym lekarz decyduje o tym, ile będzie zarabiał i w pewien sposób szantażuje dyrektora szpitala, że nie weźmie tej pracy, jeżeli nie dostanie takiej, a nie innej stawki godzinowej, jest to po prostu sytuacja patologiczna. Żeby była jasność, uważam, że lekarze powinni godnie zarabiać, tak jak pielęgniarki, położne i wszyscy inni, którzy pomagają nam wszystkim, jeśli chodzi o nasze zdrowie i bezpieczeństwo. Nie może być tak, że 90% czy 80% środków przeznaczonych na leczenie, które dostaje dyrektor szpitala, było przeznaczane na płace dla personelu, szczególnie dla lekarzy, dlatego że to dzieje się kosztem pacjentów i kosztem opieki medycznej.

Najwyższy czas zdecydować o tym, że albo mamy płacę maksymalną, albo mamy maksymalną stawkę godzinową, albo mamy krotność średniej krajowej. Rozwiązań jest naprawdę wiele. Myślę, że ci wszyscy lekarze, którzy uczciwie pracują na etatach albo na kontraktach, ale proszą czy negocjują – raczej negocjują – normalne stawki, nie będą oburzeni na nas i nie będą mówili, że zabieramy im, nie wiem, źródło dochodu czy wolność w decydowaniu o tym, ile mają zarabiać. Dlatego że takie patologiczne sytuacje, jakie zdarzyły się w Warszawskim Szpitalu Południowym, także rzutują na wizerunek wszystkich lekarzy i wszyscy lekarze są wrzucani do jednego worka jako ci krwio pijcy, którzy odbierają pacjentom pieniądze na leczenie. To jest po prostu nieprawda. Dlatego że lekarz na etacie w Polsce zarabia między 15 a 20 tys. zł brutto. Tak, sprawdziłam to, pani przewodnicząca. Tak jest. Jeśli chodzi o lekarzy na kontraktach, mamy około 600 tys. lekarzy w Polsce, którzy zarabiają około 100 tys. zł miesięcznie. To jest oczywiście też bardzo dużo lekarzy, ale to nie jest tak, że większość lekarzy zarabia takie kosmiczne pieniądze jak ten pan doktor, o którym mówimy.

Jeszcze dwie ostatnie rzeczy. Wykorzystanie z... Nie, pierwsza rzecz, o której powiem, to uważam i mówię to też w imieniu klubu Lewicy, że nie powinno się łączyć pracy w szpitalu publicznym z pracą w szpitalu prywatnym. Zachodzi ewidentny konflikt interesów. Nie może być tak, że lekarz, który przyjmuje w praktyce prywatnej, daje skierowanie do leczenia w placówce państwowej, po czym taki pacjent leczony prywatnie za duże pieniądze idzie do publicznej ochrony zdrowia na wykonanie zabiegu, który już ma za darmo, bo oczywiście mu się to jak najbardziej należy. Co generuje kolejki dla tych, których nie stać na to, żeby pójść do prywatnego lekarza i dostać szybciej skierowanie do szpitala.

Ostatnia rzecz i to jest moje pytanie. Czy można wreszcie rozwiązać sprawę bardzo drogiego sprzętu medycznego za 200–300 mln zł, który stoi w pracowniach państwowych, placówkach państwowych i jest niewykorzystany od godziny 16.00 czy 17.00? Pamiętam, że jak pracowałam jeszcze w szpitalu, rozmawialiśmy godzinami o tym, co zrobić, jak to rozwiązać, żeby po godzinach pracy ten bardzo drogi sprzęt kupiony za publiczne pieniądze, mógł pracować, ale oczywiście dla pacjentów przyjmowanych w publicznej ochronie zdrowia. To też mogłoby rozwiązać sprawę kolejek. Oczywiście wiem, jaka będzie pierwsza odpowiedź: brakuje specjalistów, żeby obsługiwać ten sprzęt. Myślę, że można to jednak rozwiązać. Z tego, co wiem, będzie coraz więcej lekarzy, bo się kształcą i niedługo będziemy mieli wystarczającą liczbę tych specjalistów. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Przewodnicząca Tomczak.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, bardzo się cieszę, że ta dyskusja rozgorzała. Moim zdaniem pojawiło się już bardzo wiele mądrych głosów, także ze strony opozycji. Szkoda, że nie udało się państwu tego wdrożyć, bo było trochę czasu na to, żeby tego typu rozwiązania mogły się pojawić. Jak najbardziej teraz musimy współpracować, żeby nasi pacjenci czuli się bezpiecznie, żeby też personel medyczny nie poczuł się holistycznie dotknięty takimi incydentalnymi patologiami. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że to są incydentalne przypadki dotyczące tego, że lekarze, ale myślę, że także ewentualnie inni pracownicy z personelu medycznego nadużywają tej swojej funkcji, praktyki, jaką mają, specjalizacji i w związku z tym zatrudniają się w różnych miejscach, żeby właśnie dopomóc dyrektorom placówek medycznych, żeby ci dyrektorzy mogli spełnić wyśrubowane wymagania, które są przed nimi stawiane.

Stąd też moje pytanie chyba najbardziej do pana prezesa NFZ: Czy właśnie są rozważane weryfikacje tych wyśrubowanych wymagań tak, żeby rozmawiać ze stroną społeczną, z dyrektorami szpitali i to zauważyć? Dotarło do mnie kilka takich głosów, że na przykład jest szesnastolóżkowy oddział neurologiczny i personel medyczny musi tam liczyć dwanaście osób, w tym kilku specjalistów, przy czym zajęte jest tylko pięć łóżek, tak? Teraz jest kwestia tego, co w takich przypadkach możemy zrobić. Oczywiście jest możliwość konsolidacji szpitali. Jak możemy wesprzeć tych dyrektorów placówek, żeby jednak chcieli podejmować tego typu wysiłki, żeby była racjonalizacja tej kadry medycznej?

Zgadzam się z panią przewodniczącą Wichą co do tej kwestii usystematyzowania kontraktów i ich wysokości. Byłabym przeciwna, żeby likwidować kontrakty we wszystkich dziedzinach systemu opieki zdrowotnej ze względu na to, że z dużym prawdopodobieństwem, na przykład w przypadku ratownictwa medycznego, spotkalibyśmy się z tym, że jednak będzie nam brakowało specjalistów, którzy będą mogli udzielać właśnie pomocy. Tutaj też jest pytanie do Ministerstwa Zdrowia: Jak bardzo mamy to zweryfikowane, zmonitorowane, jeżeli chodzi o te kadry medyczne i ich rozmieszczenie i możliwość zaopiekowania się naszymi pacjentami na terenie całego kraju? Żeby nagle nie było, że nowe regulacje, nad którymi będziemy pracować, sprawią, że w pewnych obszarach naszego kraju nie będzie właśnie możliwości udzielania odpowiedniej pomocy pacjentom. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę o wyciszenie rozmów. Wiem, że są emocje.

Jeszcze jedno zdanie od posłanki Wichy.

Posel Joanna Wicha (Lewica):

Tak, chciałam tylko sprostować. W żadnym momencie nie powiedziałam, że jestem przeciwko kontraktom. Ja tylko powiedziałam, że jestem za usystematyzowaniem tych zarobków i stworzeniem jakiegoś sposobu, widełek czy innej kontroli tych płac, żeby one po prostu nie były w sposób nadmierny wygórowane.

Chciałam dodać jeszcze jedno słowo à propos tych kontraktów. Proszę państwa, to też nie jest tak, że kontrakty pojawiły się za naszego rządu. Chciałam przypomnieć kolegom i koleżankom z PiS, że to u państwa pojawiły się kontrakty. To znaczy, doszło do takiego momentu, że te kontrakty naprawdę zaczęły rządzić w ochronie zdrowia, bo brakowało lekarzy, brakowało pielęgniarek. Państwo, żeby zatrzymać pracowników ochrony zdrowia, pozwoliliście na to, żeby płace dyktowali sami lekarze. Tak że warto by było jednak nie tracić tego z horyzontu.

Głos z sali:

Sam pana Kasprzaka sprowadziłem.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Panie pośle, również dziękujemy za tę informację.
Teraz poseł Lorek.

Posel Grzegorz Lorek (PiS):

Wiem, że pani poseł była tu przede mną...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Pan poseł Lorek. Proszę panią poseł ewentualnie o podniesienie ręki, bo może kogoś...
Pan poseł Polaczek.

Posel Grzegorz Lorek (PiS):

Nie, była przede mną. Widziałem, jak zgłaszała się przede mną i dlatego...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Pani poseł Mucha, tak?

Posel Grzegorz Lorek (PiS):

Tak, pani poseł Mucha była przede mną.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Bardzo proszę, pani poseł Mucha.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Bardzo dziękuję. Będę kontynuowała to, o czym mówili moi przedmówcy, ale może z kilkoma bardziej konkretnymi pytaniami. Chciałabym dowiedzieć się od przedstawicieli NFZ, czy na dzisiejszym etapie NFZ nie ma możliwości sprawdzania, czy dany lekarz jest w dwóch miejscach jednocześnie. Jeśli lekarz pokazuje się w systemie w dwóch miejscach jednocześnie, to znaczy, że w jednym z tych miejsc nie pracuje, ale zarabia. Musimy to sobie uświadomić. W związku z tym pierwsze i chyba najważniejsze pytanie, to jest pytanie do przedstawiciela NFZ: Czy państwo jesteście w stanie to kontrolować, monitorować, wychwytywać? Jeśli odpowiedź jest pozytywna, to dlaczego to nie jest wykonywane.

Natomiast drugie pytanie to jest pytanie jeszcze bardziej skomplikowane. Ten lekarz w polskim systemie będzie pracował na kontrakcie, ale będzie też pracował bez kontraktu. Tutaj mam pytanie do pani ministry: Czy w takiej sytuacji jest w ogóle pomysł na to, w jaki sposób kontrolować, czy ten lekarz po raz kolejny nie jest w dwóch miejscach jednocześnie – w jednym miejscu objętym kontraktem, w drugim miejscu poza tym kontraktem? Myślę, że ten projekt, który został przedstawiony, jest oczywiście dobrym projektem, ale absolutnie niewystarczającym. Nie uzdrowimy systemu bez tego wejścia w czas pracy lekarzy. Myślę też, że te pomysły, które pojawiły się podczas dyskusji, również pomysł pana posła Cieszyńskiego, to są dobre pomysły, które powinniśmy wziąć na warsztat i dość szybko wprowadzić w życie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.
Teraz poseł Lorek.

Posel Grzegorz Lorek (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Pani minister, szanowni państwo, mam taką prośbę o wskazanie mi paragrafu, który w ustawie by jasno i wyraźnie pokazywał ilość miejsc pracy. Czyli przedmiotowy lekarz podobno pracował 60 godzin, 24 godziny na dobę. Który z paragrafów tej ustawy wyjaśni tę sytuację? Mam wrażenie, że zajmujemy się przede wszystkim albo tylko wynagrodzeniem, natomiast podstawowy problem to jest właśnie ten czas pracy i nie widzę tego w tej ustawie. Bardzo proszę o odpowiedź na to pytanie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, to nie jest ta ustawa. To jest ustawa, która umożliwi nam zbieranie informacji o wysokości zarobków, a właściwie nie nam, tylko AOTMiT.

Pan poseł Polaczek, bardzo proszę.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Pani przewodnicząca, pani minister, koleżanki i koledzy, szanowni goście, w tej mojej wypowiedzi, która jest komentarzem do procedowanego druku nr 2685, który jest projektem częściowym, chciałbym się odnieść do pewnej realnej rzeczywistości, w której pojawia się ten projekt. Mam kilka takich wyjściowych, myślę, że bardzo symbolicznych porównań. Ten najbardziej skrajny, patologiczny przykład, który jest we wszystkich możliwych mediach, dotyczący tego skandalu w postaci dochodu 28-letniego lekarza bez specjalizacji na łączną kwotę 1,6 mln zł, to jest rzeczywistość, w której pracownik służby zdrowia jest, jeśli chodzi o dochody, wyżej zarabiającym pracownikiem od prezesa Narodowego Banku Polskiego o chyba 100 tys. zł, jest wyżej zarabiającym pracownikiem od prezesa PKO Banku Polskiego, który zatrudnia 22 tys. osób i odpowiada za istotną część sektora finansowego. To są wyższe zarobki od dziesiątek szefów giełdowych firm o zróżnicowanej strukturze kapitałowej, państwowej i prywatnej. Można by wymienić Orlen, spółki prywatne sektora chemicznego, czy też są to zarobki wyższe od jednego z liderów biznesu, jakim jest choćby postać pana Rafała Brzosi, szefa InPostu. Jest to sygnał alarmowy i pewien obraz patologii, która jest tolerowana, akceptowana przy jakimkolwiek braku nadzoru ze strony organów nadzorczych. Mówimy w szczególności o tej strukturze szpitali, które są zarządzane przez szczebel samorządowy, wojewódzki, miejski czy powiatowy.

Robię drugi rok taką organizacyjną, finansową analizę szpitali wojewódzkich w województwie śląskim, za który odpowiada marszałek. Mam za chwilę kilka takich konkluzji wyjściowych, które może pomogą w pracach nad tym projektem, czy pomogą Ministerstwu Zdrowia, ale podzielę się tymi uwagami. Po pierwsze, dzisiaj ta obiektywna rzeczywistość, która dotyczy przede wszystkim wynagrodzeń tego wyższego szczebla, jakim jest zawód lekarza w strukturze zawodów sektora służby zdrowia, wniosek z niej jest taki, iż jeśli się nie mylę, że 100% zarówno umów o pracę, które odpowiadają zatrudnieniu na jeden etat, czy umów kontraktowych, które odzwierciedlają również ten czas pracy na pełny etat, te uposażenia są na pewno wyższe od uposażenia marszałka sejmiku, premiera czy konstytucyjnego ministra. To jest informacja, która powiedziałbym, że jest obiektywnie, statystycznie dostępna w szpitalach publicznych w Polsce.

Trzecia kwestia, do której chcę się odnieść, to jest to, iż ta narastająca nierównowaga finansowa – mówię o tym bardzo gwałtownie wzrastającym udziale kosztów osobowych – wpływa na przede wszystkim ochronę życia i zdrowia pacjentów. Z analizy dokumentów, które dostaje ze szpitali wojewódzkich w województwie śląskim, takich jak specjalistyczne, rehabilitacyjne, psychiatryczne czy wojewódzkie pogotowie ratunkowe – ta konkluzja prowadzi do takiego wniosku, który sprowadza się do narastającego, bardzo głębokiego przeciążenia finansowego, kadrowego i organizacyjnego. Te problemy, które zgłaszają placówki służby zdrowia, mają charakter powtarzalny. Są związane z niedostatkami w sferze onkologii, ortopedii, rehabilitacji, neurologii, pulmonologii, ratownictwa medycznego. Dyrektorzy wskazują na to, iż te koszty rosną szybciej niż finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia, a wyceny świadczeń odpowiadają rzeczywistym kosztom leczenia. Nadwykonania są realizowane, ale są nieopłacane, a szpitale utrzymują ciągłość leczenia kosztem zadłużania się oraz ograniczania inwestycji.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, jeszcze strona społeczna oczekuje na możliwość wypowiedzi.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Proszę bardzo, ale proszę mi pozwolić dokończyć ten komentarz, który, myślę, że jest też pomocny paniom i panom posłom.

Chcę też zwrócić uwagę na jedną różnicę, którą chciałbym też tak publicznie zasygnalizować. Jest pewna prawidłowość w tych danych, które pozyskałem ze struktury szpitali wojewódzkich czy szpitali uniwersyteckich w województwie śląskim, tam, gdzie organami prowadzącymi jest na przykład Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach czy Ministerstwo Zdrowia. W tych placówkach, o dziwo, nie ma takich gwałtownie wyskakujących kominów płacowych w postaci pensji, które przekraczają sto czy sto kilkadziesiąt tysięcy złotych miesięcznie. Tam ta gospodarka finansowa jest prowadzona bardziej racjonalnie. Tutaj epatujemy tym patologicznym przypadkiem z Warszawskim Szpitalem Południowym. Mogę przytoczyć z pamięci teraz kilka takich danych. Najwyższe miesięczne wynagrodzenie kontraktowe, gdzie uzyskałem odpowiedź na piśmie jednego z dyrektorów szpitali wojewódzkich, konkretnie w szpitalu w Jastrzębiu w 2024 r., to miesięczne wynagrodzenie przekraczało 187 tys. zł. To jest ponad 2 224 000 zł.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, kończymy, bardzo proszę. Można by tak wymieniać wszystkie przypadki z każdego województwa. Możemy kończyć?

Poseł Jerzy Polaczek (PiS):

Ostatnie zdanie. Zwracam również uwagę na to, że bardzo często pojawiają się różnego rodzaju opinie dotyczące struktury kosztów w szpitalach. Jedna rzecz jest oczywiście najbardziej charakterystyczna. Jest to udział kosztów osobowych w granicach między 78% a... Nie chcę wymieniać poszczególnych szpitali, gdzie mam te dane, ale na przykład koszty energii to są 2–3%, koszty zakupu leków w strukturze kosztów kontraktu to jest między 3 a 5%. Proszę, że tak powiem, porównać wagowo, jaka to jest gwałtowna różnica. Myślę, że ten punktowy projekt rekomendowany przez rząd dotyczący zbierania danych o zatrudnieniu nie rozwiązuje wielu innych zagadnień, zwłaszcza – nie będę się powtarzał...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy.

Poseł Jerzy Polaczek (PiS):

Zwłaszcza wobec tych wypowiedzi pań i panów posłów, którzy zwracają uwagę na bardzo rzetelną ocenę czasu pracy osób zatrudnionych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy.

To będzie przedostatni głos. Posłanka Borowiec.

Poseł Bożena Borowiec (Lewica):

Pani przewodnicząca, pani minister, szanowni państwo, odnosząc się też do tego, co powiedzieli moi przedmówcy, myślę, że powinniśmy zwrócić szczególną uwagę na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia doskonale wie, ile jest zasobów, ilu jest lekarzy, ile jest szpitali. Tak naprawdę należy znaleźć sposób, jak utrzymać tę tkankę tak, żeby pacjent miał dostęp do lekarza przy takich zasobach. To, co w tej chwili obserwujemy od lat – to nie jest ostatni rok czy dwa – to wycieczki zespołów medycznych. To nie jest tak, że jeden lekarz szuka pracy, tylko na przykład w szpitalu jest zagrożenie, że oddział neurologii nie będzie funkcjonował, to cały oddział jest w gotowości: lekarze, pielęgniarki, ordynator, którzy za wyższym wynagrodzeniem przejdą 20 km dalej. Tak naprawdę mamy do czynienia nie z biznesem, gdzie jeden biznesmen odkupuje od drugiego specjalistę, tylko mamy do czynienia z taką patologią, że jest akceptacja tego, że ten sam lekarz 20 km dalej będzie miał od kolejnego miesiąca 10 tys. zł więcej z tych samych środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Myślę, że jeżeli nie wrócimy do zasobów, do szpitali, do wynagrodzeń i maksymalnego wynagrodzenia, to generalnie będzie brakowało środków na leczenie pacjentów. Rozmawiałam teraz z człowiekiem, który się chce diagnozować w związku z podejrzeniem chorób mięśni. Zapisał się na 21 czerwca 2030 r. na godzinę 9.00 do neurologa. Myślę, że powinniśmy dokładnie oglądać każdą złotówkę, bo to jest składka zdrowotna, a nie składka uposażeniowa dla personelu medycznego. Zobaczmy tego pacjenta, który jest na końcu. Myślę, że cztery lata czekania na wizytę diagnostyczną to jest stanowczo za dużo. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Przewodnicząca Gelert.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Chciałabym poruszyć jedną sprawę, o której wcześniej też państwo mówiliście, o tym, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia zmniejszył wymogi, bo może wtedy będzie to o wiele lepsze itd. Chciałabym powiedzieć mojemu koledze, posłowi Hocowi, że wymóg dwóch specjalistów na oddziale to wcale nie jest jakiś wygórowany i wyśrubowany wymóg. Szanowny kolego, dwóch specjalistów na hematologii, przed chwilą pan o tym mówił. Jak to sobie wyobrażamy? Jeżeli taki lekarz nie będzie miał ani czasu na urlop, ani na jakiegokolwiek zwolnienie, ani na samokształcenie, ani na kształcenie studentów czy też młodych lekarzy, którzy przyjdą, bo przecież jedno...

Posel Czesław Hoc (PiS):

Może być w trakcie specjalizacji.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

...bo przecież jedno... A kto go będzie uczył, jeżeli będzie jeden lekarz na oddziale? Właśnie o tym mówię. Czy to jest naprawdę takie bardzo wygórowane? Nie. Najlepiej powiedzieć, że starczy jeden specjalista w każdej dziedzinie i wtedy otworzymy szeroką ścieżkę do bylejakości, do tego, że każdy szpital, każdy oddział będzie mógł otwierać każdy oddział, bo zawsze znajdzie jednego lekarza. Tylko na ile? Może też na chwilę. Może należy się tu pochylić. Pewnie, że jest zadanie dla Narodowego Funduszu Zdrowia nie pozwalać na otwieranie zbyt wielu oddziałów, a potem jest kłopot, co z tym zrobić. Tak że naprawdę przestrzegam przed bylejakością. Owszem te nieprawidłowości, o których państwo mówicie, one są i należy z nimi walczyć i na pewno należy cokolwiek z nimi zrobić. Nie możemy jednocześnie spowodować, ażeby ta opieka była opieką naprawdę... Żeby ta opieka się pogorszyła.

Czyli to, że szpitale kliniczne i wojewódzkie działają racjonalnie, to często dlatego, że właśnie szpitale powiatowe otwierają zbyt dużo oddziałów, zakładając z góry, że nie mają do nich specjalistów. Co innego oczywiście mapy zdrowotne etc. Nad tym też trzeba się pochylić. Trzeba to logicznie podzielić w całym województwie, jak to ma wyglądać, ale nie wszystko w każdym szpitalu powiatowym, bo akurat dziś pacjent musi mieć lekarza, ale czy jutro będzie go miał – to nie wiadomo. Więc otwiera się nowy oddział i Narodowy Fundusz Zdrowia czy też urząd wojewódzki powinni zdecydowanie podejmować swoje działania. Nie wiem, to na pewno pan prezes NFZ powie, czy faktycznie ma tak pełną wiedzę na temat tych lekarzy, ponieważ czym innym jest zatrudnienie lekarza, a czym innym jest jego wymiar czasu pracy. Nie wiem, czy NFZ zbiera też informacje, ile każdy lekarz pracuje. Wtedy to jest oczywiste, że można jasno określić, czy pracuje 500 godzin, czy nie. Natomiast absolutnie jestem przeciwna temu, ażeby w ogóle dyskutować na temat zmniejszania wymogów, jeżeli chodzi o poszczególne oddziały, poszczególne specjalizacje. Są jeszcze akredytacje na szkolenia, które przecież też wymagają odpowiedniej liczby i odpowiedniego zabezpieczenia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Pozwolę sobie powiedzieć ostatnie zdanie przed stroną społeczną. Pani przewodnicząca Gelert podjęła też ważny temat dotyczący czasu pracy. Pytanie brzmi: Jak to jest monitorowane i czy w ogóle jest jakaś możliwość monitorowania czasu pracy lekarzy, którzy pracują w kilku miejscach? Czy ktoś to zbiera? Czy to jest gdzieś widoczne? To znaczy: Czy to jest podawane do funduszu i fundusz ma możliwość zobaczyć, że ta praca jest wykonywana w tych kilku miejscach?

Ze swojej strony chcę tylko przede wszystkim powiedzieć, że cieszę się, że ten rząd podjął się tego wyzwania. Wiemy już od dawna, że to jest wyzwanie i nikt jakoś się na to nie zdecydował. Cieszę się, że pan poseł Cieszyński też bije brawa, bo się należą. Ciekawi mnie natomiast, czy wiadomo, kiedy będą jakieś efekty tej ustawy. Kiedy będziemy wiedzieli, jaka to jest skala osób zarabiających bardzo wysokie stawki i co dalej? To znaczy, jaki musimy przewidzieć ten czas.

Kończymy pytania parlamentarzystów. Bardzo proszę, strona społeczna. Oczywiście proszę się przedstawić.

Ekspert Polskiego Towarzystwa Gospodarczego Wojciech Wiśniewski:

Naturalnie. Wojciech Wiśniewski, Polskie Towarzystwo Gospodarcze, jestem członkiem Trójstronnego Zespołu do spraw Ochrony Zdrowia.

Nie ukrywam, oczywiście należy przyjąć to z otwartością, że ten projekt jest procedowany. Dość powiedzieć, że od kwietnia ubiegłego roku na zespole trójstronnym dyskutowaliśmy, że jest

to warunek sine qua non tego, żeby pójść w którąkolwiek stronę. Nie można czegoś poprawić, jak czegoś nie można zmierzyć. Natomiast jest to projekt... Natomiast jest pytanie, co zrobimy z tymi danymi. Tutaj są dwie rzeczy. Po pierwsze, biorąc pod uwagę, że efekty zbiórki będą, jakie będą, ale pytanie brzmi, jakie będą kierunki interwencji dotyczące tego, jak ograniczyć to zjawisko. Nie ulega wątpliwości, że publiczny system ochrony zdrowia nie stać na utrzymanie takich kominów płacowych w wielu zakresach.

Druga rzecz. Rozmawiamy dzisiaj wyłącznie o wynagrodzeniach kontraktowych. Natomiast zgodnie z opinią wszystkich związków zawodowych i wszystkich organizacji pracodawców, zrobienie czegoś i uregulowanie kwestii wynagrodzeń kontraktowych daje szansę na dyskusję o nowelizacji ustawy podwyżkowej. Jeżeli porównamy medianę wynagrodzenia w poszczególnych grupach w rozumieniu ustawy podwyżkowej – tak pozwolę sobie ją nazwać – w stosunku do mediany średniego wynagrodzenia w gospodarce, to podkreślam, że wszystkie grupy, nawet pracownicy działalności podstawowej z wykształceniem niższym niż średnie, zarabiają powyżej mediany w gospodarce narodowej. Czyli ci, którzy to finansują, zarabiają generalnie mniej niż osoby, które pracują na podstawie umów o pracę w systemie ochrony zdrowia. Pytanie brzmi, jakie będą kierunki interwencji, jeżeli chodzi o regulowanie wynagrodzeń kontraktowych. W mojej opinii to naprawdę nie zależy od wyników. Strona pracodawców przedstawiła swoje kompletne, niezmienione do dzisiaj stanowisko w listopadzie ubiegłego roku. Drugie pytanie brzmi: Czy to otwiera szansę na nowelizację ustawy podwyżkowej, czyli ustawy o sposobie ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego?

Na koniec tylko powiem, że w trybie dostępu do informacji publicznej otrzymałem prognozę przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia na kolejne trzy lata. Luka finansowa w przyszłym roku jest zaplanowana na poziomie około 22 mld zł, więc to nie jest tak, że ten problem jakoś zniknie. Jeżeli mogę uprzejmie prosić o odpowiedź, będę zobowiązany.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Proszę kolejną osobę. Czy są jeszcze jakieś zgłoszenia ze strony społecznej? Nie widzę. W takim razie poproszę ministerstwo o udzielenie odpowiedzi na pytania.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Pani przewodnicząca, pani przewodnicząca Wicha dwa razy zabierała głos. Ja też chciałam zabrać głos.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę ministerstwo o udzielenie odpowiedzi na pytania.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Ale pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Pani poseł Zawisza, był czas na wypowiedzi parlamentarzystów, był również czas strony społecznej.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Ignoruje mnie pani cały czas. Zgłaszałam się przed stroną społeczną.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Pani minister, musimy poczekać. Muszę przytrzymać lewy guzik. Czy możemy już posłuchać odpowiedzi na zadane pytania?

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Czy koalicja rządząca będzie zadawać pytania po dwa razy, a ja nie mogę zadać pytania?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Nikt nie zadawał pytań dwa razy.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Posłanka Wicha zadawała. Miała możliwość zadania pytania.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ad vocem to było. Ad vocem.

Posel Marcelina Zawisza (Razem):

Jedno zdanie. Ja też tylko jedno zdanie, obiecuję.

Głos z sali:

Ale ona ma salonik.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Ja poczekam.

Posel Joanna Wicha (Lewica):

Nie mam saloniku, pani poseł. Czekam w kolejce w MSWiA na realizację dziewiąty tydzień. Niech pani nie gada takich głupot, bo to jest obraźliwe.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy możemy już wysłuchać odpowiedzi ministerstwa?

Posel Marcelina Zawisza (Razem):

Mogę jedno zdanie?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Nie, pani poseł.

Pani minister, bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi. Trzeba włączyć mikrofon.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Szanowna pani przewodnicząca, zanim udzielię odpowiedzi, to może pozwolę, że pan prezes NFZ się wypowie, a potem będę ja i moi współpracownicy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę parlamentarzystów, których nie interesują odpowiedzi na pytania, o opuszczenie sali. Jeżeli ktoś jest zainteresowany, to bardzo proszę o wysłuchanie odpowiedzi.

Teraz poprosimy prezesa NFZ o udzielenie odpowiedzi na pytania.

Posel Marcelina Zawisza (Razem):

Ale nas interesuje... Czy później będzie można zadawać pytania?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Pani poseł, czy potrafi pani jakoś tak normalnie uczestniczyć w posiedzeniu Komisji bez krzyków? Naprawdę miała pani czas na zadanie pytania, teraz słuchamy odpowiedzi.

Bardzo proszę, panie prezesie. Mam nadzieję, że uda się udzielić odpowiedzi.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, kilkakrotnie przywoływana była instytucja Narodowego Funduszu Zdrowia i pewne gromadzenie informacji i przede wszystkim sprawdzanie grafików personelu medycznego, bo przecież nie tylko lekarzy. Ta zmiana ustawowa dotyczy przede wszystkim danych, które gromadzi AOTMiT. Bez wątplenia współpracujemy z agencją i to są dane, na podstawie których pewne regulacje dotyczące funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia mogą być na pewno zmieniane czy też poprawiane.

Jeśli chodzi o potencjał, również potencjał personalny zgłaszany przez poszczególne placówki, to ten potencjał jest załącznikiem do obowiązującej umowy, w którym świadczeniodawca zgłasza, jaki lekarz, jaka pielęgniarka w jakim czasie będą pracować. Oczywiście na etapie konkursów czy na etapie weryfikacji w miarę możliwości i w miarę możliwości naszego systemu informatycznego sprawdzamy tak zwane konflikty czy też pewne pokrywanie się i wówczas nie wpisujemy tego do potencjału. Świadczeniodawca musi to zmienić.

Natomiast jest zasadnicza różnica między gromadzeniem tych danych w świadczeniach takich jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna, gdzie mamy godzinowy wymiar pracy poszczególnych lekarzy – bo mówimy dzisiaj o lekarzach – i lecznictwo szpitalne, czyli w zasadzie połowa środków, która stanowi plan Narodowego Funduszu Zdrowia, to jest szpital. Mamy średniotygodniowy wymiar czasu pracy, czyli nie ma konkretnej godziny wskazywanej przez szpital, kiedy kto pracuje online, powiedzmy, że na bieżąco, na żywo, w stanie rzeczywistym. Wynika to z pewnej specyfiki, konieczności zabezpieczenia dyżurów, konieczności zabezpieczenia jakichś sytuacji losowych typu zachorowanie i tego typu działanie. Jak wiemy, w przeciwieństwie do na przykład rehabilitacji czy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w szpitalu trzeba zachować ciągłą pomoc i ciągłe zabezpieczenie dla pacjentów. W sytuacjach, w których poprzez

nasze analizy widzimy jakieś symptomy wskazujące nieprawidłowości, to po prostu wchodzimy tam na kontrolę i sprawdzamy, tak jak w przypadku, który dzisiaj jest tak bardzo emocjonalny, to sprawdzamy oczywiście w dokumentacji medycznej wszystkie miejsca, w których pracownik czy też pracownik medyczny mógł przebywać i czy nie ma konfliktu.

Jeżeli chodzi o wymagania dotyczące liczby personelu czy też czego... czym muszą dysponować poszczególne oddziały szpitalne, żeby móc udzielać świadczeń zgodnie z przepisami, to pragnę zauważyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia opiera się na rozporządzeniach koszykowych. Tam nie urzędnik Narodowego Funduszu Zdrowia określa, ilu ma być lekarzy czy też ile ma być pielęgniarek w danym miejscu, tylko jest to akt normatywny wyższego rzędu, który jest zawsze konsultowany ze środowiskiem medycznym, z ekspertami w danej dziedzinie, którzy korzystają ze swojej wiedzy i doświadczenia i określają, co jest najbezpieczniejsze dla pacjentów. Naturalnie, w innych obszarach proponujemy działania zmierzające do jak najbardziej oszczędnego podejścia do wykorzystania kadry, a przede wszystkim ograniczenia konieczności samego dyżurowania lekarzy czy też personelu medycznego poprzez zachęcanie do zmiany sposobu funkcjonowania oddziału i przechodzenia na oddziały planowe, na oddziały jednodniowe czy też w ogóle przesuwanie pewnych aktywności medycznych do ambulatorium. To się dzieje. Pewnie uważnie obserwując zmiany legislacyjne, widzicie państwo, w którą stronę idziemy.

Poza tym bardzo istotnym elementem optymalnego wykorzystania kadry medycznej są działania restrukturyzacyjne i konsolidacyjne, zmierzające do tego, o czym tu wielu z państwa mówiło, że należy raczej koncentrować tę opiekę medyczną, zwłaszcza w tak wyspecjalizowanych zakresach, o jakich tu była mowa, o neurologii, o hematologii. Tu faktycznie nie chodzi o to, żeby była duża liczba rozproszonych oddziałów po całej Polsce, zwłaszcza w planowych świadczeniach, ale żeby ten dostęp był jak najbardziej optymalny przy utrzymaniu koncentracji i maksymalnym wykorzystaniu personelu medycznego w sposób odpowiadający liczbie pacjentów korzystających z tej opieki. Myślę, że to tyle, jeśli chodzi o normy i wymogi i pewne działania związane z kontrolowaniem czasu pracy. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie prezesie.

Teraz udzielię głosu pani minister Kęckiej. Natomiast jest taka uwaga dla parlamentarzystów: zrobimy za 8 minut przerwę. O godzinie 13.00 odbędą się głosowania, czyli o 12.50 zrobilibyśmy przerwę i potem wrócimy. Jeśli uda się odpowiedzieć na pytania w 8 minut, to zakończymy pierwsze czytanie i wrócimy po głosowaniach już do rozpatrzenia ustawy. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, przede wszystkim bardzo dziękuję. Pani poseł Wicha mówiła o tym, że mamy też całą rzeszę uczciwych, wiarygodnych lekarzy. Bardzo dziękuję za te słowa, bo faktycznie wylewa się w tej chwili krytyka na tę grupę zawodową w oparciu o doniesienia medialne. Ta zmiana w ustawie faktycznie ma świadczyć też temu, czy ma służyć temu, abyśmy też mogli to powiedzieć, bo zakładam, że to są incydentalne przypadki. Tak naprawdę dotyczy to niewielkiego ułamka lekarzy i temu służą te projektowane zapisy. Też nie chciałabym, abyśmy wylewali, brzydko mówiąc, pomyje na pewne grupy zawodowe z powodu różnych doniesień medialnych, aczkolwiek faktycznie ten jeden przypadek czy też przypadki, które pojawiają nam się w przestrzeni publicznej, wskazują, że te zachowania są wysoce nieetyczne.

Szanowni państwo, jeśli chodzi o sam ciąg dalszy, bo państwo też zadają pytania: Dobrze, zbierzemy i co dalej? Państwo posłowie, AOTMiT ma zaplanowane zbieranie danych o wynagrodzeniach dwa razy do roku. Kolejna planowana zbiórka jest planowana na wrzesień. W przypadku przyjęcia tej ustawy ta zbiórka będzie już zbiórką, która pozwoli na uzyskanie rzetelnych danych na PESEL o wynagrodzeniach, więc te dane będą już agregowane przez AOTMiT we wrześniu. To pozwoli też oszacować, jaka jest skala tego zjawiska, czyli takich incydentów, które są zwyczajnie nieetyczne. To trzeba sobie powiedzieć wprost. To pozwoli nam podjąć dalsze kroki.

Oczywiście pan prezes Wiśniewski słusznie podtrzymał to, że od jesieni, a nawet od kwietnia rozmawiamy na temat pewnych regulacji. W tej chwili w resorcie zdrowia mamy przygotowane pewne rozwiązania. Rozmyślamy zarówno nad indywidualnym, ale i podmiotowym CAP-em. Analizujemy też możliwość, brzydko mówiąc, przywiązania, tak jakby takiej lojalnościówki poprzez wynagrodzenie przy założeniu, że nawet jeżeli to będzie umowa B2B, to będzie

co najmniej połowa wymiaru równoważnika etatu. Mamy w tej chwili te rozwiązania na stole. Szanowni państwo, żeby nie wzbudzać niepotrzebnych emocji, chcemy najpierw przeanalizować faktyczne zjawisko. To jest narzędzie do tego. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję za udzielenie odpowiedzi.

Stwierdzam zakończenie pierwszego czytania. Ogłaszam przerwę do godziny 13.15.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Wznawiam posiedzenie.

Artykuł 1, zmiana nr 1. Czy są uwagi do zmiany nr 1? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 1 została rozpatrzona.

Zmiana nr 2. Czy są uwagi do zmiany nr 2? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 2 została rozpatrzona.

Zmiana nr 3. Czy są uwagi do zmiany nr 3? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 3 została rozpatrzona. Tym samym rozpatrzyliśmy art. 1.

Artykuł 2. Czy są uwagi do art. 2? Biuro Legislacyjne, bardzo proszę.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Dzień dobry. Szanowni państwo, chcemy tylko zwrócić uwagę, że była złożona poprawka chyba pana posła Cieszyńskiego.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękuję bardzo. Pana posła nie ma.

Poproszę stanowisko rządu do poprawki.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Szanowni państwo, biorąc pod uwagę krótki czas, niestety nasze systemy teleinformatyczne nie są na to dzisiaj gotowe, ale bardzo dziękujemy. To jest świetne rozwiązanie przy procedowaniu następnej ustawy. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Proszę posłów o zalogowanie się do systemu, bo też będziemy głosować.

Czy pani posłanka Mucha teraz chciałaby zabrać głos, czy po głosowaniu? Do poprawki, tak? Bardzo proszę.

Poseł Joanna Mucha (niez.):

Pani przewodnicząca, poproszę o sprawdzenie kworum.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Wznowiliśmy posiedzenie. Kworum już było sprawdzane na samym początku posiedzenia.

Poseł Joanna Mucha (niez.):

Tak, ale mam głębokie przekonanie, że nie ma w tej chwili kworum.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Jest kworum, to po pierwsze. Po drugie, wznowiliśmy posiedzenie i kworum było od początku, ale sekretariat informuje, że jest kworum. Dziękuję.

Czy są jeszcze jakieś uwagi? Biuro Legislacyjne.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Szanowni państwo, jeśli można, Biuro Legislacyjne również wskazuje, że nie miało czasu na analizę tego projektu. Natomiast jeżeli chodzi też o przedstawioną poprawkę, to jedynie chcemy wskazać, nie odnosząc się do meritum, że mamy pewne wątpliwości co do ewentualnego zakresu tej poprawki. Już tak nie... W takim trybie też nie jesteśmy w stanie tak odnieść się na szybko, ale mamy jednak pewne wątpliwości co do wykroczenia poza zakres.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękuję. To przegłosujemy tę poprawkę.

Tak jak mówiłam, proszę o zalogowanie się i proszę o przygotowanie głosowania. Proszę o głosowanie w sprawie poprawki pana posła Cieszyńskiego. Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 17 osób. 3 osoby były za, przeciw – 13, 1 osoba się wstrzymała. Stwierdzam, że poprawka nie uzyskała większości.

Czy są jeszcze jakieś uwagi do art. 2? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 2 został rozpatrzony.

Artykuł 3. Czy są uwagi do art. 3? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 3 został rozpatrzony. Tym samym rozpatrzyliśmy... Dobrze, wniosek mniejszości. Pan poseł Cieszyński go zgłasza. Projekt ustawy został rozpatrzony. Czy ktoś zgłasza sprzeciw wobec przyjęcia całego projektu ustawy? Posłanka Zawisza, tak? Głosować, tak? Głosować całość. Dobrze, to bardzo proszę o zalogowanie się.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Wniosek mniejszości.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak, już to powtórzyłam.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałem do mikrofonu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, przepraszam. To proszę o zalogowanie się i przygotowanie głosowania do całości projektu ustawy. Kto jest za przyjęciem projektu ustawy z druku nr 2685? Poczekamy na pana posła.

To jeszcze raz. Kto jest za przyjęciem projektu ustawy? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 19 osób. 15 osób było za, 1 osoba była przeciw, 3 osoby wstrzymały się. Stwierdzam, że projekt ustawy został przyjęty.

Musimy jeszcze wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi sprawozdanie Komisji na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Proponuję, aby sprawozdawcą została przewodnicząca Elżbieta Gelert. Czy są inne propozycje? Nie widzę. Czy pan poseł ma propozycję? Czy pani poseł Zawisza się zgadza? Dobrze. Czy pani poseł Gelert się zgadza?

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Tak.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, to proszę o przystąpienie do głosowania. Będziemy głosować sprawozdawcę. Kto jest za panią poseł Zawiszą? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 19 osób. 5 osób było za, przeciw – 14, nikt się nie wstrzymał.

Proszę o otwarcie głosowania na sprawozdawcę na przewodniczącą Gelert. Kto jest za panią przewodniczącą Gelert? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 16 osób. 13 osób było za, 1 – przeciw, 2 osoby się wstrzymały. Stwierdzam, że pani poseł Elżbieta Gelert została sprawozdawcą ustawy i tym samym rozpatrzyliśmy projekt ustawy.

Przejdziemy do drugiego punktu Komisji.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Szanowni państwo, przystępujemy do realizacji drugiego punktu porządku dziennego. Marszałek Sejmu w dniu 9 czerwca 2026 r. skierował rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2643) do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania.

Przystępujemy do pierwszego czytania projektu ustawy z druku 2643. Przypominam, że zgodnie z art. 39 ust. 1 regulaminu Sejmu pierwsze czytanie obejmuje uzasadnienie projektu przez wnioskodawcę, debatę w sprawie ogólnych zasad projektu oraz pytanie posłów i odpowiedzi wnioskodawców. Poproszę panią minister zdrowia, przedstawiciela wnioskodawcy o przedstawienie uzasadnienia do projektu ustawy. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, państwo posłowie, jeśli chodzi o ustawę o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i niektórych innych ustaw, to tak naprawdę projekt ustawy ma na celu uproszczenie funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej przy jednoczesnym zachowaniu wysokiego poziomu jakości świadczeń opieki zdrowotnej i efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Projekt ustawy zmierza do ograniczenia obciążeń administracyjnych i organizacyjnych spoczywających na podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej, uproszczenia i doprecyzowania przepisów dotyczących organizacji opieki onkologicznej i zwiększenia przejrzystości i spójności regulacji zgodnie z postulatami świadczeniodawców. Jakie mamy kluczowe zmiany? Przede wszystkim:

- wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w postaci elektronicznej;
- wprowadzenie definicji ciągłości opieki onkologicznej jako skoordynowanego procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej;
- doprecyzowanie roli koordynatora opieki onkologicznej oraz zasad jego zatrudnienia na stanowisku działalności podstawowej koordynatora pacjenta onkologicznego;
- doprecyzowanie definicji planu leczenia onkologicznego jako elektronicznej dokumentacji medycznej;
- zniesienie obowiązku prowadzenia badania satysfakcji pacjentów jako powielenia regulacji z ustawy o jakości;
- uproszczenie zasad organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych – jest organizacja po stronie Specjalistycznego Ośrodka Leczenia Onkologicznego (SOLO) I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu;
- wydłużenie okresu weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej kryteriów kwalifikacji do KSO z dwóch do trzech lat – trzyletni cykl pozwala na bardziej miarodajną ocenę trwałości spełniania wymagań;
- uproszczenie i doprecyzowanie zasad monitorowania jakości opieki onkologicznej, w tym określenie wskaźników jakości oraz ich wartości minimalnych i docelowych w jednym akcie wykonawczym;
- powierzenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia weryfikacji wskaźników jakości opieki onkologicznej – zmiana przyspieszy proces oceny wartości wskaźników jakości onkologicznej, który w obecnym brzmieniu ustawy o krajowej sieci prowadzony miał być za pośrednictwem Krajowej Rady Onkologicznej;
- przesunięcie terminu pierwszego obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej;
- przeniesienie analizy danych w zakresie jakości opieki onkologicznej do NFZ i wojewódzkich ośrodków monitorujących, zamiast Krajowego Ośrodka Monitorującego i wojewódzkich ośrodków monitorujących.

Kolejne zmiany to: zniesienie obowiązku funkcjonowania odrębnej infolinii onkologicznej umożliwiającej zapis na świadczenie opieki zdrowotnej w KSO w związku z wdrażaniem centralnej e-rejestracji; doprecyzowanie w ustawie zakresu danych gromadzonych w ramach karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) zamiast w odrębnym akcie wykonawczym oraz wprowadzenie powiązania rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w KSO z kartą DiLO.

Zmiana od 1 stycznia 2027 r. zapewni wystawianie karty DiLO wszystkim uprawnionym świadczeniobiorcom, a także kompletność zbierania danych niezbędnych do obliczenia wskaźników jakości opieki onkologicznej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę. Otwieram debatę. Chciałam państwu powiedzieć, że już oczywiście było dużo dyskusji na temat sieci onkologicznej, bo właściwie kilkakrotnie to dyskutowaliśmy. W tej chwili mamy ustawę, którą powinniśmy przeprzeć. Proszę państwa, mamy salę do godziny 14.30. Wszystko zależy od tego, na jakim etapie zakończymy nasze posiedzenie o godzinie 14.30.

Tak że bardzo proszę, otwieram debatę. Bardzo proszę, pani poseł Katarzyna Stachowicz.

Poseł Katarzyna Stachowicz (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Pani minister, wspomniała pani o doprecyzowaniu roli koordynatora. Wiemy, że koordynator to osoba, która prowadzi osobę chorą onkologicznie od początku

choroby i pełni bardzo ważną rolę. Chciałam zapytać też właśnie w kwestii karty e-DiLO. Wiemy, że w karcie e-DiLO był PESEL koordynatora. Czy to będzie zmienione? To znaczy już wcześniej wnioskowałam o to, żeby to był numer certyfikatu, na podstawie którego koordynatorzy otrzymują uprawnienia koordynatora. Chciałabym się jeszcze dowiedzieć, na czym polega to doprecyzowanie roli koordynatora onkologicznego. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Pan poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, szanowna pani minister, w styczniu tego roku pan prof. Stanisław Klęk z Narodowego Instytutu Onkologii w Krakowie poinformował, że w przypadku nawet 20% chorych na nowotwory trafiających do Narodowego Instytutu Onkologii po operacjach w szpitalach SOLO I Krajowej Sieci Onkologicznej miało miejsce leczenie rozpoczęte niezgodnie ze standardami. To są porażające informacje. Chciałem się dowiedzieć, w jaki sposób przedstawiony przez ministerstwo projekt ustawy wpływa na to, żeby więcej nie doszło do takich skandalicznych sytuacji. Przy okazji bardzo bym prosił o informację, jakie działania podjął resort po tym, jak okazało się, że właśnie pan profesor z instytutu, który podlega resortowi, podał taką informację do wiadomości publicznej. Zakładam, że państwo macie taką wiedzę. Też bardzo bym prosił o ewentualne potwierdzenie lub zaprzeczenie, czy jest tak, jak pan profesor mówi. Tutaj między innymi pan profesor zgłasza też takie problemy, że szpitale o niższym poziomie referencyjności nie zgłaszają części pacjentów do konsyliów, obawiając się, że trafią oni do ośrodków SOLO III, a wraz z nimi odpłyną środki z NFZ. W obliczu problemów finansowych w systemie ochrony zdrowia to brzmi naprawdę bardzo niepokojąco, bo jak wskazuje pan profesor, dla niektórych chorych oznacza to bowiem pogorszenie rokowań nawet o kilkadziesiąt procent. Mówimy o pacjentach onkologicznych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Borowiec.

Poseł Bożena Borowiec (Lewica):

Pani przewodnicząca, pani minister, szanowni państwo, bardzo dziękuję za te ważne zmiany do ustawy. Myślę, że koordynatorka DiLO to jest niedoceniana i nieznana większości pacjentów osoba, która jednak wspiera pacjenta w leczeniu. Nawiązując do tego, o czym była mowa na pierwszej części Komisji, i mówiąc o leczeniu onkologicznym, chciałam prosić panią minister o zwrócenie uwagi na to, że żeby być podmiotem realizującym SOLO III poziomu trzeba posiadać własną brachyterapię. Brachyterapia, takie badanie, jest potrzebne tylko dla 12% populacji. Na pierwszej części Komisji mówiliśmy, że mamy drogie urządzenia i nie mamy specjalistów. Te urządzenia są wykorzystywane po dwie, trzy godziny dziennie. Bardzo bym prosiła o rozważenie, czy nie byłoby wystarczające, żeby szpital, który chce być na poziomie SOLO III, miał podpisaną umowę na dostęp do brachyterapii. Przecież żeby mieć mleko, niekoniecznie musimy kupować to zwierzątko. Myślę, że dbajmy o te urządzenia, dbajmy o środki publiczne. Ważne jest to, żeby pacjent miał dostęp, a nie żeby szpital miał własną brachyterapię. Prosiłabym o rozważenie tego i umożliwienie bycia podmiotami na poziomie SOLO III większej ilości ośrodków. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Urszula Koszutska.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Chciałam podkreślić, że jakość opieki onkologicznej ma ogromne znaczenie dla pacjentów i ich rodzin. Dlatego mam dwa pytania. W jakiej formie będzie realizowana ta Krajowa Sieć Onkologiczna, jeśli chodzi o pacjenta pediatrycznego? W jaki sposób państwo będziecie dokonywali tego badania satysfakcji pacjentów? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł, kończymy już pytania poselskie. Poproszę, pan poseł Hoc, potem jeszcze ja i kończymy tę część. Hok, przepraszam.

Poseł Marek Hok (KO):

Pani przewodnicząca, pani minister, mam pytanie odnośnie do uproszczenia zasad organizacji wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, czyli tak zwanych konsyliów. W proponowanej ustawie jest taki zapis, że organizacja jest po stronie SOLO I poziomu przy współpracy z SOLO III poziomu. Jest pytanie: Czy to konsylium będzie się odbywało tam, gdzie są świadczone usługi w ramach SOLO I, czy tam, gdzie jest SOLO III? W którym miejscu będzie się to odbywało w sensie fizycznym? Były prośby uczestników tej ustawy do tego, aby SOLO I również mogło organizować konsylia, oczywiście przy akceptacji i uzgodnieniach z SOLO III. Tak że bardzo proszę o odpowiedź na pytanie, gdzie to będzie. Chodzi mi o lokalizację, gdzie będą się odbywać te konsylia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję. Jeszcze raz przepraszam pana posła.

Pani minister, mam pytanie, które dotyczy właśnie tego poziomu w SOLO I, SOLO III i tego, że nie przyjmowaliście państwo sugestii podmiotów, a były takie sugestie, żeby te poziomy, żeby również poziom pierwszy mógł odnosić się do poziomu drugiego, jeżeli jest pod tym samym adresem. Cały czas toczy się dyskusja na ten temat. Jeżeli SOLO I jest w tym pod tym samym adresem co SOLO II, dlaczego ma, powiedzmy, wtedy odnosić się do SOLO III, a nie na przykład po przecinku nie mogłoby być SOLO III i SOLO II, jeżeli są pod tym samym adresem? Dziękuję.

Bardzo proszę teraz stronę społeczną. Bardzo proszę się przedstawić.

Wicedyrektorka Onkofundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Szanowna pani przewodnicząca, pani minister, szanowni państwo, chciałabym odnieść się do kilku zmian proponowanych w nowelizowanej ustawie o KSO. Pierwsza to zniesienie obowiązku badania satysfakcji pacjenta po stronie ośrodków SOLO. Popieramy ten kierunek, bo sami o niego zabiegaliśmy, ponieważ on powiełał rozwiązanie z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Problem jest w tym, że teraz w całości opieramy się na systemie z ustawy o jakości, a ten w obszarze konsumenckim po prostu dziś nie działa. Ustawa zobowiązuje placówki do badania doświadczeń pacjenta, ale nie przewiduje obowiązku dostarczania tych danych do NFZ. Wyniki mogą pozostawać wyłącznie w placówce, ponieważ są elementem wewnętrznego systemu oceny jakości w szpitalach. Z drugiej strony prezes NFZ ma obowiązek publikować do 30 kwietnia każdego roku wskaźniki jakości, w tym właśnie konsumenckie, a w raporcie za 2025 r. znalazły się tylko wskaźniki zarządcze i wskaźniki konsumenckie. Nie wystartowały też zapowiadane narzędzia, jak ankieta w Internetowym Koncie Pacjenta, mojeIKP. One miały poprawić, że tak powiem, zwrot z ocen pacjentów. Na razie jest cisza w tym temacie.

Moje dwa pytania – jedno do Ministerstwa Zdrowia, drugie do NFZ. Jakie działania podejmie resort, aby zapewnić realny obowiązek gromadzenia i przekazywania danych o doświadczeniach pacjenta do NFZ i w jakim terminie to się wydarzy? Drugie pytanie jest do NFZ. Czy fundusz dysponuje danymi, aby opublikować wskaźniki konsumenckie za poprzedni rok, do czego był zobowiązany ustawą? Jeśli tak, to kiedy to nastąpi, a jeśli nie, to jakie działania i kiedy zostaną podjęte?

Druga zmiana, do której chciałam się odnieść, której nie popieramy, to wydłużenie weryfikacji kryteriów przynależności do sieci z dwóch do trzech lat. Pierwsza kwalifikacja odbyła się w lipcu 2024 r. Wydawało się oczywiste, że po roku należałoby sprawdzić, czy ośrodki mają problemy z osiągnięciem kryteriów i udzielić informacji zwrotnej. Te ośrodki miałyby wtedy po prostu czas na to, żeby się jeszcze przystosować. Tego chyba zabrakło w tej wstępnej ewaluacji. Teraz mamy po prostu reakcję na sygnał, że grupa szpitali musiałaby wypaść z sieci i przesuwamy wejście. To nie jest tak, że są określone kryteria jakościowe i te placówki, które ich nie spełniają, po prostu wypadają, tylko jest odwrotnie. Dostosowujemy prawo do tego, jak wygląda dzisiaj sytuacja, a to ma chyba niewiele wspólnego z jakością. Chciałabym właśnie zapytać, na jakiej podstawie merytorycznie opiera się ta decyzja i czy przewidziano jakiś mechanizm wcześniejszej informacji zwrotnej dla ośrodków, które nie spełniają tych kryteriów, bo potem może się tak dzieć w nieskończoność. Wśród tych ośrodków są dwa ośrodki SOLO III, to jest województwo zachodniopomorskie oraz województwo opolskie. Te dwa ośrodki SOLO III nie spełniają warunków.

Pytanie brzmi: Czy one muszą pozostawać SOLO III? Przecież może nie w każdym województwie powinno być SOLO III, jeśli nie spełnia kryteriów. Wtedy jest SOLO II, które współpracuje z innym ościennym ośrodkiem i mamy ten temat, że tak powiem, dobrze dopracowany.

Ostatnia kwestia to jest elektroniczna karta DiLO. Projekt zakłada, że od 1 stycznia 2027 r. będzie mogła być wystawiana wyłącznie w postaci elektronicznej. Chciałam zapytać, na jakim etapie są przygotowania techniczne, żeby wdrożyć to rozwiązanie. Karty e-DiLO będą musiały być wystawione elektronicznie również w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Mamy już połowę roku i z takiego, że tak powiem, pobieżnego badania, które udało mi się przeprowadzić tak, powiedzmy, że na szybko, POZ-y jeszcze nie przygotowują się do tej zmiany i w ogóle nie wiedzą, jakie wymagania techniczne będą potrzebne. Wobec tego, kolejne pytanie dotyczy tego, jaką mamy pewność, że świadczenia onkologiczne będą finansowane tylko w ramach ścieżki DiLO. Jeżeli nie wszystkie ośrodki będą mogły się w to włączyć, to co wtedy z tymi ośrodkami?

Ostatnie pytanie dotyczy śledzenia określonych punktów krytycznych w ramach e-DiLO. Z tego, co wiem, takim punktem, który ma być obecnie śledzony jako ostatni, czy od 2027 r., to jest plan leczenia. Plan leczenia powinien być wprowadzony do systemu. Jest pytanie: Co dalej? Czy jest przewidziane śledzenie dalszego postępowania w trakcie leczenia i czy te dane będą dostępne? Chodzi mi o to, czy będzie możliwość weryfikacji, czy to leczenie odbywa się zgodnie ze standardami i kluczowymi zaleceniami, które dało ministerstwo dla większości nowotworów w ubiegłym roku. Dziękuję bardzo.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Sprostowanie.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Bardzo proszę.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Sprostowanie. Usłyszałem, że po pierwsze, w zachodniopomorskim nie ma SOLO III. Jest. Jest wysokiej klasy, o wręcz światowym prestiżu, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii na ulicy Strzałowskiej w Szczecinie, Golęcino-Gocław. Po drugie, jest też niepokojąca informacja od pani, że nie każde województwo musi mieć SOLO III. Każde województwo musi mieć SOLO III.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Panie pośle, pani nie mówiła, że nie ma, tylko pani mówiła, że jest.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Nie, powiedziała, że nie ma w zachodniopomorskim.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Powiedziała, że jest, ale nie spełnia warunków.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Spełnia wszystkie warunki. Ma chirurgię onkologiczną, ma radioterapię i ma również chemioterapię. Spełnia wszystkie warunki.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Myślę, że nie my jesteśmy od ustalania tu, czy spełnia, czy nie.

Bardzo proszę. Pan się zgłaszał, proszę.

Wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Dariusz Banik:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna pani minister zdrowia, Wysoka Komisjo, Dariusz Banik, wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Chciałbym państwu podziękować za możliwość przedstawienia szczerego stanowiska. Krajowa Izba Fizjoterapeutów pozytywnie ocenia kierunek zmian w projekcie, jednakże widzimy tam pewną lukę, a mianowicie brakuje nam możliwości oceny funkcjonalnej pacjenta. Dzisiaj światowa onkologia nie kończy się tylko na momencie wyleczenia pacjenta z nowotworu, ale również zadbania o jego stan funkcjonalny. Nie wynika to ze względów humanitarnych. To też mocno obniża koszty leczenia pacjenta. Dbamy o to, żeby ten pacjent był jak najdłużej samodzielny. Dlatego też wnosimy o dopisanie oceny funkcjonalnej i ewentualnej możliwości skierowania później takiego pacjenta na rehabilitację medyczną lub do fizjoterapeuty. Zgłosiliśmy projekt

naszych zmian do ministra zdrowia i państwa posłów. Bardzo proszę o pozytywną akceptację ministra zdrowia, w dodatku, że nasza propozycja nie podnosi kosztów leczenia, nie zmienia organizacji, a idealnie wpisuje się w cele Krajowej Sieci Onkologicznej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy jest ktoś jeszcze ze strony społecznej? Nie widzę. Dziękuję.

Pani minister, bardzo proszę o odpowiedź.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęka:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za pytania. Pozwólcie, że uzyskacie odpowiedzi na część pytań od moich współpracowników, natomiast chciałabym odnieść się do kilku rzeczy. Szanowni państwo, jeśli chodzi o wybór ośrodków do sieci na poziomie SOLO III, to też było przedyskutowane z ekspertami. Tutaj podnoszona kwestia wykorzystania bądź niewykorzystania aparatów, to było... Współuczestniczyła w tym procesie również Krajowa Rada Onkologiczna i całe szerokie gremium ekspertów, gdzie też odbywało się to w oparciu o sprzęt, liczbę pacjentów i rodzaj wykonywanych procedur, więc to było we współpracy ze środowiskiem.

Odpowiadając na pytanie pana posła Hoka, jeśli chodzi o SOLO I i konsylia między SOLO I a SOLO III. Absolutnie konsylia powinny odbywać się i być organizowane na poziomie SOLO I i wtedy dopraszane są osoby z poziomu SOLO III. Natomiast jest też to bardzo fajne rozwiązanie, gdzie może to się absolutnie odbywać przy użyciu systemów teleinformatycznych. To de facto nie musi odbywać się stacjonarnie.

Natomiast jeszcze tak w dwóch słowach odniosę się do sprawy pana prof. Kłęka. Szanowni państwo, analizowaliśmy tę sytuację łącznie z prof. Jagielską z Narodowego Instytutu Onkologii i z naszych informacji i z wyjaśnień pani prof. Jagielskiej wynika, że nie było podstaw do takich stwierdzeń pana prof. Kłęka, ale może douzupełni pani dyrektor. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Dzień dobry państwu. Agnieszka Wiśniewska, Departament Opieki Koordynowanej.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, odnosząc się do Krakowa, faktycznie nie było podstaw, żeby wysnuć takie stwierdzenia. Zresztą regulacje, które wprowadzamy do ustawy, uszczelniają system, chociażby przez wprowadzenie elektronicznej karty e-DiLO, która pozwoli na monitorowanie w czasie rzeczywistym – bo to jest niezwykle ważne – pacjenta, całego procesu leczniczego.

Pozwolą państwo, że odniosę się również właśnie do pytań związanych z tym procesem leczniczym. Jeśli chodzi o plan leczenia i całą kartę e-DiLO, ona jest gotowa od strony technicznej, była już konsultowana na poziomie ośrodków wojewódzkich i ośrodka krajowego. W tej chwili od piątku ruszają już szkolenia w terenie, gdzie zapraszane są zarówno wszystkie ośrodki na wszystkich poziomach SOLO. Pierwsze mamy w piątek właśnie w ośrodku łódzkim, gdzie karta będzie już przedstawiana w takim formacie, który będzie funkcjonować. Ona już wcześniej była testowana. To nie jest tak, że ośrodki zobaczą tę kartę po raz pierwszy. Tak naprawdę też po stronie SOLO III jest obowiązek szkolenia ośrodków SOLO I, z którymi współpracują w codziennej praktyce. Stąd właśnie wszystkie poziomy opiekujące się pacjentem onkologicznym w Łodzi będą brały w tym udział. W dalszych terminach poszczególne ośrodki będą miały przeorganizowane takie szkolenia z Centrum e-Zdrowia.

Proszę państwa, odnosząc się jeszcze do kwestii doprecyzowania roli koordynatora, to doprecyzowanie polega głównie na tym... Odnosi się do sygnałów, które otrzymywaliśmy, tak żeby koordynator był koordynatorem opieki onkologicznej, czyli jest to stricte doprecyzowanie roli, że ma być to osoba zajmująca się pacjentem onkologicznym. W zależności od ośrodków historycznie różnie się to odbywało. W tej chwili będzie to osoba, która w zakresie obowiązków będzie miała właśnie opiekę i kierowanie pacjenta onkologicznego w całym procesie leczniczym.

Jeśli chodzi o kwestię tych certyfikatów, to bardzo dziękuję za podniesienie tego tematu. W samej karcie e-DiLO będzie właśnie informacja o koordynatorze i o numerze certyfikatu. Te certyfikaty będą elementem tej karty, tak żeby z jednej strony placówka wiedziała,

kto zajmuje się danym pacjentem, ale z drugiej strony też, żeby pacjent, zaglądając do tej karty w formie elektronicznej, wiedział, kto jest, można by powiedzieć, takim jego opiekunem w tym całym procesie.

Proszę państwa, jeśli chodzi o plan leczenia, cała karta e-DiLO będzie zawierała wszystkie informacje dotyczące zarówno przeprowadzonej diagnostyki, wszystkich badań, którym pacjent powinien być poddany właśnie zgodnie ze standardami i tymi ścieżkami, tak żeby w momencie trafienia na konsylium można było już mieć całość dokumentacji medycznej. Jeżeli na etapie konsylium powstanie potrzeba dodatkowej diagnostyki, to oczywiście ta diagnostyka uzupełniająca będzie wykonywana. Plan leczenia ma zawierać zarówno właśnie kwestie diagnozy, jak i skierowanie pacjenta do dalszego leczenia, czyli w zależności od tego, jaka będzie decyzja konsylium. Czy to będzie dalsze leczenie operacyjne, czy zachowawcze, taka informacja się tam znajdzie. Planowane jest, żeby można było na podstawie planu leczenia monitorować całą ścieżkę pacjenta, łącznie z etapem follow-upów, tak żeby te wszystkie standardy i ścieżki, które zostały wypracowane w ramach właśnie Krajowej Rady Onkologicznej i checklisty, były wdrożone i były elementem karty e-DiLO. To są rzeczy techniczne, które ciężko teraz opowiedzieć, bo tam jest mnóstwo detali. W każdym razie efektem karty ma być monitorowanie całego procesu leczenia, również w momencie... Niezależnie od tego, gdzie ten pacjent będzie skierowany i jaka będzie decyzja dotycząca jego planu leczenia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam zakończenie pierwszego czytania.

Są jeszcze głosy? Przepraszam bardzo. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry, Dominika Janiszewska-Kajka, Departament Analiz i Strategii.

Proszę państwa, odpowiadając na dwa pytania, zacznę od tego drugiego, pana z Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Jeśli chodzi o opis stanu funkcjonalnego pacjenta, to rzeczywiście to jest bardzo trafna uwaga, ale na poziomie aktu niższej rangi. Czyli nasze rozporządzenie w sprawie rehabilitacji przewiduje taki zapis, aby przed rozpoczęciem i po rozpoczęciu leczenia opisać pacjenta w ten sposób. Niebawem to rozporządzenie będzie skierowane do konsultacji publicznych. Natomiast ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej jest zdecydowanie aktem, który reguluje w sposób bardzo ogólny pewne kwestie związane z opieką nad pacjentem onkologicznym, ale taki zapis oczywiście się znajdzie.

Proszę państwa, jeśli chodzi o informację dotyczącą ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, bezpieczeństwie pacjenta i ankiety satysfakcji pacjenta, stricte wskaźników konsumenckich, na przestrzeni tych tak naprawdę dwóch lat funkcjonowania ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta na bazie naszych doświadczeń jako urzędu, ale również świadczeniodawców, stwierdziliśmy, że ta ustawa wymaga nowelizacji, dlatego że ona też nie odpowiada na naszą dynamikę legislacyjną.

Teraz, jeśli chodzi o same wskaźniki, to oczywiście fundusz jest zobowiązany do monitorowania tych trzech obszarów, ale jeśli chodzi o wskaźniki konsumenckie, skorzystaliśmy z rozwiązań zawartych w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, która przewiduje korzystanie z ankiety IKP. Tutaj kierujemy zapytanie o satysfakcję do pacjentów, którzy nie są wykluczeni informatycznie i korzystają z tego rozwiązania, ale żeby wskaźnik został wyliczony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to należy osiągnąć 15% responsywności. Z naszych doświadczeń wynika, że ten wskaźnik nie został osiągnięty, w związku z tym razem z Narodowym Funduszem Zdrowia nie możemy jeszcze zaprezentować państwu wyników. To będzie oczywiście wymagało takiego szerszego działania, nie tylko samego urzędu, ale też zaangażowania i wsparcia Narodowego Funduszu Zdrowia, ale też myślę, że dużej roli organizacji pacjenckich, po to, żeby zachęcić pacjentów, którzy nie korzystają z Internetowego Konta Pacjenta, do wyrażenia swojej opinii na temat bycia zaopiekowanym w systemie, tak ogólnie mówiąc, innymi sposobami, czy to infolinią, czy też innymi narzędziami.

Dostrzegamy pewną, można powiedzieć, taką niedoskonałość tej ustawy, ale jednocześnie posiłkujemy się zapisami ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Na pewno będziemy nowelizować ustawę o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, bo tak jak powiedziałam, ona wymaga nowelizacji jeszcze w innych kilku punktach, a nasza ustawa o jakości

w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest tylko nowelizowana w zakresie obowiązywania standardów akredytacyjnych, w związku z tym nie dotykaliśmy innych materii, które wymagają doregulowania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze z ministerstwa zgłasza się do głosu? Pani minister? Nie. Dziękuję bardzo. W związku z powyższym stwierdzam zakończenie pierwszego czytania.

Przechodzimy do rozpatrzenia projektu ustawy. Bardzo proszę.

Tytuł ustawy. Czy są uwagi do tytułu ustawy? Nie widzę. Dziękuję. Przechodzimy dalej.

Artykuł 1, zmiana nr 1, ppkt a. Czy są zmiany? Przepraszam. Czy są uwagi? Nie ma uwag. Dziękuję. Komisja rozpatrzyła ppkt 1 w pkt a.

Podpunkt b. Czy są uwagi? Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Dzień dobry. Szanowni państwo, jeśli chodzi o lit. b, to Biuro Legislacyjne chciałoby się odnieść do pkt 4 i definicji koordynatora opieki onkologicznej. Naszym zdaniem ten pkt 4 jest błędnie zrehabilitowany. To znaczy definicja, jak rozumiem, musi się odnosić do całego systemu w ramach sieci onkologicznej. Natomiast w tej konstrukcji jest zastosowana taka technika, że po pierwszej myśli, że jest to „osoba odpowiedzialna za udzielenie świadczeniobiorcy” i tak dalej, jest część druga dotycząca pośredników, że „w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego niebędącym przedsiębiorcą osoba ta jest zatrudniona na stanowisku odpowiedzialności podstawowej – koordynator (pacjenta onkologicznego)”.

Naszym zdaniem ta część powinna być albo odrębną częścią merytoryczną... Przedstawialiśmy taką propozycję na spotkaniu roboczym ze stroną rządową, że naszym zdaniem ewentualnie należałoby legislacyjnie, i chyba to by było najwłaściwsze, zrezygnować z tej części definicji, dostosować rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami w zakresie pracowników działalności podstawowej i dostosować nazwę koordynatora pacjenta onkologicznego do nowej definicji, która jest przewidziana w projekcie. Natomiast wynikiem takiego zabiegu byłaby konieczność korekty art. 5. W wyniku naszej rozmowy wyszło, że art. 5 powinien mieć inne brzmienie. Tutaj resort proponował zmianę merytoryczną, tylko ze względu na to, że przepis został zaproponowany w innym brzmieniu, chcielibyśmy poprosić stronę rządową o odniesienie się, czy podtrzymują państwo ten pomysł. Ewentualnie taka poprawka była przygotowana w porozumieniu ze stroną rządową i wówczas poprosilibyśmy o przejęcie jej przez posłów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo proszę, strona rządowa.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Tak, absolutnie wyrażamy zgodę na to rozwiązanie, tak jak to było uzgodnione.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Czy w związku z tym mogę uważać, że pkt b został rozpatrzony?

Legislator Anna Jakubik:

Nie, szanowni państwo, to znaczy ta poprawka jest po prostu przygotowana. Czyli poprawka składa się z dwóch części. Pierwsza część to jest: w pkt 1 skreślamy te wyrazy, o których powiedziała koleżanka, czyli tą drugą część z tej myśli o definicji, natomiast w konsekwencji należałoby nadać nowe brzmienie temu art. 5.

Jeszcze mam takie jedno pytanie, ponieważ w przedłożeniu, w projekcie art. 5 wskazuje, że osoby, które są zatrudnione na tym stanowisku tej działalności podstawowej tego koordynatora pacjenta onkologicznego, mogą realizować swoje zadanie nie dłużej niż do 31 grudnia 2026 r. Czy w związku z modyfikacją definicji koordynatora opieki onkologicznej i nadaniem nowego brzmienia art. 5 nie zachodzi już konieczność wyznaczenia jakiegoś terminu dla tych obowiązujących koordynatorów? Poprosimy po prostu stronę rządową tylko o potwierdzenie. Jeżeli strona rządowa potwierdzi to, o czym rozmawialiśmy na spotkaniu roboczym, to tak jak powiedziałam, jest przygotowana poprawka składająca się z dwóch części. Jeżeli któryś z posłów, czy ewentualnie pani przewodnicząca zechciałaby ją przejąć, będziemy wdzięczni. Dziękujemy bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo proszę panią.

Zastępca dyrektora Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia Melanie Raczek-Żeromska:

Dzień dobry, Melanie Raczek-Żeromska, zastępca dyrektora Departamentu Prawnego.

Jak najbardziej art. 5 powinien otrzymać brzmienie, które wskazuje, że zastępujemy koordynatora koordynatorem opieki onkologicznej, natomiast też w porozumieniu z Departamentem Merytorycznym z mocy prawa wydaje nam się, że nie wymaga to dodatkowego ustępu określającego termin zmiany właśnie tego koordynatora, bo de facto to będzie ten sam. Dziękuję.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękujemy bardzo. Jeszcze rozumiemy, że to rozporządzenie, o którym koleżanka wspominała, również będzie zmienione.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Tak.

Legislator Anna Jakubik:

Ponieważ zgodnie z zasadami techniki legislacyjnej ono powinno wejść w życie razem z uchwaloną ustawą, jeżeli dojdzie do uchwalenia tego projektu, ten termin powinien być skorelowany. Wejście w życie ustawy i tego rozporządzenia powinno być razem, abyśmy mieli jednolitość w systemie prawa. Dziękuję.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że art. 1...

Legislator Anna Jakubik:

Ale jest ta poprawka. Czy jest sprzeciw bądź głosowanie?

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Przepraszam. Czy jest sprzeciw wobec tej poprawki? Bardzo proszę. Nie widzę. Dziękuję. Poprawka została przyjęta.

Następnie pkt c.

Legislator Anna Jakubik:

Pkt c.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Czy jest... Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Szanowni państwo, ponieważ też zgodnie z taką praktyką Biura Legislacyjnego, naszego Wydziału Tekstów Jednolitych, które przygotowują teksty jednolite uchwał, już same dokonują takiej korekty w zakresie dzienników ustaw. W związku z tym uważamy, że ta zmiana zawarta w lit. c jest zbędna. Ona tak naprawdę została już umieszczona jako pkt 1 w takim zestawieniu poprawek legislacyjno-redakcyjnych, które otrzymali szanowni państwo posłowie. Gdyby pani przewodnicząca zechciała podpisać to zestawienie... Jest tam po prostu pięć punktów. Te poprawki mają taki charakter wyłącznie doprecyzowujący i bardziej czyszczący. Pierwszą z tych poprawek jest właśnie skreślenie tej lit. c w art. 1 pkt 1. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Tak jest, jak najbardziej. Już podpisaliśmy to zestawienie poprawek legislacyjnych i Komisja oczywiście upoważnia Biuro Legislacyjne do dokonywania zmian o charakterze redakcyjno-legislacyjnym.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękujemy.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Czy są uwagi ze strony ministerstwa?

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że ppkt c został rozpatrzony.

Teraz ppkt d. Bardzo proszę, czy są uwagi? Biuro Legislacyjne? Nie ma. Rząd?

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Ppkt d został rozpatrzony. Tak rozpatrzyliśmy zmianę nr 1.

Teraz zmiana nr 2. Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Szanowni państwo, tylko w zmianie nr 2, też w zestawieniu tych naszych poprawek legislacyjno-redakcyjnych, są wskazane dwa miejsca, w których należy jeszcze dokonać korekty polegającej na zamianie wyrazów, które są wskazane do zmiany. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy rząd ma uwagi?

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag. Jest pełna zgoda.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Zmiana nr 3 w art. 1. Bardzo proszę. Biuro Legislacyjne nie ma uwag.

Rząd? Czy rząd ma uwagi?

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Przepraszam. Nie mam uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana nr 3 została rozpatrzona.

Teraz zmiana nr 4 w art. 1. Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, w zmianie nr 4 w zakresie art. 8, który otrzymuje nowe brzmienie, w ust. 2 pkt 3 wskazujemy, iż „SOLO III poziomu wyznacza koordynatora opieki onkologicznej oraz udziela merytorycznego wsparcia koordynatorowi opieki onkologicznej wyznaczonemu przez SOLO I poziomu”. W ocenie Biura Legislacyjnego należałoby rozdzielić te dwa zadania na dwa punkty. Tak też wczoraj rozmawialiśmy na spotkaniu roboczym z przedstawicielami rządu. Jeżeli pani minister potwierdziłaby to i zgodziła się na to rozdzielenie, a Komisja wyrazi zgodę, w ramach upoważnienia rozdzielimy te dwa zadania na dwa poszczególne punkty. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Tak, dziękujemy bardzo. Zgadzamy się na rozdzielenie.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękujemy.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy są uwagi posłów? Nie ma. W związku z tym rozpatrzyliśmy pkt 4.

W tej chwili jesteśmy na art. 1 pkt 5. Czy są uwagi? Bardzo proszę.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Nie ma uwag.

Pani minister, czy są uwagi?

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mam uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Rozpatrzyliśmy art. 1 pkt 5.

Teraz art. 1 pkt 6.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Nie ma uwag.

Bardzo proszę, pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Punkt 7 w art. 1. Biuro Legislacyjne.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Nie ma uwag.

Bardzo proszę, pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Punkt 8 w art. 1.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Punkt 9 w art. 1. Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Też nie mamy uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Punkt 10 w art. 1, Biuro Legislacyjne ma uwagi. Bardzo proszę.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Mam takie pytanie. W pkt 10 nadajemy nowe brzmienie między innymi art. 18. Mamy odesłanie w zakresie ust. 10 tegoż art. 18. Generalnie chodzi o ponowną weryfikację, o której mowa w ust. 7 i 8. W ocenie Biura Legislacyjnego powstała taka wątpliwość, że o ile ust. 7 rzeczywiście stanowi o ponownej weryfikacji, o tyle ust. 8 mówi o wydłużonym okresie wdrożenia planu naprawczego. W związku z tym mamy wątpliwość, czy tam powinno być odesłanie do ust. 7 i 8, czy tylko do ust. 7. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Pani minister.

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Powinny zostać i zarówno ust. 7, jak i ust. 8.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękujemy bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy są uwagi ponadto? Nie widzę. W związku z tym stwierdzam, że zmiana nr 10 w art. 1 została rozpatrzona.

Rozpatrujemy zmianę nr 11 w art. 1. Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag do zmiany nr 11.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana została rozpatrzona.

Zmiana nr 12 w art. 1.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana nr 12 została rozpatrzona.

Zmiana nr 13 w art. 1.

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Tutaj były trzy podpunkty, ale rozumiem, że do wszystkich trzech nie ma uwag. W związku z tym zostało to rozpatrzone.

Zmiana nr 14 w art. 1.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana została rozpatrzona.

Zmiana nr 15 w art. 1. Bardzo proszę, pani legislator.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bez uwag.

Bardzo proszę, pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana została rozpatrzona.

Zmiana nr 16 w art. 1. Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana została rozpatrzona.

Zmiana nr 17 w art. 1. Bardzo proszę.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana została rozpatrzona.

Zmiana nr 18 w art. 1. Bardzo proszę.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję. Zmiana została rozpatrzona.

Zmiana nr 19 w art. 1. Bardzo proszę.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie ma uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana w art. 19 została rozpatrzona.

Zmiana nr 20, gdzie mamy poprawkę. Bardzo proszę, wnioskodawca.

Posel Adrian Witczak (KO) – spoza składu Komisji:

Tak, bardzo dziękuję. W art. 1 w zmianie nr 20, w zmienionym art. 40 ust. 4 pkt 4 lit. g w tiret trzecie chciałbym zastąpić średnik przecinkiem i dodać lit. h w brzmieniu: „Ocena stanu zdrowia świadczeniobiorcy obejmującą w szczególności: stan psychiczny, stan odżywienia, ocenę czynników ryzyka, choroby współistniejące”. Jest to wypracowane również w porozumieniu ze środowiskami i stowarzyszeniami, które się tym zajmują. Tu bardzo serdecznie chciałbym też podziękować pani minister Kęckiej, pani dyrektor Wiśniewskiej za taką ogromną współpracę, jeśli idzie o rehabilitację i przygotowanie pacjenta do leczenia onkologicznego. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Przyjmujemy poprawkę.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Przyjmujemy poprawkę.

Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Nie mamy uwag do poprawki. Jest to zmiana merytoryczna. Dziękujemy.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

W związku z tym czy jest sprzeciw wobec przyjęcia tej poprawki? Nie widzę sprzeciwu. Dziękuję.

Poprawka została przyjęta. Stwierdzam, że zmiana nr 20 wraz z poprawką została przyjęta.

Teraz zmiana nr 21. Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, proponujemy skreślić wyrazy „niepóźniejszym niż”.

Po prostu będzie: „w terminie do dnia 30 kwietnia 2028 r.” musi się coś tam zadziać. To również było omawiane na spotkaniu roboczym i znajduje się w zestawieniu poprawek. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Zgoda. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Czy są uwagi do tej zmiany? Nie widzę. W takim razie zmiana nr 21 w art. 1 została przyjęta.

Zmiana nr 22 w art. 1. Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, co prawda przepis tego art. 51 w zakresie raportów, które należało przygotować, wykonał się. Jednak ze względów historycznych w ocenie Biura Legislacyjnego ten przepis powinien pozostać w pełnym brzmieniu. Po prostu te raporty zostały przygotowane zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 51. Niemniej jednak nie ma potrzeby usuwania tej frazy. Po prostu niech to zostanie w oryginalnym brzmieniu. Na przyszłość ten przepis już nie rodzi żadnych obowiązków. Nie nakłada na podmioty żadnych obowiązków.

Również rozmawialiśmy o tym z przedstawicielami ministerstwa. Ta propozycja znajduje się w zestawieniu poprawek. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.
Pani minister.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Bardzo dziękuję. Jest zgoda na to.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani minister potwierdza. Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że zmiana nr 22 w art. 1 została przyjęta. W takim układzie cały art. 1 został rozpatrzony i przyjęty.

Teraz art. 2. Bardzo proszę. Czy są uwagi do zmiany nr 1 w art. 2?

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ministerstwo.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Brak uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.
Czy są zmiany do pkt 2?

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Brak uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.
Teraz zmiana nr 3 w art. 2. Czy są uwagi?

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Brak uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.
Rozpatrzyliśmy art. 2. Został on rozpatrzony. Dziękuję.
Teraz art. 3. Bardzo proszę. Zmiana nr 1 do art. 3. Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bez uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.
Zmiana nr 2 do art. 3.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Brak uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Zmiana nr 3 do art. 3.

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Też brak uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

W związku z brakiem uwag rozpatrzyliśmy art. 3. Dziękuję.

Artykuł 4. Czy są uwagi do zmiany nr 1 w art. 4?

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Bardzo proszę. Rozpatrujemy art. 4. Zmiana nr 1 już została rozpatrzona.

Zmiana nr 2. Bardzo proszę. Czy są uwagi?

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Stwierdzam, że art. 2 został rozpatrzony.

Legislator Anna Jakubik:

Czwarty. Art. 4.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Artykuł 4 został rozpatrzony.

Teraz art. 5. Czy są uwagi do art. 5?

Legislator Anna Jakubik:

Szanowna pani przewodnicząca, przepraszam bardzo. Art. 5 już został rozpatrzony, ponieważ wszedł nam z poprawki do definicji z art. 1, więc to było łącznie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Tak jest. Bardzo dziękuję.

W takim razie art. 6. Czy są uwagi do art. 6?

Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, mamy takie pytanie. Ponieważ od 1 marca zmieniły się zasady techniki prawodawczej. Zgodnie z tymi nowymi zasadami techniki prawodawczej, jeżeli utrzymujemy w mocy przepisy wykonawcze, w sytuacji, kiedy chcemy zostawić sobie taką możliwość zmiany tych przepisów wykonawczych, powinniśmy w każdej sytuacji przesądzać,

czy ta zmiana, czyli żeby te przepisy mogą być zmieniane, powinniśmy doprecyzować, czy na podstawie dotychczasowych przepisów, czy na podstawie nowych przepisów. W przedłożeniu z druku w przepisie art. 6 mamy, tylko że te przepisy wykonawcze mogą być zmieniane. W związku z tym powstaje pytanie, czy one mogą być zmieniane na podstawie na przykład art. 13 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu dotychczasowym, czy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą. Poprosimy o decyzję.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Na podstawie dotychczasowych przepisów.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękuję bardzo. Czyli tak jak zacytowałam, tak będzie prawidłowo, tak?

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Tak jak jest w artykulacji.

Legislator Anna Jakubik:

Jeżeli szanowni państwo wyrażą taką zgodę, to w ramach udzielonego nam upoważnienia dokonamy takiej korekty. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy...

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Udzielamy zgody.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. My również. Dziękujemy bardzo.

Czyli art. 6 został rozpatrzony.

Artykuł 7. Bardzo proszę. Czy są uwagi do art. 7?

Legislator Anna Jakubik:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ministerstwo.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Bez uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję.

Artykuł 8. Czy są uwagi do art. 8?

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Brak uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Artykuł 8 został rozpatrzony.

Artykuł 9. Czy są uwagi do art. 9?

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Nie mamy uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Artykuł 10. Czy są uwagi do art. 10?

Legislator Aleksandra Wolna-Bek:

Również nie mamy uwag.

Podsekretarz stanu MZ Katarzyna Kęcka:

Nie mamy uwag.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję.

Artykuł 10 został rozpatrzony.

Stwierdzam, że Komisja rozpatrzyła ustawę o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Teraz należy przegłosować tę ustawę. Czy jest sprzeciw wobec przyjęcia tej ustawy? Jeżeli nie widzę sprzeciwu, w związku z tym należy uznać, że ustawa została przyjęta. Bardzo dziękuję. Bardzo dziękuję Biuru Legislacyjnemu i ministerstwu.

Musimy jeszcze wybrać sprawozdawcę Komisji. Proponuję pana Marka Hoka. Czy pan poseł się zgadza?

Poseł Marek Hok (KO):

Tak, zgadzam się.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. W związku z tym sprawozdawcą jest poseł Marek Hok. Dziękuję.

Dziękuję wszystkim. Zamykam posiedzenie.