

Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej
Kadencja VIII



Sprawozdanie Stenograficzne
z 37. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

w dniu 10 marca 2017 r.
(trzeci dzień obrad)

Warszawa
2017

SPIS TREŚCI

37. posiedzenie Sejmu

(Obrady w dniu 10 marca 2017 r.)

Wznowienie posiedzenia

Punkt 29. porządku dziennego: Informacja ministra zdrowia o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	
Piotr Gryza.	261
Posel Tomasz Latos.	263
Posel Bartosz Arlukowicz.	265
Posel Beata Malecka-Libera.	266
Posel Jerzy Kozlowski.	267
Posel Marek Rucinski.	269
Posel Marek Sowa.	270
Posel Wladyslaw Kosiniak-Kamysz.	270
Posel Malgorzata Zwiercan.	272
Posel Janusz Sanocki.	273
Posel Marian Zembala.	273
Posel Krzysztof Gadowski.	274
Posel Tomasz Piotr Nowak.	274
Posel Krzysztof Szulowski.	274
Posel Beata Malecka-Libera.	275
Posel Barbara Dolniak.	275
Posel Monika Rosa.	275
Posel Marek Sowa.	275
Posel Miroslaw Pampuch.	276
Posel Jan Mosinski.	276
Posel Paulina Hennig-Kloska.	276
Posel Ewa Tomaszewska.	277
Posel Maria Zuba.	277
Posel Grzegorz Furgo.	277
Posel Marta Golbik.	277
Posel Kamila Gasiuk-Pihowicz.	278
Posel Andzelika Mozdzanowska.	278

Posel Gabriela Maslowska.	278
Posel Mieczyslaw Kasprzak.	278
Posel Krzysztof Ostrowski.	279
Posel Krystyna Wróblewska.	279
Posel Krzysztof Sitarski.	279
Posel Stefan Romecki.	279
Posel Zbigniew Gryglas.	280
Posel Piotr Pyzik.	280
Posel Elzbieta Radziszewska.	280
Posel Miroslaw Suchoń.	280
Posel Anna Kwiecień.	281
Posel Jakub Rutnicki.	281
Posel Sylwester Chruszcz.	281
Posel Miroslaw Suchoń.	282
Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	
Piotr Gryza.	282
Posel Marek Sowa.	284

Oświadczenia

Posel Jan Mosinski.	284
Posel Krzysztof Maciejewski.	285
Posel Piotr Pyzik.	286
Posel Jan Kilian.	286
Posel Grzegorz Puda.	287
Posel Krystyna Wróblewska.	288
Posel Sylwester Chruszcz.	289
Posel Piotr Misilo.	289

Zamknięcie posiedzenia

Załącznik – Teksty wystąpień niewyłoszonych

Posel Andrzej Szlachta.	291
Posel Barbara Dziuk.	291
Posel Waldemar Andzel.	292

Porządek dzienny

(Wznowienie posiedzenia o godz. 11 min 02)

(Na posiedzeniu przewodniczy wicemarszałek Sejmu Ryszard Terlecki)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Wznawiam posiedzenie.

Na sekretarzy dzisiejszych obrad powołuję posłów Elżbietę Borowską i Arkadiusza Marchewkę.

Protokół i listę mówców prowadzić będzie Arkadiusz Marchewka.

Przystępujemy do rozpatrzenia punktu 29. porządku dziennego: Informacja ministra zdrowia o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

Proszę podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Piotra Gryzę o przedstawienie informacji.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Szanowny Panie Marszałku! Szanowni Państwo! Wysoki Sejmie! Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzający system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w skrócie zwany systemem zabezpieczenia, został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 21 lutego 2017 r.

Podstawowym celem projektu jest poprawienie dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności przez zapewnienie kompleksowości i koordynacji działań ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych.

Konieczność opracowania tego projektu wynika z diagnozy obecnego systemu kontraktowania świadczeń, w którego funkcjonowaniu stwierdzono szereg dysfunkcji, wśród których w szczególności należy wymienić następujące: niemal nieograniczona możliwość ubiegania się przez podmioty lecznicze o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia przy jednoczesnym zawieraniu od ok. 5 lat umów w systemie

nie w oparciu o postępowanie konkursowe, ale o aneksowanie umów; okresowe postępowania konkursowe dotyczące wyodrębnionych zakresów świadczeń oraz ich systemy rozliczeń, promujące fragmentaryzację procesu udzielania świadczeń; promowanie przez istniejący model kontraktowania struktury świadczeniodawców w systemie, jak również ich wewnętrznej struktury organizacyjnej w oparciu o produkty konkursowe, rozliczeniowe konstruowane przez płatnika świadczeń, ale nie w oparciu o potrzeby zdrowotne; ciągły stan niepewności po stronie szpitali co do przyszłych warunków finansowania ich działalności, utrudniający racjonalne inwestycje oraz długofalową politykę kadrową oraz powodujący marnotrawstwo zasobów; ograniczona możliwość dokonywania przesunięć środków pomiędzy kwotami kontraktów utrudniająca racjonalne zarządzanie wielooddziałowym szpitalem jako całością, co przyczynia się też do powstawania nadwykonań w niektórych zakresach oraz niewykonania w innych zakresach; funkcjonujący model rozliczeń stwarzający presję na rozliczanie świadczeń względnie lepiej taryfikowanych, co prowadzi do takich zjawisk jak: ograniczenie kosztów własnych przez kierowanie bardziej skomplikowanych przypadków do innych podmiotów, preferowanie hospitalizacji pacjenta w sytuacjach, w których wystarczająca byłaby interwencja na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Projektowana ustawa pozwoli na wyeliminowanie wskazanych dysfunkcji, wprowadzając następujące rozwiązania: odejście od zasady nieograniczonego ubiegania się o zawarcie kontraktu na rzecz stworzenia stabilnej sieci świadczeniodawców, obejmującej sześć poziomów zabezpieczenia, mającej zagwarantować pacjentom podstawowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach; wprowadzenie dla znacznej części świadczeń zdrowotnych rozliczanych w ramach systemu zabezpieczenia w miejsce rozliczeń na zasadzie fee for service ryczałtowej formy finansowania; finansowanie w ramach jednej umowy systemu zabezpieczenia obok świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego również świadczeń z zakresu: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w przychodniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego, nocnej i świątecznej opieki zdro-

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza**

wotnej oraz wprowadzenie wspólnego systemu rozliczeń w ramach umowy systemu zabezpieczenia obejmującego leczenie szpitalne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną realizowaną w przychodniach przyszpitalnych.

Zmiany wprowadzone tym projektem ustawy, oprócz ogólnego uporządkowania sektora szpitalnego, przyniosą realne korzyści w postaci: poprawy koordynacji i ciągłości opieki nad pacjentem, bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami, jeżeli chodzi o opiekę zdrowotną, zwiększenia stabilności finansowej szpitali, a przez to poprawy warunków do inwestowania w ich rozwój, a wreszcie dostosowania struktury wewnętrznej podmiotów leczniczych do aktualnych potrzeb zdrowotnych.

Projektowany system zabezpieczenia świadczeń realizowanych w sektorze szpitalnym jest również w dużej mierze odpowiedzią na wnioski płynące z map potrzeb zdrowotnych. W dokumentach tych wskazano m.in., że istnieją oddziały, w których znaczna część wykazywanych świadczeń, niekiedy nawet ponad 90%, może być sprawozdawana na oddziałach chirurgii ogólnej czy chorób wewnętrznych, oraz że oddziały te niekiedy charakteryzują się długim okresem oczekiwania na przyjęcie. Należy w związku z tym zwiększyć elastyczność zarządzania środkami finansowymi na poziomie świadczeniodawcy, umożliwiając przesuwanie środków pomiędzy zakresami. Należy również umożliwić elastyczne zarządzanie środkami pomiędzy ambulatoryjną opieką specjalistyczną a lecnictwem szpitalnym.

W ramach systemu zabezpieczenia wyodrębnionych zostanie sześć poziomów zabezpieczenia: poziom szpitali I stopnia, poziom szpitali II stopnia, poziom szpitali III stopnia, poziom szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, poziom szpitali pediatrycznych, poziom szpitali ogólnopolskich. Poziomy te są zdefiniowane przez wskazanie charakteryzujących je profili z zakresu leczenia szpitalnego realizowanych w trybie hospitalizacji. Wyodrębnienie ww. poziomów odzwierciedla, w przypadku trzech pierwszych poziomów, gradację pod względem liczby realizowanych profili i stopnia ich realizacji. Natomiast dwa kolejne poziomy zostały wyodrębnione ze względu na specyfikę świadczeń, którym są dedykowane. Natomiast wyodrębnienie poziomu ogólnopolskiego czyni zadość uznaniu szczególnej roli w systemie opieki zdrowotnej szpitali klinicznych oraz instytutów i niektórych innych szpitali tworzonych przez ministrów.

Podmioty zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia, w odniesieniu do zakresów i rodzajów świadczeń objętych taką kwalifikacją, będą miały zagwarantowaną możliwość zawarcia umów z Narodowym Funduszem Zdrowia z pominięciem procedury konkursowej.

Rozliczanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach systemu zabezpieczenia będzie odbywać się w dwóch formach: płatności za wykonane usługi, obejmującej ponad 1/3 wartości świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, oraz ryczałtowej, obejmującej ok. 2/3 wartości świadczeń. Rozliczenie w formie ryczałtowej nie będzie oznaczać w żadnym razie prostego budżetowania szpitali.

Zachowany będzie w pełni system ewidencjonowania działalności szpitala przez płatnika, w szczególności z zastosowaniem narzędzia, jakim są jednolite grupy pacjentów. Wysokość ryczałtu przewidzianego na następny okres rozliczeniowy będzie zależała od zakresu świadczeń wykonywanych i sprawozdawanych w okresie poprzedzającym. Okres rozliczeniowy na podstawie projektu ustawy nie może być dłuższy niż rok. W momencie wdrożenia systemu okres rozliczeniowy będzie krótszy: kwartalny lub półroczny.

Podstawowe zasady ustalania wysokości ryczałtu zostały określone bezpośrednio w projektowanej ustawie. Zgodnie z projektem ustawy o kwocie ryczałtu decydować będą: wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu, określona w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej danego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy, finansowanych w formie ryczałtu, w zakresie liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, cen udzielonych świadczeń, parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń, a także parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

W drodze rozporządzeń ministra zdrowia określone zostaną szczegółowe zasady ustalania ryczałtu, w tym w szczególności na pierwszy okres funkcjonowania systemu zabezpieczenia, na pierwszy okres rozliczeniowy.

Oprócz finansowania ryczałtowego, o czym już była mowa, zostaną wyodrębnione środki na sfinansowanie niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których finansowanie w formie ryczałtu nie byłoby rozwiązaniem optymalnym. Wykaz tych świadczeń zostanie określony w drodze rozporządzenia ministra zdrowia. Przewiduje się, że będzie on zawierał m.in. takie pozycje, jak: diagnostyka i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki leczenia onkologicznego, świadczenia wysokospecjalistyczne, świadczenia związane z porodem, endoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego, zabiegi usunięcia żąłmy, chemioterapia, radioterapia, programy lekowe, świadczenia opieki koordynowanej i szereg innych.

Kryteria kwalifikacji do systemu zabezpieczenia zostały określone w projektowanej ustawie, a częściowo zostaną doprecyzowane na poziomie projekto-

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza**

wanego rozporządzenia wykonawczego. Podstawowymi kryteriami określonymi w projekcie ustawy są: posiadanie w dniu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującej przez co najmniej ostatnie 2 lata kalendarzowe, dotyczącej udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji, czyli w trybie ostrym, udzielanie świadczeń w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć na podstawie umowy obowiązującej przez co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe w odniesieniu do poziomów szpitali stopni I, II i III i poziomu pediatrycznego, udzielanie świadczeń w ramach profilu anestezjologia i intensywna terapia na podstawie umowy obowiązującej przez co najmniej ostatnie 2 lata kalendarzowe w odniesieniu do szpitali stopni II i III, udzielanie świadczeń w ramach minimalnej liczby profili określonych dla danego poziomu systemu zabezpieczenia.

Na podstawie precyzyjnych kryteriów, niepozostawiających pola do uznaniowości, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia sporządzą wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, ze wskazaniem poziomu zabezpieczenia oraz wszystkich zakresów i rodzajów świadczeń, których dany szpital będzie mógł udzielać w ramach systemu zabezpieczenia. Pierwsze wykazy powinny zostać ogłoszone do dnia 27 czerwca, a w przypadku podmiotów powstałych w wyniku połączenia ostateczny termin ma być do 26 września. Natomiast początkiem obowiązywania wykazów będzie data 1 października 2017 r.

Projekt ustawy przewiduje również szczególny tryb kwalifikacji, który powinien być zastosowany jedynie w sytuacjach wyjątkowych. W przypadku szpitali szczególnie istotnych dla prawidłowego funkcjonowania systemu oraz zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie hospitalizacji, natomiast niespełniających innych kryteriów dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będzie mógł wskazać taki szpital do systemu zabezpieczenia pomimo niespełnienia wszystkich kryteriów po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia.

Należy podkreślić, że o ile system zabezpieczenia stanowić ma dominującą formę zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w szpitalach w trybie ostrym, to jednak w żadnym razie nie oznacza to całkowitego zastąpienia przez ten system obecnego modelu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadzie konkursów, ofert lub rokowania, który zostanie zachowany. Niezakwalifikowanie danego szpitala do systemu zabezpieczenia nie oznacza, że zostanie on pozbawiony możliwości udzielania świadczeń w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dyrektor danego oddziału wo-

jewódzkiego funduszu będzie w dalszym ciągu ogłaszał postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając potrzeby zdrowotne na danym obszarze w oparciu o sporządzony plan zakupu świadczeń.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie porównania planu zakupu świadczeń zdrowotnych z wykazem świadczeń zdrowotnych, które będą wykonywane przez świadczeniodawców w ramach systemu zabezpieczenia, przeprowadzi konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone.

Wprowadzenie systemu kontraktowania i zabezpieczenia świadczeń szpitalnych zgodnie ze wskazanymi powyżej zasadami powinno się przyczynić do poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz – co należy uznać za najważniejszy cel tych zmian – zapewnienia pacjentom kompleksowej opieki zdrowotnej i zwiększenia właściwego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Sejm ustalił, że w dyskusji nad tym punktem porządku dziennego wysłucha 10-minutowych oświadczeń w imieniu klubów i 5-minutowych oświadczeń w imieniu kół.

Otwieram dyskusję.

W imieniu Klubu Parlamentarnego Prawo i Sprawiedliwość głos zabierze pan poseł Tomasz Latos.

Zapraszam, panie pośle.

Poseł Tomasz Latos:

Szanowny Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Zacznę od gratulacji i podziękowania dla pana ministra.

Panie ministrze, to, po pierwsze...

(*Poseł Beata Małacka-Libera: Dla Donalda Tuska gratulacje.*)

Prosiłbym szanowne koleżanki i kolegów z opozycji o niekomentowanie. Będziecie państwo mieli za chwilę okazję się wypowiedzieć.

Panie ministrze, to bardzo trudna ustawa, to prawda, trudna, ale i oczekiwana.

(*Poseł Bartosz Artukowicz: Przez kogo?*)

Skoro opozycja tutaj zabiera głos, to wypada przypomnieć – państwo marzyliście, żeby wprowadzić tę ustawę. Chcieliście, wracaliście do tej koncepcji co roku. Zabrakło determinacji, odwagi, pomysłu, nie wiem, to państwo, mam nadzieję, z tej mównicy później to powiecie, czego wam brakowało...

(*Poseł Bartosz Artukowicz: Na ziemię.*)

Posel Tomasz Latos

...że postanowiliście jednak sieci nie wprowadzać. A powinniście ją wprowadzić choćby z prostego organizacyjnego powodu. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, w sytuacji kiedy mnożą się kolejne podmioty, kiedy brakuje pewnych obiektywnych kryteriów, kiedy to wreszcie nie badano jakości, bo Narodowy Fundusz Zdrowia, przypominam, oceniał, czy zgadza się liczba zatrudnionego personelu, czy zgadza się sprzęt, właściwie to było tym głównym kryterium, a następnie oferowana cena – w sytuacji braku jakości powstawał pewien chaos w systemie. Chaos polegający chociażby na tym, że mamy kilkadziesiąt podmiotów niezwykle ważnych dla systemu, wykonujących pewnie bardzo ważne procedury, ale podmiotów kilkulóżkowych, które oczywiście stać na to, żeby zaproponować cenę niższą niż w dużym szpitalu, nie mówię nawet o szpitalu uniwersyteckim czy klinicznym, ale chociażby o dużym szpitalu powiatowym. Tutaj było to wybieranie rodzynek z ciasta i osłabianie tych dużych publicznych szpitali. Państwo wiedzieliście o tym problemie, aneksowaliście umowy, bo to było taką protezą. Można zadać pytanie: Jak długo można aneksować? Aneksowaliśmy przez 3 lata, pewnie można byłoby jeszcze z rok i pewnie w okresie przejściowym częściowo będziemy aneksować, ale nie można tego robić w nieskończoność, szanowny panie ministrze, panie przewodniczący. Stąd też trzeba było podjąć decyzję – albo kontraktowanie, albo aneksowanie, albo idziemy inną drogą...

(Posel Beata Małacka-Libera: Albo rewolucja.)

...aby wspierać te najważniejsze dla systemu i bezpieczeństwa pacjenta placówki. Otóż, szanowni państwo, myślę, że po to m.in. tworzono mapy potrzeb zdrowotnych, aby się przygotować do wprowadzenia sieci. Myśmy o tym mówili wielokrotnie na posiedzeniach komisji...

(Posel Bartosz Arłukowicz: Daj spokój.)

...państwo zaczęliście to realizować, za późno, bo w 8. roku panowania i rządów. Prawo i Sprawiedliwość dokończyło przygotowanie map i teraz trzeba być konsekwentnym, trzeba wprowadzać sieć szpitali. Oczywiście, można dyskutować, zgadzam się co do tego, czy te mapy są już w ostatecznym kształcie przygotowane, czy nie potrzeba jeszcze kolejnych korekt. Zapewne są one potrzebne, zapewne jest o czym rozmawiać, zapewne trzeba rozwijać różnego rodzaju specjalności medyczne w danym regionie. Przy okazji oczywiście należy na to nanieść potrzeby związane z ilością rezydentur w takich czy innych specjalnościach, bo też tego w przeszłości brakowało. Jednym słowem, mieliśmy do tej pory chaos. Nie chcę powiedzieć z sympatii dla pewnej ważnej inicjatywy, nie chcę powiedzieć: róbta, co chceta w systemie ochrony zdrowia, ale w dużym stopniu tak to wyglądało.

A jak to jest na świecie, szanowni państwo? Otóż na świecie nie ma takiego systemu, żeby każdy mógł robić, co chce, państwo o tym doskonale wiecie. Ro-

zumiem, że chcieliście to zmienić, rozumiem, że zabrakło czasu, 8 lat to być może jest zbyt krótki okres, żeby podjąć się takiego wyzwania. Tak czy inaczej oczywiście nie może być tak, że tworzą się kolejne nowe podmioty, konkurują o tego samego pacjenta, wyrywają sobie kontrakty, pieniądze publiczne. Kraje nawet o najbardziej utrwalonych poglądach liberalnych takich zasad nie stosują. Stąd też budowa sieci, tego, co z punktu widzenia pacjenta jest najważniejsze w sensie jego zabezpieczenia, stąd też oparcie oczywiście m.in. na SOR-ach, izbach przyjęć.

Od razu należy uspokoić i odkłamać pierwszą z nieprawd, które ciągle serwuje się pacjentom, ciągle mówi się w różnego rodzaju mediach, ciągle straszy się również świadczeniodawców. Moim zdaniem straszy się świadomie, ponieważ nie podejrzewam tych ludzi, którzy o tym mówią, o nieprzeczytanie ustawy, o nieznaną sobie chociażby tak podstawowych zasad. Przecież te podmioty, które nie będą w sieci, będą podlegały normalnej procedurze konkursowej, która odbywa się od 1999 r., najpierw pod szyldem kas chorych, następnie Narodowego Funduszu Zdrowia. Nic tu się nie zmieni. Mówiąc inaczej, ci wszyscy, którzy denerwowali się, bo pewnie denerwowali się, jak będzie wyglądał ich kontrakt po kolejnej procedurze konkursowej, będą mieli dokładnie taki sam stres i będą ponosili takie samo ryzyko, że coś stracą albo coś zyskają w procedurze konkursowej, która będzie odbywać się po wprowadzeniu sieci.

W związku z tym strachy na lachy, nie ma tutaj tego typu niebezpieczeństwa. Oczywiście nie jest tak – jak przy każdej nowej dużej ustawie – że można spać spokojnie, i pewnie pan minister Gryza i pan minister Radziwiłł będą mieli niejedną nieprzespaną noc, ponieważ każda zmiana, zasadnicza zmiana systemu wiąże się z różnego rodzaju turbulencjami, ewentualnie ze zwiększonym ryzykiem. Ale od tego jest władza, od tego są ewentualnie możliwości szybkiego reagowania, aby te ewentualne zagrożenia, niepewności korygować i zmieniać, i do tego państwa namawiam. Namawiam do merytorycznej dyskusji. Rozmawialiśmy 2 tygodnie temu w komisji, rozmawialiśmy w tym tygodniu, będziemy jeszcze rozmawiać w drugim czytaniu. Na tym się skupmy, co ewentualnie w tym systemie uszczelnić, co być może przesunąć z ryczałtowania do kontraktowania – o, tu jest rzeczywiście moim zdaniem jak najbardziej pole do dyskusji.

Co to da pacjentowi, to jest pytanie, które pewnie najczęściej jest powtarzane. Oczywiście tu można by długo opowiadać, ale wydaje się, że przede wszystkim należy się skoncentrować na trzech podstawowych elementach, prostych i zrozumiałych dla pacjenta. Otóż, szanowni państwo, każdy z nas to obserwował, każdy, kto był pacjentem. Pacjent trafiał do szpitala, był leczony, często skutecznie, efektywnie, a następnie był wypisywany ze skierowaniem do specjalisty i być może z wyjątkiem jakiejś pierwszej wizyty dalej był zostawiony samemu sobie. Otóż będzie w tym

Posel Tomasz Latos

systemie opieka koordynowana. Nie będzie już takiej sytuacji, że pacjent wychodzi ze szpitala i teraz to już są jego problemy i ewentualnie jego lekarza rodzinnego, gdzie i kiedy trafi do specjalisty. Teraz było tak, że po kilkumiesięcznym oczekiwaniu w kolejce trafił z powrotem do szpitala w wyniku kolejnych powikłań, bo tak to się niestety w praktyce układało.

Drugim elementem, niewątpliwie ważnym, jest to, że na podstawie JGP, czyli jednolitych grup pacjentów, pacjent, który miał kilka jednostek chorobowych, rozliczany był... Płatnik płacił za jedną jednostkę chorobową. Owszem, można było leczyć go z pozostałych, ale przedtem trzeba było go wypisać ze szpitala, przyjąć nie wcześniej niż po 2 tygodniach, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia zaobserwował to jako nowe świadczenie medyczne, i wtedy można było go dalej leczyć. Teraz, szanowni państwo, będzie można go leczyć kompleksowo, będzie można przesłać z oddziału na oddział, z kliniki do kliniki i w ramach ryczałtu to zrobić.

(Posel Beata Malecka-Libera: A teraz nie można było? Panie doktorze, panie pośle...)

Teraz oczywiście, że można, ale jest problem z rozliczaniem. Pani poseł, pani minister, jest problem z rozliczaniem. Niestety nie udało się tego problemu wyeliminować. Były jakieś tam nieśmiałe próby, żeby to ryzyko zmniejszyć, trochę zmniejszono...

(Posel Kamila Gasiuk-Pihowicz: Ale na temat, na temat sieci szpitali.)

Mówię cały czas na temat sieci szpitali i korzyści. Szkoda, że pani nie przeczytała ustawy. *(Dzwonek)*

I wreszcie nocna, świąteczna...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję, panie pośle. Panie pośle, wyczerpał pan czas. Bardzo dziękuję, panie pośle.

Posel Tomasz Latos:

Dobrze.

Nocna, świąteczna pomoc – tutaj też rozwiążemy problem, który do tej pory niestety cały czas istniał na rynku...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję, panie pośle.

Posel Tomasz Latos:

Te zapchane izby przyjąć, a płacenie gdzie indziej. Dziękuję uprzejmie. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Będę przestrzegać dyscypliny czasu.

Dziękuję bardzo.

Teraz w imieniu Klubu Parlamentarnego Platforma Obywatelska głos zabierze pan poseł Bartosz Arłukowicz.

Posel Bartosz Arłukowicz:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni pacjenci, PiS postanowił poprawić wam życie, będzie można się przenieść z oddziału na oddział – wreszcie.

Panie pośle Latos, pan tak nie szarżuje z tymi wypowiedziami, bo to może pan będzie zbierał ten cały bałagan, bo Radziwiłł tego na pewno nie wytrzyma politycznie. Być może to pan będzie musiał składać porozrzucane klocki z tej ustawy...

(Posel Tomasz Latos: To zapytam: Pomożecie?)

...więc sugerowałbym dystans wobec tej ustawy, tak jak słuszny dystans trzyma poseł Sośnierz. Sośnierz trzyma dystans wobec tej ustawy, bo Sośnierz zna się na systemie, on tym systemem zarządzał i go budował, i on doskonale wie, że ta ustawa po prostu wywróci system.

Zanim zacznę merytorycznie z panem dyskutować, to chciałem też zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Kluczowa ustawa, przynajmniej w ustach ministra Radziwiłła jest to kluczowa ustawa, i gdzie jest minister? *(Oklaski)*

(Posel Elżbieta Gapińska: Właśnie!)

Jakim prawem? Co to są za zasady? Dyskutujemy o kluczowej zmianie systemu ochrony zdrowia, o przyszłości 38 mln pacjentów i ministra nie ma. Przysłał, z całym szacunkiem, wiceministra, który jest technicznym wykonawcą jego poleceń. Być może nie miał czasu. Historia ministra Radziwiłła, nie wiem, czy państwo pamiętacie, zaczyna się w roku 2015. 16 listopada został ministrem zdrowia, został powołany.

(Posel Gabriela Mastowska: Ale na temat szpitali, a nie ministra Radziwiłła.)

Jakby pani mogła spokojnie... Wie pani, rozmawiamy o szpitalach, co może być ważne w przyszłości.

(Posel Gabriela Mastowska: ...musi być dobro pacjenta!)

Niech pani nie pokrzykuje, spokojnie.

Panie marszałku, pan uspokoi tę ekipę po prawej stronie.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Pani poseł, proszę nie przeszkadzać panu posłowi w wystąpieniu.

Posel Bartosz Arłukowicz:

Minister Radziwiłł zaczął swoją drogę 16 listopada 2015 r., a już 21 listopada, drodzy państwo, wziął udział w odbywającej się w Watykanie międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. I tak mu zostało. Jak trzeba się zajmować in vitro – od ręki, nie ma in vitro, trzeba ellaOne na receptę – od ręki, trzeba zaostrzyć aborcję – proszę bardzo. Ale sieć szpitali – nie ma ministra, nie ma odwagi spojrzeć, bo wie, że bubel przygotował. *(Oklaski)*

Ale z wami to trzeba tak po chłopsku rozmawiać i prostym językiem, bo systemowo nie bardzo rozumiecie. Robicie sieć szpitali, po to żeby część szpitali do tej sieci weszła. To logiczne jest, wszystkie szpitale nie wejdą do sieci, prawda? Nie wejdą. To jak nie wejdą wszystkie szpitale do sieci, to tych szpitali będzie mniej czy więcej w sieci? No będzie mniej. Ale według was wtedy dostępność będzie większa. To jest PiS-owska, pokretna natura *(Oklaski)*, tego nie idzie zrozumieć, w jaki sposób w mniejszej ilości szpitali będzie większa dostępność.

(Poseł Tomasz Latos: Reszta w kontraktowaniu.)

Wy nawet tego nie wiecie, które szpitale tam wejdą, a które nie wejdą, i to jest najbardziej dziwne. Bo że właściwie nie wie 38 mln Polaków, które szpitale w sieci będą, a które nie, to naturalne, bo ustawa jest tak napisana, że trudno się połapać w tym wszystkim. Ale nie wie tego sam Radziwiłł. Ale powiedział to dyrektor śląskiego oddziału funduszu zdrowia. Słuchajcie państwo, bo 6 marca pan dyrektor NFZ, powołany przez ministra Radziwiłła na to stanowisko, wskazany jako człowiek, który te ustawy ma realizować, powiedział, że na Śląsku do sieci wejdzie 69 szpitali, a 72 z nich nie wejdą. Rozumiem, że jak 72 szpitale na Śląsku do sieci nie wejdą, to dostępność dla pacjentów będzie większa. To potraficie tylko wy wymyślić. No, nie ma drugiego na świecie... I dlatego się Sośnierz od was odcina. Co on biedny ma zrobić? Musi powiedzieć, że to głupota jest. Zrobił to samo Gowin, ale zesłicie się panowie w telewizorze, żeby powiedzieć, że jest zgoda. Gowin też wie, czym to pachnie. Bo Gowin był w rządzie i wie, jak się zarządza państwem, a państwo tego nie wiecie i ślepo ufacie Radziwiłłowi, a najgorsze, że on też nie wie, jak się zarządza. *(Oklaski)*

Wprowadzacie zasadę budżetowego finansowania szpitali, czyli taką zasadę: czy się stoi, czy się leży, milion złotych się należy. Tak już było w PRL-u. Was tam tak ciągnie! Macie taką PRL-owską naturę, to jest czysta komuna.

(Poseł Barbara Bubula: Kto to mówi?)

Jeżeli szpital dzisiaj musi zabiegać o pacjenta i o procedurę, to stara się wykonać tych procedur dużo. Lepiej, gorzej, ale stara się tych pacjentów leczyć. Wy zaś mówicie: milion złotych masz i lecz. No to kogo on będzie leczył? Będzie leczył tych pacjentów z najłżejszymi chorobami i będzie ich przetrzymywał w szpitalu. I ustawi kolejki, bo resztę odeśle

do szpitali wojewódzkich, które będą się dusiły tymi pacjentami i też nie będą chciały ich przyjmować. Taki będzie efekt.

Mało tego: likwidujecie nocną pomoc lekarską. To dopiero poroniony pomysł! Czyli na izbę przyjęć czy SOR do szpitala będzie trafiał każdy. Będzie trafiało dziecko z biegunką, dziecko z grypą, człowiek z udarem, mężczyzna z zawałem i jeszcze ci z wypadku samochodowego. Wszyscy na SOR! To takie... Już to dziś powiedziałem: wy naprawdę macie taką naturę jaskiniowca, takie jabadabadu i do lasu wszyscy! *(Wesołość na sali, oklaski)* Tak się nie da rządzić państwem. *(Oklaski)*

I rzecz ostatnia. Drodzy państwo, wy zupełnie poważnie nie traktujecie tego, co dzisiaj jest w szpitalach. Tam są zainwestowane setki milionów złotych w nowoczesny sprzęt: nowoczesne tomografy, rezonanse, symulatory. Tego jest bardzo dużo w polskich szpitalach. I teraz szpital, który nie wchodzi do sieci, zwyczajnie będzie musiał te pieniądze oddać. Czy się zastanowiliście nad tym, co wy w ogóle robicie?

(Poseł Tomasz Latos: Będzie miał kontrakt, tak jak teraz.)

(Poseł Elżbieta Gapińska: Akurat!)

W każdym szpitalu mamy inwestycję europejską, praktycznie w każdym, a wy na Śląsku wyrzucacie 72 szpitale z sieci, mówicie, że dostępność będzie większa, pacjenci będą mieli lepiej, bo szpitale będą mniej i na dodatek oddadzą europejską kasę. Tylko wy potraficie to wymyślić.

Szanowni Państwo! Ustawa jest groźna dla pacjentów. Ta ustawa właściwie nazywana jest ustawą o sieci szpitali. To nie jest żadna sieć szpitali, to jest jakaś pajęczynka. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Resztę czasu wykorzysta pani poseł Beata Małecka-Libera, klub Platforma Obywatelska.

Posel Beata Małecka-Libera:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Przede wszystkim chciałabym, żebyście państwo uzgodnili swoje stanowiska, ponieważ wczoraj w Katowicach na wideo pan minister Radziwiłł powiedział, że to jest bardzo drobna korekta i w ogóle tego nie zmienia, nawet o 180°.

(Poseł Maria Małgorzata Janyska: To po co?)

Dzisiaj pan poseł mówi, że jest to niełatwa ustawa i że to jest zasadnicza zmiana systemu. Więc jak to jest, panie ministrze? Proszę odpowiedzieć.

Druga rzecz. Panie ministrze, jestem przekonana, że pan jest świadom tego, że bierzecie na siebie ogromną odpowiedzialność za chaos, za to, że będą szpitale w sieci i poza siecią, że będą szpitale, które będą miały finansowanie, i szpitale, które nie będą

Posel Beata Małeczka-Libera

go miały, że szpitale będą łączone na dziko, tylko po to, żeby do tej sieci wejść. Łączy się jakąś onkologię ze szpitalem kolejowym – jakieś totalne paranoje są w tej chwili. *(Poruszenie na sali)*

Tak, tak, właśnie takie pomysły też są.

I co w tym wszystkim robi pacjent? Przecież on w ogóle nie wie, jak się ma w tym wszystkim odnaleźć. Jest w tej chwili leczony w szpitalach, czeka w swoich kolejkach i nagle okazuje się, że te szpitale znikają.

(Poseł Tadeusz Cymański: Jest super.)

Kiedy przygotowywałam się do tego, to przejrzałam wszystkie modele systemu opieki zdrowotnej, jakie funkcjonują na świecie. Nie ma takiego systemu ani takiego modelu, jaki państwo proponujecie. Być może to jest nowy model, znowu model à la Radziwiłł, tak jak jest bułka radziwiłłowska. Tylko że podstawy tego są absolutnie nieinnowacyjne i nienowoczesne, bo jeżeli już chcecie robić nowy model, to przede wszystkim zwróćcie uwagę na jakość usługi medycznej, na efektywność i w końcu także na epidemiologię, bo bez tego absolutnie te mapy, które zaczęliśmy budować, nie mają podstaw ani znaczenia.

Jakość i dostępność usług dla pacjenta jest dla niego najważniejsza, więc zacznijmy mówić o jakości, zacznijmy mówić o tych parametrach, na których powinny być oparte fundamenty tej ustawy. I wtedy będzie pełna zgoda, bo o taką jakość i o takie szpitale nam przede wszystkim chodzi.

Efektywność. Jeżeli nie mówimy tutaj o efektywności, to mówimy tak naprawdę o marnotrawstwie. Trzeba to jasno powiedzieć: w przypadku kiedy będą w szpitalach ryczały, to pacjent staje się kosztem, panie ministrze. I żaden szpital nie będzie miał na celu przyjmowania większej liczby pacjentów, bo po co? Będzie miał ryczałt i nie będzie miał żadnej motywacji.

Epidemiologia. W przypadku odpowiedzialności za 50% wszystkich zgonów chodzi o schorzenia układu krążenia: to zawały, udary. I co się okazuje? Szpitale sercowo-naczyniowe są poza siecią. Dlaczego? Bo w większości są niepubliczne, są prywatne. I to państwa boli najbardziej.

Dalej: demografia. W tej chwili 1,5 mln osób to osoby starsze, które wymagają leczenia już w tej chwili. Szpitale geriatryczne są poza siecią. Gdzie tutaj logika? Gdzie tutaj dostęp pacjenta do tego typu usług? Rozmawialiśmy na posiedzeniu komisji o sprawach wiodących, ale jest też wiele różnych drobnych rzeczy. Dlaczego np. do sieci nie mogą wejść szpitale, także publiczne, które przez ostatnie 2 lata nie miały kontraktu? One przecież zadłużały się, świadczyły usługi medyczne i teraz okazuje się, że barierą nie do przejścia jest tylko taki fakt, że nie miały kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Rozmawialiśmy w ramach komisji wielokrotnie o tych problemach. Tutaj państwo mówicie, że jesteście chętni do dialogu i zmiany. Gdzie są te zmiany, skoro

na ten temat żadnej poprawki, propozycji żadnego merytorycznego zdania nie chcieliście przyjąć?

Jest to zła ustawa. Jest to ustawa, która pogorszy dostępność dla pacjentów, która rodzi chaos nie tylko dla pacjentów, ale także dla pracowników ochrony zdrowia. Zresztą wszyscy eksperci, lekarze wypowiadali się, mówili, że jest to zły pomysł. Dziękuję. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Teraz w imieniu Klubu Poselskiego Kukiz'15 głos zabierze pan poseł Jerzy Kozłowski.

Bardzo proszę.

Posel Jerzy Kozłowski:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Prawo i Sprawiedliwość twierdzi, że na skutek rządów Platformy Obywatelskiej polski system ochrony zdrowia stanął na skraju przepaści, ale rozwiązania, które Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić, będą dużym krokiem naprzód, w przepaść. Zmiana zasad finansowania leczenia szpitalnego z kontraktowego na ryczałtowy będzie rewolucją i skończy się katastrofą dla całego systemu. Niestety każda rewolucja wymaga ofiar. Mam duże obawy, że w tym przypadku ofiarami staną się pacjenci.

Prawo i Sprawiedliwość być może prawidłowo postawiło diagnozę. Obecny model kontraktowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej ma z pewnością wiele wad, jednak leczenie ich poprzez zmianę sposobu finansowania z kontraktowego na ryczałtowy nie przyniesie oczekiwanych skutków. Przypomnę, że jedna z naczelnych zasad etycznych w medycynie brzmi: po pierwsze nie szkodzić. Ministerstwo Zdrowia o tym zapomniało. Budżetowy system finansowania jest bardzo wygodny i przyjazny, ale dla szpitali, które są oczywiście w sieci. Będą w pozycji uprzywilejowanej wobec stojącego po drugiej stronie pacjenta. Obecnie pieniądz idzie za pacjentem, a przy ryczałtowym finansowaniu szpitali pacjent stanie się po prostu kosztem. Jest wielce prawdopodobne, że pacjenci, których leczenie jest kosztowne, będą traktowani jak gorący kartofel, będą się odbijali od szpitala do szpitala.

Proponowany system nie motywuje do podnoszenia jakości usług. Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ułatwi dostęp pacjentom do lekarzy specjalistów. W związku z tym od razu nasuwa się pytanie, czy wprowadzenie sieci szpitali spowoduje zwiększenie liczby specjalistów. Oczywiście to jest niemożliwe. Mało tego, istnieje poważne ryzyko, że ich liczba się zmniejszy. Skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na wizytę u lekarza specjalisty można rozwiązać tylko w jeden sposób:

Posel Jerzy Kozłowski

musi się po prostu zwiększyć liczba lekarzy specjalistów. Polska jest na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej, jeśli chodzi o liczbę lekarzy na 1 tys. mieszkańców. Mało tego, mamy w Europie najwyższą średnią wieku lekarzy specjalistów. Wszyscy wiemy, jakie są tego przyczyny. Lekarze wyjeżdżają za granicę. Dlaczego? Chodzi po prostu o warunki. Państwo prowadzi skandaliczną politykę dotyczącą przyznawania rezydentur umożliwiających odbycie specjalizacji. Jest mniej rezydentur niż lekarzy kończących studia. Młody lekarz ma problem z uzyskaniem specjalizacji lekarskiej. Mało tego, płace tych lekarzy są niższe, niż wynosi średnia krajowa, a lekarz stażysta zarabia mniej niż kasjer. To są przyczyny emigracji lekarzy z Polski.

I teraz spójrzcie państwo na to ekonomicznie. Jako społeczeństwo wydajemy w skali roku wielkie pieniądze na kształcenie lekarzy w naszym systemie edukacji. Ci lekarze, którzy są wykształceni za nasze pieniądze, nie realizują się w Polsce, tylko wyjeżdżają za granicę z powodów bardzo prozaicznych. Dlaczego lekarz kończący studia, odbywający staż nie może załatwić, bo taka jest prawda, to jest właściwe słowo, sobie rezydentury? Do mnie zgłaszają się z prośbą o wsparcie młodzi lekarze, żeby im w tym pomóc. Okazuje się, że odbijamy się od ściany. Nie można załatwić rezydentury w dziedzinie okulistyki we Wrocławiu, ponieważ nie ma już miejsc. Czy państwo macie jakąś politykę szacowania, ile rezydentur jest potrzebnych w danej specjalizacji? Okazuje się, że nie. Jeśli nie zatrzymamy młodych ludzi w ogólnie pojętej medycynie w Polsce, to będziemy cały czas borykać się z tym, z czym się borykamy, czyli z małą liczbą lekarzy specjalistów. Żadna reforma tego nie zmieni. Możemy zrobić jakieś sieci, a lekarzy nie przybędzie, kolejki się nie zmniejszą. Będzie coraz bardziej utrudniony dostęp do tych placówek, ponieważ placówki szpitalne będą się teraz bać pacjenta, zwłaszcza takiego, którego leczenie jest bardzo kosztowne. To jest oczywiste. Nie oczekujcie jakichś etycznych zasad, którymi będą kierować się dyrektorzy szpitali, bo ekonomia będzie ich trzymała pod prężeniem i będą musieli wybierać pacjenta mniej drogiego. Ci najbardziej kosztowni pacjenci będą, co powiedziałem wcześniej, traktowani jak gorący kartofel.

I teraz spójrzmy na to z pozycji pacjenta. W tej chwili chcę się w takiej pozycji postawić. Obecny system faktycznie jest zły. Sam to przeżywałem na własnej skórze i wiem, jak wygląda praca na izbie przyjęć, jak potem wygląda sytuacja dotycząca tzw. opieki pooperacyjnej. I nie mam pretensji do lekarza, który był na dyżurze. Okazuje się, że praktycznie było tak, że od czwartku do niedzieli pracował jako chirurg, a potem musiał zbiegać na izbę przyjęć, żeby przyjmować pacjentów w gigantycznej kolejce. Dlaczego? Bo był jeden, jeden specjalista w 100-tysięcz-

nym w mieście. Przecież to są absurdy. Nie ma lekarzy. Jeśli pacjent po wprowadzeniu tej nowej reformy znajdzie się w takiej sytuacji, że nie będzie za nim szedł pieniądź, czyli nie stanie się, powiedzmy, motywującym finansowo dla szpitala czynnikiem, a stanie się kosztem, to jego pozycja osłabnie. Ta ustawa jest po prostu antypacjencka. Tu się zgadzam z posłem Sośnierzem, popieram to zdanie. To jest ustawa antypacjencka, kolejki się nie zmniejszą.

A teraz kwestia, jeśli chodzi o pieniądze. Daleko nie trzeba szukać. Jeżeli chodzi o przeznaczanie z budżetu państwa pieniędzy ogólnie na zdrowie, to nie są to tylko pieniądze wynikające z PKB, patrząc od strony finansowania wydatków publicznych. Składają się na to również pieniądze wydawane z naszych prywatnych kieszeni na leczenie prywatne. Wasza reforma spowoduje, że jeszcze się zwiększą nakłady na służbę zdrowia ze środków pochodzących z pieniędzy pacjentów. Oczywiście w tym momencie PKB całościowo przeznaczone na służbę zdrowia wzrośnie, ale kosztem pacjenta. Nie oczekujcie, że wasze sieci szpitali umiejscowione w finansowaniu ze środków publicznych dadzą pacjentom, nie klientom, jakąś korzyść, że będą oni mogli łatwiej się leczyć. To jest po prostu niemożliwe.

Powiem w ten sposób: oprócz tych rzeczy, które w tej chwili wymieniałem, zaskakujących jest dla mnie kilka rzeczy. Dlaczego zmniejszacie dostęp do usług kardiologii inwazyjnej? Ja tego po prostu nie rozumiem. To jest jedna, jeśli nie główna, przyczyna zgonów w Polsce. Za bardzo też nie rozumiem, skąd w ogóle wdrożenie do tego pojęcia uznaniowości w przyjmowaniu poziomu referencyjności przez ministra lub wojewodę. Czy to wiąże się z tym, że będzie możliwość nacisków politycznych? Bo takie pytanie w tym momencie mi się nasuwa. Nie rozumiem też pewnego uznaniowego – chociażby bez podania jakichś przyczyn – finansowania poza ryczałtem wyodrębnionych procedur, np. wspomnianego ostatnio implantu ślimaka. To są rzeczy, które budzą niepokój, ponieważ nie ma przejrzystości, transparentności. Od strony kwalifikowania do sieci, kwestii finansowania, jest to dla mnie niezrozumiałe.

Jeśli wasze pomysły, które mają przynieść, według waszej oceny, korzyści polskim pacjentom, miałyby sens, mają mieć sens, to musi być więcej środków na finansowanie tej służby zdrowia. Bez zwiększenia wydatków na ogólnie pojętą ochronę zdrowia wasza reforma nic nie zmieni. Regulacja jest skazana na porażkę, gdyż bez zwiększenia nakładów na służbę zdrowia to się po prostu nie uda. Wyobraźmy sobie to w ten sposób. Jeśli chcemy wyremontować mieszkanie, a zamiast zakupu farby...

(Posel Bartosz Arłukowicz: Pędzla.)

...zakupu czegokolwiek, przestawiacie meble, bo tak to wygląda, to niekoniecznie ten układ, który wy zrobicie po przestawieniu mebli, będzie wam potem odpowiadać. Obudzicie się w takiej sytuacji, że to, co pozmieniacie, nagle przestanie wam pasować. Wy-

Poseł Jerzy Kozłowski

mienienie ministra, może pojawi się nowy minister – ja bym tego oczekiwał, mówiąc tutaj na marginesie – który zacznie porządkować to, co można uporządkować, bo wy chcecie wyrzucić w kosmos coś, co jest do poprawy. Dlaczego nie można stanąć przed koniecznością zmian obecnego systemu, który nie jest ryczałtowy, lecz kontraktowy, poprawić taryfikacji, poprawić błędów tam, gdzie one są, a nie wywalać wszystkiego po prostu do góry nogami? Bo na tym tylko tracą pacjenci. Nie zwiększy się liczba lekarzy w Polsce i jeszcze zmotywujecie, w sensie negatywnym, młodych ludzi do wyjazdu do kraju za zachodnią granicą, gdzie na dzień dobry pytają młodego lekarza: a jakiej pan sobie rezydentury życzy, a młody lekarz po studiach nie dostaje poniżej 2 tys. zł, tylko – w przeliczeniu na nasze – 12 tys. zł. Jak wy chcecie tymi metodami utrzymać w Polsce młodych ludzi i dać szansę (*Dzwonek*) na lepszą opiekę zdrowotną pacjentom? (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Teraz w imieniu klubu Nowoczesna głos zabierze pan poseł Marek Ruciński.

Poseł Marek Ruciński:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! System ochrony zdrowia ze względu na wieloletnie zaniedbania ze strony kolejnych rządów boryka się z licznymi problemami. Problemy te wymagają przeprowadzenia ważnych i jednocześnie trudnych reform. Jedną z nich stanowić miała nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzająca system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. sieć szpitali.

Projekt pana ministra Radziwiłła mimo swoich słusznych założeń w obecnym kształcie jest jednak nie do zaakceptowania. Po pierwsze, należy wyraźnie podkreślić, że konieczność łącznego spełnienia określonych w projekcie warunków kwalifikujących do tzw. sieci w sposób oczywisty eliminuje z niej szereg szpitali publicznych, w szczególności bardzo ważnych dla pacjentów szpitali monospecjalistycznych. Postęp naukowy i technologiczny powoduje, że te szpitale w ciągu ostatnich lat stały się dla pacjentów nie tylko dużo bardziej istotne, niż miało to miejsce w przeszłości, ale też zyskały status podstawowych. Jako takie bezspornie nie powinny mieć ograniczonego dostępu do systemu, który nawet w nazwie ma „system podstawowy”. Szerszy dostęp do szpitali monospecjalistycznych w tzw. sieci jest więc jednym z fundamentalnych warunków jej utworzenia.

Kolejną kwestią wymagającą zdecydowanej korekty jest jawna dyskryminacja szpitali niepublicznych, które de facto pozbawione są możliwości zakwalifikowania ich do tzw. sieci. Nie zmienia tego w żaden sposób fakt, że kryteria kwalifikacji świadczeniodawców nie odwołują się do struktury właścielskiej podmiotów leczniczych. Na przykład warunek udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć na podstawie umowy, której okres trwania wynosi co najmniej 2 lata, będzie trudny do spełnienia dla większości podmiotów prywatnych, które taką umowę w ogóle posiadały, a także, co jasne, niemożliwy do spełnienia dla tej części z nich, która chciałaby starać się o kontrakt z NFZ po raz pierwszy.

Dodatkowo należy zauważyć, że odsetek pieniędzy publicznych dostępnych w ramach procedury konkursowej jest, po pierwsze, nieznaczny, a po drugie, nieprzeznaczony wyłącznie dla szpitali prywatnych. Tymczasem zgodnie z ogólnodostępnymi danymi łączna wartość kontraktów na leczenie w szpitalach niepublicznych w Polsce w 2015 r. wyniosła blisko 6,3 mld zł. Co więcej, tylko ok. 19% z nich nie miało podpisanego kontraktu z NFZ na leczenie szpitalne. Nawiazuując do uwag zgłoszonych w ramach konsultacji społecznych, zakładając, że sektor szpitali prywatnych realizował tylko ok. 6% budżetu NFZ przeznaczonego na leczenie szpitalne, można przyjąć, że wykonywał on nawet do 10% świadczeń szpitalnych.

Nie można również zapomnieć, że blisko 90% przychodów szpitali prywatnych generowanych jest przez kontrakt z NFZ. Kontrakt ten jest więc dla ich funkcjonowania absolutnie kluczowy. Projektodawcy powinni także wziąć pod uwagę to, że duża część społeczeństwa, która opłaca ubezpieczenie zdrowotne, z uwagi na lepszą dostępność usług decyduje się właśnie na placówki prywatne. Tym samym nie możemy zaakceptować projektu, który w zasadzie wyłącza dostęp do sieci podmiotom niepublicznym. Nasze istotne wątpliwości budzi także istniejący nadzwyczajny tryb kwalifikowania do sieci szpitali, a więc kwalifikacja w oparciu o uznanie ministra zdrowia. Ponadto pomysł ryczałtowego finansowania szpitali, które znajdują się w tzw. sieci, bezsprzecznie doprowadzi do zmniejszenia poziomu inwestycji w tych placówkach, co znajdzie swoje konsekwencje m.in. w obniżeniu jakości świadczonej przez nie usług.

Podsumowując, należy zdecydowanie podkreślić, że zagrożenie utratą kontraktu, podkreślam, zagrożenie utratą kontraktu, z Narodowym Funduszem Zdrowia przez szpitale publiczne i niepubliczne wiązać się będzie z daleko idącymi konsekwencjami w postaci ograniczenia lub nawet zakończenia ich działalności. To z kolei skutkować będzie utratą przez pacjentów realnego, zagwarantowanego konstytucją prawa do finansowania ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji może to prowadzić do zapaści całego systemu ochrony zdrowia. Tym sa-

Posel Marek Ruciński

mym projekt dotyczący ustanowienia tzw. sieci szpitali w kształcie proponowanym przez ministra jest dla nas nie do zaakceptowania. Nowoczesna deklaruje jednak gotowość do współpracy przy tworzeniu kolejnego projektu tej ważnej i potrzebnej reformy, z nadzieją, że uwzględni on wszystkie wskazane wyżej wątpliwości. Dziękuję. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Teraz, w dalszym ciągu w imieniu klubu Nowoczesna, głos zabierze pan poseł Marek Sowa.

Bardzo proszę.

Posel Marek Sowa:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Jak już mój przedmówca powiedział, projekt ustawy o sieci szpitali ogranicza konstytucyjne prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia, dzieli szpitale na lepsze i gorsze, na te, które będą miały dostęp do środków publicznych, i te, które pozostaną bez finansowania, zmienia kluczową zasadę, że pieniądź powinien pójść za pacjentem, a nie pacjent za pieniądzem. Projekt ustawy od samego początku, tj. od września ub.r., kiedy został po raz pierwszy przekazany do konsultacji społecznych, budzi ogromne obawy i stanowczy sprzeciw wielu środowisk. Samorządy, środowiska medyczne i gospodarcze wypowiadały się wielokrotnie i niemal zawsze były to wypowiedzi bardzo krytyczne, jednoznacznie przewidujące negatywne skutki wprowadzenia ustawy. Pomimo upływu wielu miesięcy wokół reformy dalej panuje całkowita dezinformacja, stan niepewności wśród pacjentów, świadczeniodawców i pozostałych uczestników systemu ochrony zdrowia. Zaproponowane przez te środowiska zmiany nie zostały uwzględnione w aktualnej wersji projektu. Najlepiej można by to było podsumować słowami ministra Gowina, który o tym projekcie tuż po jego przyjęciu przez Radę Ministrów powiedział: jedno jest pewne – ustawa ta na pewno nie poprawi dostępności usług zdrowotnych. Oczywiście przesunięcie terminu wejścia w życie tej ustawy o 3 miesiące daje jakieś szanse, zwłaszcza sektorowi publicznemu, na wprowadzenie pewnych korekt. Samorządy dostały 3 miesiące więcej na podjęcie działań zapobiegawczych, będą mogły połączyć szpitale. Ale czy o to w tym wszystkim chodzi? Czy to poprawi dostęp do usług medycznych? Czy jeden szpital ma zostać podporządkowany interesowi drugiego? Przecież nie na tym to powinno polegać.

Bardzo ważny element, dzisiaj myślę nawet, kluczowy, to uderzenie w sektor prywatny. Zdecydowania większość placówek niepublicznych pozostanie poza siecią szpitali. Zostaną one pozbawione dostępu

do publicznego finansowania. Stanie się to praktycznie z dnia na dzień. Gdybyście państwo zapoznali się z opinią BAS-u, wiedzielibyście dokładnie, że takie skutki są tam przewidywane. Skutkiem nowej, zupełnie nieprzewidywalnej sytuacji może być wyparcie z rynku jednostek funkcjonujących od lat i pozostawienie ich pacjentów bez opieki. Przekreśli to zaufanie inwestorów do państwa, inwestorów, którzy przez lata wspierali sektor ochrony zdrowia, podnosząc jakość usług i ich dostępność, a przez to zwiększając bezpieczeństwo zdrowotne. I nie tylko w sektorze prywatnym to się działo. Sektor publiczny, wszystkie samorządy realizowały wiele inwestycji, aby jakość usług w sektorze publicznym była na tym samym poziomie.

Ustawa w sposób znaczący zwiększa rolę wojewody. Posłanki i posłowie Nowoczesnej wystąpili do każdego z wojewodów z prośbą o przekazanie informacji, które jednostki ochrony zdrowia znajdą się w sieci szpitali, a które pozostaną poza siecią. Odpowiedział tylko wojewoda śląski, ale to jest odpowiedź nieprawdziwa: proszę się nie obawiać, wszystko będzie dobrze, jest zapisane w ustawie i będzie zgodne z ustawą. Nie powiedział, że 73 placówki pozostaną poza siecią. Czekam też na odpowiedź wojewody małopolskiego, gdyż wiemy z informacji Narodowego Funduszu Zdrowia, że 34 z 67 placówek pozostaną poza siecią. Ta informacja jest niezbędna, musimy ją otrzymać przed zakończeniem prac nad tą ustawą. Musimy, pacjent, świadczeniodawcy, wszyscy muszą wiedzieć, jakie skutki ta ustawa będzie miała. Rozpoczynacie państwo operację, która dotyka wszystkich Polaków, setki tysięcy osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia, właścicieli tych jednostek, miliardów złotych zainwestowanych w sektor ochrony zdrowia. I nie dajecie czasu na przygotowanie się do wejścia w życie tej ustawy. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Teraz w imieniu Klubu Parlamentarnego Polskiego Stronnictwa Ludowego głos zabierze pan poseł Władysław Kosiniak-Kamysz.

Posel Władysław Kosiniak-Kamysz:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Ustawa o sieci szpitali nie jest żadną reformą służby zdrowia, nie jest lekiem na bolączki polskiego systemu ochrony zdrowotnej. Jest niebezpiecznym eksperymentem na żywym organizmie, jest niebezpiecznym eksperymentem na pacjentach, lekarzach, pielęgniarkach, jest niebezpiecznym eksperymentem na polskim systemie zdrowia.

Nie ma ministra Radziwiłła, no już nie pierwszy raz. Nie było go na wcześniejszych posiedzeniach komisji. Jak przyszedł na posiedzenie komisji, to bar-

Posel Władysław Kosiniak-Kamysz

dziej wczuwał się w rolę polityka niż ministra, na pewno nie eksperta. Nie odpowiadał nawet na pytania środowiska lekarskiego, z którego się wywodzi, izby lekarskiej, której był prezesem przez wiele lat. Dzisiaj też go nie ma.

Ta ustawa jest tak entuzjastycznie broniona przez pana przewodniczącego Latosa. Bogu dzięki, że go macie u siebie w klubie, bo ktoś przynajmniej ma jakiś zapal do tej ustawy, ktoś z energią podchodzi i próbuje tego bronić, bo gdzie indziej o tę energię trudno. Nie było jej w rządzie, bo jeżeli wicepremier rządu zgłasza zdanie odrębne, to jest poważna sprawa. I można się dogadywać teraz, robić wspólną konferencję, ale i tak nie zmienia to faktu, że wrażenie po pracach Rady Ministrów nad jedną z najważniejszych ustaw, gdy wicepremier rządu nie poparł tej ustawy, jest dla takiej ustawy druzgocące. Jest po prostu druzgocące. I to nie tylko nie popiera jej w przestrzeni medialnej, ale nie popiera jej w swoim oficjalnym stanowisku na posiedzeniu Rady Ministrów.

Druzgocąca jest również opinia Biura Analiz Sejmowych – zachęcam wszystkich parlamentarzystów do zapoznania się z nią – mówiąca i o aspektach prawnych, o pewności stanowionego prawa, trwałości stanowionego prawa. Bo co się okazuje? Że nadzorujący szpitale, prowadzący szpitale powinni wiedzieć 2 lata temu, że trzeba mieć zakontraktowaną izbę przyjęć, żeby dzisiaj startować do sieci szpitali. To jest wiedza tajemna, której PiS nie udostępnił 2 lata temu. Dzisiaj na tej podstawie, na podstawie wiedzy niedostępnej od różnego rodzaju placówek, również społecznych, bardzo dobrze zakorzenionych w polskiej rzeczywistości, wymaga się tego, co jest bardzo trudne do spełnienia.

Jest kilka wątpliwości natury ogólnej. Po pierwsze, mówicie państwo, że łatwiej będzie teraz przechodzić z oddziału na oddział, że wszystkie oddziały, a tak naprawdę wszystkie szpitale będą finansowane ze środków publicznych. No to po co w ogóle jest ta zmiana? Jeżeli część ma wejść do sieci, reszta ma wygrać w konkursie, to wszystko zostaje tak naprawdę po staremu.

Gdzie jest ten haczyk? Prawda jest taka, że nie wszyscy wygrają w konkursie. Przeanalizowałem prawie 235 uwag zgłoszonych do ministra zdrowia. Na każde pytanie odpowiadacie: jak oddział czy szpital nie łapią się do sieci, to proszę wystartować w konkursie. No to ile będzie tych pieniędzy w konkursie, że wszyscy, którzy będą chcieli wystartować, którzy będą mieli takie uprawnienia, wystartują? I co? Oni wygrają? Nie wygrają wszyscy i dobrze o tym wiecie. Powiedzcie, ile oddziałów zostanie zlikwidowanych. Powiedzcie, ile osób – lekarzy, pielęgniarów, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, rehabilitantów – straci pracę. Bo związek zawodowy pyta, czy jest program osłonowy dla pracowników zwalnianych z różnych placówek.

Mówicie, że będzie łatwiej przenieść pacjenta między oddziałami. Ale jeżeli w szpitalu powiatowym jest 11 oddziałów, a tylko pięć będzie miało finansowanie w ramach sieci szpitali, o pozostałe sześć trzeba będzie wystartować w konkursie. To dotyczy bardzo ważnych oddziałów dla Polski powiatowej, Polski lokalnej, np. oddziału neurologii, która jest dość powszechna w szpitalach powiatowych, a która nie jest wpisana jako placówka pierwszego stopnia, a do niego szczególnie trafiają szpitale powiatowe. No i co? Teraz jest procedura, która nie jest systemem idealnym, to prawda. I trzeba to zmienić. Ale wtedy oddziały, które będą w sieci szpitali, będą musiały się dzielić swoimi pieniędzmi z oddziałami, które przegrają w konkursie, np. z neurologią, bo nie wiadomo, czy ta neurologia wygra. I znów będzie przesuwanie pieniędzy z jednego oddziału do drugiego. Czy to uzdrowi polską służbę zdrowia?

Co z lekarzami odbywającymi specjalizację na oddziałach, które zostaną zlikwidowane? Co z rezydentami dzisiaj tam funkcjonującymi czy stażystami, którzy, jak też widzieliśmy dzisiaj w artykułach prasowych, zarabiają karygodnie nisko w porównaniu do płacy minimalnej? Podniesiona została płaca minimalna, bardzo dobrze, ale nie zostały podniesione wynagrodzenia lekarzy stażystów. Trzeba się o nich upomnieć.

Nocna i świąteczna pomoc. To prawda, że dzisiaj na izbę przyjęć czy na SOR przychodzą pacjenci z dolegliwościami, z którymi powinni pójść do punktów nocnej czy świątecznej pomocy. Mówicie: zrobmy to wszystko w jednym miejscu, będzie izba przyjęć, SOR, niech będzie też przychodnia i nocna, i świąteczna pomoc. Tylko jeżeli nocną i świąteczną pomoc, izbę przyjęć, SOR i oddział ma obsługiwać jeden lekarz, to zajecie tych lekarzy na śmierć. Oni tego nie dadzą rady zrobić. I to rodzi wielkie niebezpieczeństwo dla jakości obsługi, dla jakości podejmowanych decyzji, dla bezpieczeństwa pacjentów. Bo to wydaje się nawet racjonalnym pomysłem, tylko czy będą dodatkowe pieniądze na wyposażenie, na dostosowanie lokalowe placówek medycznych? Czy będą dodatkowe pieniądze na zatrudnienie? W tej ustawie nie ma nic o dodatkowych pieniądzach. Nie ma nic o oddłużeniu szpitali, nie ma nic o wsparciu procedur medycznych. Jest tylko i wyłącznie dużo chaosu, bo, panie ministrze, tak naprawdę tę ustawę bardzo trudno jest zrozumieć i rozszyfrować ekspertom ochrony zdrowia. A co mają powiedzieć ci, którzy nie są wybitnymi legislatorami, nie zajmują się prawem na co dzień? Jak oni mają rozszyfrować ten chaos, który chcecie dzisiaj wprowadzić?

Co z trwałością projektów unijnych? Wciąż zadajemy bardzo dużo pytań o jakość prowadzonych działań w obszarze ochrony zdrowia. Jakość się podnosiła również dzięki środkom europejskim. Szpitale, szczególnie szpitale samorządowe prowadziły różne programy, poprawiały jakość sprzętu, brały środki z Unii Europejskiej. Bogu dzięki, miały taką możli-

Posel Władysław Kosiniak-Kamysz

wość. Mam nadzieję, że nikt nie będzie chciał Polski wyprowadzić z Unii Europejskiej.

(*Posel Jakub Rutnicki: Oj...*)

I dzisiaj muszą utrzymać trwałość danego projektu przez 5 lat. Jak zlikwidujecie ten oddział, bo nie będzie miał finansowania z sieci ani z konkursu, to jak on utrzyma ten duży projekt? Wciąż zadajemy w komisjach i na różnego rodzaju spotkaniach bardzo wiele pytań. Wy macie jedną odpowiedź niezależnie od tematu, jakim naprawdę się zajmujemy. Odpowiedź jest ta sama: 8 lat, 8 lat. Jednak to „8 lat” nie pomaga w dostaniu się do kolejki i skróceniu kolejki po endoprotezę, nie pomaga w przyspieszeniu operacji okulistycznej. Naprawdę ta wasza retoryka się pomału wyczerpuje. Ona jest korzystna przed wyborami czy zaraz po wyborach, ale teraz, prawie po 2 latach za chwilę, a wtedy będzie wchodziła ta ustawa, ona nie będzie waszą tarczą obronną przed nawalem pacjentów, którzy poczują się zagubieni, bo dzisiaj czekają w kolejce po endoprotezy, może w prywatnym szpitalu, może w szpitalu prowadzonym przez związek wyznaniowy, a może w szpitalu samorządowym. Oddział nie znajdzie się w sieci, nie dostanie pieniędzy z konkursu. Gdzie oni pójdą? Do której kolejki się ustawia? Czy to będzie szybciej? Mielicie wzmocnić polski budżet, mieliście uszczelnić często polski budżet, mieliście dać też pieniądze na publiczną służbę zdrowia, państwową, bo tak często ją określacie. A co się dzieje? Może się skończyć tak, że pacjent, który czeka w kolejce w szpitalu, który dzisiaj ma finansowanie z NFZ-u, jest prywatnym, społecznym, samodzielnym szpitalem, zostanie w tej kolejce, tylko już NFZ mu nie zrefunduje kosztów leczenia, tylko zapłaci z własnej kieszeni. Ustawa o sieci szpitali stwarza niebezpieczeństwo drenażu kieszeni polskich pacjentów. To jest jeden z głównych zarzutów, jaki mamy do tej ustawy. Co ze szpitalami monospecjalistycznymi? Co z rehabilitacją? Są szpitale rehabilitacyjne. Mówię też tutaj o mojej rodzinnej Małopolsce. One się nie znajdują w sieci szpitali. Wygrają konkurs? Dajecie tę gwarancję? Jeśli dajecie dzisiaj gwarancję wygrania konkursów, to po co ogłaszacie konkursy? Dajcie wszystkim pieniądze w formie ryczałtu i będzie spokój. Nie będziecie przynajmniej marnować czasu na przeprowadzenie konkursu.

Rozumiem, że chcemy też wspierać polskich lekarzy, ale ta ustawa skłoni do wyjazdu za granicę i korzystania z prawa Unii Europejskiej do finansowania świadczeń również za granicą. Rozumiem, że do wczoraj jeszcze wyjazd do Czech do okulisty był wzmocnieniem naszego sojuszu wyszehradzkiego, ale po wczorajszym głosowaniu już tego nie wytlumaczycie. Trzeba coś tutaj zrobić. (*Oklaski*)

Na koniec prosba do pana posła Arłukowicza, żeby też tak nie chwalił pana posła Sośnierza. Ja się z posłem Sośnierzem zgadzam w 100%, bardzo dziękuję za to zdanie, ale jak my tak pana będziemy chwalić, to my panu więcej krzywdy zrobimy, bo

w PiS-ie będą panu dokuczać, a zbyt porządnym pan jest człowiekiem, żeby panu dokuczano. Mam nadzieję, że przekona pan część swoich koleżanek i kolegów do tego, żeby odrzucić tę fatalną ustawę, która nie tworzy ani sieci, ani nawet pajęczynki. To są wnyki zastawione na polską służbę zdrowia (*Dzwonek*), na pacjentów. Mam nadzieję, że sami w nie wpadniecie. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

W imieniu koła Wolni i Solidarni głos zabierze pani poseł Małgorzata Zwiercan.

Posel Małgorzata Zwiercan:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieć szpitali, budzi wiele kontrowersji. Różne środowiska wypowiadają się na temat tego, jak ta sieć powinna wyglądać i czego w niej brakuje. Niepokój nie tylko pacjentów, ale również dyrektorów szpitali potęguje szum informacyjny, który celowo podsycany jest przez media niejednokrotnie podające mylne informacje. Z wielu audycji i publikacji dowiadujemy się, że ucierpi pacjent, że nie będzie on mógł korzystać ze swojego podstawowego prawa do opieki zdrowotnej, że placówek będzie mniej i nie obsłużą wszystkich potrzebujących. To prawda, że proponowane zmiany wymagają korekty podczas dalszych prac.

Muszę jednak podkreślić, że obecny system i poziom zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych pozostawiają wiele do życzenia, dlatego przeprowadzane zmiany są niezbędne. Wprowadzany projekt, mimo swojego skomplikowania, jest potrzebny. Jeżeli niwelujemy jego niedoskonałości podczas dalszego procedowania, niewątpliwie będzie to dobrze przeprowadzona reforma.

(*Głos z sali: Właśnie niwelujemy.*)

Mój niepokój budzą informacje, że w sieci szpitali nie znajdzie się m.in. jedyny w kraju szpital geriatryczny w Katowicach.

(*Posel Beata Małeczka-Libera: Naprawdę?*)

Razem z innymi posłami i posłankami wystosowaliśmy w lutym interpelację do pana ministra w tej sprawie, na którą jeszcze nie otrzymaliśmy odpowiedzi. Za niewystarczające uważam zapewnienia, że placówki, które nie znajdują się w sieci, będą miały możliwość zakontraktowania na dotychczasowych zasadach w ramach konkursu. Ze względu na demografię naszego społeczeństwa oraz specyfikę chorób związanych z wiekiem nie wyobrażam sobie, żeby tak ważna dla naszych seniorów placówka lecznicza nie miała znaleźć się na przygotowanej liście. Nie zapominam jednak, że dokładna sieć szpitali nie jest jeszcze znana. Prace nad projektem trwają i jestem prze-

Posel Małgorzata Zwiercan

konana, że priorytetem Ministerstwa Zdrowia jest i będzie dobro pacjentów i ich komfort w trakcie leczenia. Dziękuję. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Teraz głos zabierze pan Janusz Sanocki, poseł niezrzeszony.

Bardzo proszę.

Posel Janusz Sanocki:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Rozmawiamy o problemach służby zdrowia. W związku z tym właściwe jest odniesienie się do podstawowej zasady leczenia wszystkich chorób, a mianowicie znalezienia przyczyny choroby, a nie tylko leczenia objawów. Słuchałem uważnie i wypowiedzi przedstawiciela ministra, i wszystkich państwa. Trudno nie odnieść wrażenia, że ministerstwo przedstawia projekt, który w żaden sposób nie odnosi się do przyczyny kryzysu w służbie zdrowia. Otóż kryzys ten wynika z wielu elementów, m.in. z tego, że procedury medyczne są coraz droższe, a nauka idzie do przodu. Nie sposób obiecać wszystkim, że państwo wyleczy każdego w każdej chwili za każde pieniądze. Widzimy w telewizji, że ludzie zbierają pieniądze na operację w Stanach Zjednoczonych, za granicą, co jest objawem niewydolności naszej służby zdrowia, braku możliwości leczenia tutaj. Otóż przyczyną tego schorzenia – myślę, że wszyscy to wiedzą, tylko boją się to powiedzieć tutaj – jest to, że decyzje o tym, gdzie mają iść pieniądze w służbie zdrowia, jak mają wyglądać wydatki itd., podejmują urzędnicy. To urzędnicy z Narodowego Funduszu Zdrowia decydują, gdzie zawrzeć kontrakt. Ministerstwo przedstawia nam teraz taką oto reformę, w cudzysłowie, zgodnie z którą nie będą to urzędnicy z Narodowego Funduszu Zdrowia i nie w ramach konkursów, tylko ministerstwo w ramach budżetowania. Przecież w żaden sposób nie dotyka to tego podstawowego elementu, a mianowicie braku racjonalności, bo, jak mówię, przyczyną jest to, że to jest zurzędniczenie i całkowite wykluczenie decyzji pacjenta. To pacjent powinien decydować, gdzie się leczyć, w jakim szpitalu, a szpitale powinny zabiegać o pacjenta. I o tym, czy dany szpital utrzyma się na rynku, czy się nie utrzyma, powinien decydować rynek i pacjent. A tego w ogóle tutaj nie ma i nawet nie ma w propozycjach.

Droży państwo, szanowni państwo, dopóki nie dotkniemy tej przyczyny i nie spróbujemy tego w ramach obowiązującej konstytucji, systemu prawnego itd. rozwiązać, to po prostu udajemy, że próbujemy coś reformować. Udajemy, a herbata od mieszania nie staje się słodsza, przecież to wszyscy wiemy. Co wię-

cej, taka arbitralna decyzja, że ten szpital zostanie, a tamten wyleci, to jest decyzja o niebываłych skutkach ekonomicznych, bo, jak tutaj podnoszono, prywatne podmioty poczyniły cały szereg inwestycji i teraz jedną decyzją my to wszystko przekreślamy, wyrzucamy za burtę. Ja się dziwię, że nikt w partii rządzącej, posiadającej większość, nie przeanalizował skutków również społecznych i politycznych takiej decyzji, bo naprawdę idziecie gdzieś w pieriod na miny, że tak powiem, że zacytuję... To absolutnie karkołomna decyzja.

Proponuję i proszę, żebyśmy wszyscy tutaj w zgodzie zastanowili się najpierw nad tym, jak doprowadzić do usunięcia czy jakoś ominięcia tej przyczyny. Uważam, że absolutnie konieczne jest przesunięcie, danie pacjentowi możliwości decyzji o wyborze leczenia, a także niestety nie ominiemy konieczności współpłacenia pacjenta za leczenie. Uważam, że unikanie tego tematu jest jakimś po prostu samooszukiwaniem się. W obecnym kształcie ta ustawa spowoduje tylko chaos i bałagan i nie doprowadzi do poprawy, a wręcz przeciwnie, spowoduje, powiększy kryzys i chaos w służbie zdrowia. Dziękuję. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Do pytań zapisało się 30 pań i panów posłów.

Zamykam listę zgłoszonych do pytań.

Wyznaczam czas pytania – 1 minuta.

Jako pierwsze pytanie zadaje pan poseł Marian Zembala, klub Platformy Obywatelskiej.

Posel Marian Zembala:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Panie i Panno! Posłowie! Chciałbym zacząć od podziękowań – to jest dobry moment i oby takich więcej – za to, co wielka orkiestra i Jerzy Owsiak w formie ponad 105 mln zł wnieśli w tym roku i wniosą do polskiego systemu ochrony zdrowia.

Mając bardzo mało czasu, chcę powiedzieć jedną rzecz. W każdym europejskim kraju jest troska o szpitale istniejące – powiatowe, ponadpowiatowe, wojewódzkie i tzw. akademickie. Ja, proszę państwa, jestem strażnikiem tych szpitali. Kiedy jeździłem po Polsce w ramach cyklu „Polaków zdrowia portret własny”, spotkałem się...

Panie marszałku, jedno zdanie.

...z każdym z dyrektorów oddziałów. Chcę państwu powiedzieć, że tylko *(Dzwonek)* w dwóch województwach, opolskim i śląskim, posłowie i politycy walczyli o szpitale publiczne...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo, panie pośle.

Poseł Marian Zembala:

...wszyscy inni – o szpitale niepubliczne...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Następne pytanie zadaje pan poseł Krzysztof Gadowski z Platformy Obywatelskiej.

Poseł Marian Zembala:

...dla których jest miejsce, ale jako uzupełniające w systemie...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Panie pośle, wyczerpał pan czas.
Bardzo dziękuję.

Poseł Marian Zembala:

...i wierzę, że zostaną...
(*Wicemarszałek wyłącza mikrofon, poseł przemawia przy wyłączonym mikrofonie*)
...ale uzupełniająco... (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję.

Poseł Krzysztof Gadowski:

Dziękuję.

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Ja chciałem konkretnie odnieść się do niepokojów, które panują dzisiaj w Jastrzębiu-Zdroju, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2, w otoczeniu górnictwa, autostrady. Szpital od 1976 r. posiada poradnię chirurgii szczękowo-twarzowej. Ta poradnia funkcjonuje przy różnych oddziałach, w swojej historii funkcjonowała przy oddziale chirurgii ogólnej, neurochirurgii, dzisiaj funkcjonuje w ramach pododdziału na otolaryngologii. Wejście ustawy, o której mówimy, spowoduje to, że właściwie ta poradnia będzie musiała... nie skorzysta finansowo z dofinansowania z budżetu państwa, środków zewnętrznych. Takich poradni funkcjonuje w województwie śląskim siedem, po wejściu nowego systemu pozostaną dwie. Panie ministrze, chciałbym zapytać: Co w takiej sytuacji z tymi poradniami (*Dzwonek*), czy one będą mogły skorzystać z jakiegoś finansowania czy nie, czy będą musiały być zlikwidowane? Dziękuję. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję.

Pytanie zadaje pan poseł Sylwester Chruszcz, klub Kukiz'15.

Nie ma pana posła.

Pytanie zadaje pan poseł Tomasz Nowak, klub Platforma Obywatelska.

Poseł Tomasz Piotr Nowak:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Panie Ministrze! Większe zadania dla szpitali. Ale czy będą większe pieniądze? Pomoc wieczorowa, rehabilitacja poszpitalna, przychodnie. A ryczałt będzie wyliczony w odniesieniu do roku poprzedniego, kiedy nie było tych właśnie form pracy. Skoro nie było, nie było też dochodów. Jak wobec tego będzie liczony przychód dla tych szpitali? „Wieczorynka” przy SOR – co jeśli szpital jest w dwóch budynkach, w jednym bez SOR w innej części miasta? Jak to będzie się kształtowało w tej ustawie? Czy będzie wymóg umiejscowienia „wieczorynki” w tym budynku, w którym jest SOR? Poradnie poszpitalne – skąd wziąć dodatkowy personel, panie ministrze, i kasę? Nie ma ani tego, ani tego w poszczególnych miastach. Jeśli będą poradnie specjalistyczne przy szpitalach, to co będzie z poradniami w rejonach? Czy dostaną pieniądze? Ryczałt jest na cały szpital, kontraktowane zadania są na oddziały (*Dzwonek*), teraz kontraktuje się te zadania z lekarzami bez wiedzy o tym, ile będzie pieniędzy.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję, panie pośle.

Pytanie zadaje pan poseł Krzysztof Szulowski, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Poseł Krzysztof Szulowski:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Z punktu widzenia obywatela jedną z najważniejszych rzeczy jest stabilne zabezpieczenie opieki zdrowotnej i kompleksowy i skoordynowany charakter świadczenia, a z tym do tej pory było nie najlepiej. Z punktu widzenia podmiotów, szpitali ważne są stabilne reguły postępowania, stabilne warunki finansowania. Można wtedy lepiej, łatwiej prowadzić politykę inwestycyjną i długofalową politykę kadrową, lepiej wykorzystywać zasoby.

Projekt ustawy, wbrew temu, co często twierdzi opozycja, rodzi duże nadzieje wśród samorządów. Ten głos był słyszalny w komisji. Dostrzegany jest tutaj problem powstawania podmiotów leczniczych wybierających z rynku tylko te najbardziej intratne i opłacalne kęsy, przysłowiowe wisienki na torcie.

Posel Krzysztof Szulowski

Moje pytanie dotyczy wielu szpitali, które wkroczą do sieci z balastem przeszłości i często z bardzo dużym zadłużeniem. Bywa, że ono już nie rośnie, jest obsługiwane, ale zredukować je bardzo trudno lub niepodobna. Jak ministerstwo (*Dzwonek*) widzi ten problem?

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję, panie pośle.

Posel Krzysztof Szulowski:

Czy przewiduje się programy dotyczące rozwiązania tego problemu? Dziękuję bardzo.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Pytanie zadaje pani poseł Beata Małecka-Libera, klub Platformy Obywatelskiej.

Posel Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Panie Ministrze! Mam dwa konkretne pytania doprecyzowujące. Chciałabym usłyszeć pana stanowisko w dwóch kwestiach. Pierwsza dotyczy geriatrici. Wiemy, że szpitale geriatriczne – 800 łóżek – wylatują poza system, ale moje pytanie dotyczy także całościowej oceny geriatricznej, która absolutnie jest metodą najbardziej efektywną, a tutaj również nie widzimy dla niej miejsca.

Drugie pytanie dotyczy tzw. Polski powiatowej. W tej Polsce powstało bardzo dużo monospecjalistycznych szpitali, w tym także szpitali prywatnych, które blisko pacjenta świadczyły różnego rodzaju usługi kardiologiczne, ortopedyczne czy okulistyczne. Te szpitale również nie znajdują tutaj uznania, nie będą kontraktowane. Być może dostaną jakieś drobne pieniądze z konkursów.

Pytanie, co z tymi wszystkimi pacjentami, bo dostęp właśnie w Polsce powiatowej był niestety dużo (*Dzwonek*) bardziej utrudniony niż w dużych miastach. Dziękuję.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Pytanie zadaje pani marszałek Barbara Dolniak. Bardzo proszę.

Posel Barbara Dolniak:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Pytania, które zadam, tym razem zadam nie jako praktyk, ale jako osoba, którą ta reforma może bezpośrednio dotknąć, jako potencjalny pacjent. Jak będzie obliczany ryczałt płacony szpitalom, które wejdą do sieci? Jaka będzie rola Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji? Jak podmioty, które umowy z narodowym funduszem nie posiadały, w szczególności nowo budowane szpitale w przyszłości, mogą dostać się do sieci? Wyłącznie w drodze uznaniowej decyzji ministra zdrowia? Czy będą mogły starać się o zaledwie kilka procent środków w ramach procedury konkursowej i nie będą miały w ogóle możliwości, aby wejść do sieci? (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Pytanie zadaje pani poseł Monika Rosa, klub Nowoczesna.

Posel Monika Rosa:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Szanowni Państwo! NFZ pokazało dyrektorom szpitali z województwa śląskiego symulację dla sieci w tym województwie i okazało się, że do sieci nie wejdzie ponad 70 świadczeniodawców. Chciałabym spytać o weryfikację tych danych oraz poprosić o informację, ile dokładnie szpitali, podmiotów leczniczych nie wejdzie do sieci w związku z nowym projektem ustawy. Czy można to... Można to oczywiście sprawdzić, weryfikując podmioty, które miały do tej pory umowę z NFZ-em, i to, czy spełniają warunki ujęte w tym projekcie, ale oczekiwałabym informacji od pana ministra w tym temacie.

Przewiduje się, że nawet 500 szpitali prywatnych może nie wejść do sieci. Projektując taką ustawę, trzeba mieć pełną świadomość tego, jakie przyniesie za sobą konsekwencje. Stąd prośba o wyraźną informację ogólnopolską, z podziałem na województwa, ile szpitali – i jakie – nie wejdzie do sieci. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pan poseł Marek Sowa, klub Nowoczesna.

Posel Marek Sowa:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Przy ustalaniu ryczałtu będzie brany pod uwagę rok 2015. Ale wiadomo, że w roku 2015 wszystkie placówki funkcjonowały na kontraktach, które obowiązywały od roku

Posel Marek Sowa

2011. W tym okresie w sektor ochrony zdrowia zainwestowano miliardy złotych. Tylko w Małopolsce, z której pochodzę, samorząd województwa zainwestował ponad 0,5 mld zł, dając zupełnie nową jakość i dużo większe możliwości w zakresie zapewnienia pacjentom dostępu do ochrony zdrowia.

Chciałbym zapytać, dlaczego Ministerstwo Zdrowia nie zamierza uwzględnić i zrewidować tego podejścia, tak aby te inwestycje mogły służyć pacjentom. Dlaczego chcecie ustalić ryczałt tylko na poziomie wykonania z 2015 r., kiedy te placówki nie miały jeszcze kontraktów, bo nie były zakończone inwestycje, lub miały częściowe kontrakty? *(Dzwonek)* Dlaczego przebudowując system, nie uwzględniacie zupełnie nowej jakości?

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Pytanie zadaje pan poseł Mirosław Pampuch, klub Nowoczesna.

Posel Mirosław Pampuch:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! To naprawdę granda, że minister Radziwiłł nie zaszczyił nas swoją obecnością, ale w zasadzie to mu się tak bardzo nie dziwię, bo ten bubel legislacyjny naprawdę wymaga tylko i wyłącznie wyrzucenia do kosza. Zakładacie państwo w tej ustawie, że w sytuacji, kiedy szpitale już wejdą do sieci, mogą nie być finansowane wszystkie oddziały. Część tych oddziałów ma być finansowana w drodze konkursu, ale oczywiste jest, że nie będzie pieniędzy na finansowanie tych oddziałów w drodze konkursu. Czy nie obawiacie się państwo, że wtedy dyrektor szpitala będzie z tych zakontraktowanych oddziałów przesuwiał środki finansowe, w drodze kreatywnej księgowości, na inne oddziały po to, żeby je utrzymać? A więc nie tylko pacjenci nie będą leczeni na tych oddziałach zakontraktowanych, ale również słabiej leczeni będą *(Dzwonek)* w ogóle wszyscy pacjenci w tych szpitalach. Czy macie państwo rozwiązanie? Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pan poseł Jan Mosiński, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Jan Mosiński:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szczyt hipokryzji, jak słucham obecnej opozycji, czyli polityków PO i PSL-u, którzy taką troską otaczają pacjentów, pra-

cowników szpitali. Szanowni państwo, przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego przygotowała, wprowadziła, a następnie wspierała, będąc ministrem zdrowia, pani Ewa Kopacz. Program ten poniósł totalną klęskę, porażkę. Placówki nadal się zadłużają...

(Posel Beata Malecka-Libera: Jak? Gdzie?)

...a pracownicy w większości nie mają podwyżek, pani poseł, od 9 lat, w tym również pracownicy nie-medyczni.

Panie ministrze, ustawa wprowadza gwarantowany, chroniony prawem poziom najniższych wynagrodzeń zasadniczych dla poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych, którzy są zatrudnieni w podmiotach leczniczych. Mam pytanie: Jak wygląda sytuacja z pracownikami niemedycznymi? Pytam, gdyż wokół tego rodzi się wiele kontrowersji, niedomówień. *(Dzwonek)* Proszę zwrócić uwagę na art. 32 Konstytucji RP. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Paulina Hennig-Kloska, klub Nowoczesna.

Posel Paulina Hennig-Kloska:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Posłowie! Mam pytanie do pana ministra. Pan minister i niektórzy posłowie PiS zaklinają rzeczywistość, mówiąc, że nie dojdzie do likwidacji szpitali, ale jednym z celów tej reformy jest wypełnienie zleceń dla tych szpitali, które są dziś nierentowne, a którym kontrakty kończą się w trakcie roku. I trochę nie rozumiem, bo z pustego, jak to mówią, i Salomon nie należy, w jaki sposób chcecie dać jednym więcej, nie dosypując środków do systemu ani nie zabierając innym. Nie da się.

Moje drugie pytanie jest takie: W jaki sposób pan minister zamierza zapanować nad dzikim łączeniem szpitali, które już dzisiaj w jakiś sposób obserwujemy? Szpitale, bojąc się, że nie wejdą do sieci, łączą się ze sobą. W ten sposób mogą połączyć się dobre szpitale ze słabymi i słabe mogą w tej sytuacji uwikłać w swoje problemy dobre placówki, które dotąd działały w sposób rentowny i dobrze *(Dzwonek)*, należycie obsługiwały swoich pacjentów...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Pytanie zadaje pani poseł Ewa Tomaszewska, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Paulina Hennig-Kloska:

...na wysokim poziomie. *(Oklaski)*

Posel Ewa Tomaszewska:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Reforma systemu ochrony zdrowia wprowadzona w 1998 r. miała realizować dwa główne postulaty: po pierwsze, wprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne wzrastającej wraz z wynagrodzeniami, a więc niepodlegającej corocznym przetargom między resortem zdrowia a resortem finansów, w czasie których zdrowie zawsze przegrywało, i po drugie, podążanie środków finansowych za pacjentem, tak by trafiały one do najlepszych świadczeniodawców, najlepszych lekarzy, terapeutów, najlepszych szpitali. Chciałabym zapytać: Jak w nowym systemie realizowany będzie ten drugi postulat?

(Posel Beata Małeczka-Libera: Nie będzie.)

Jestem osobiście zainteresowana ze względu na liczne powikłania.

(Posel Beata Małeczka-Libera: Nie będzie realizowany.)

Dziękuję bardzo. (Oklaski)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Maria Zuba, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Maria Zuba:

Dziękuję bardzo.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Panie Ministrze! Zacznę od takiego przypadku. Pacjent z guzem zapalnym w tkankach miękkich oraz wewnątrz kanału kręgowego od 2 miesięcy leży na oddziale, lekarze chcą mu pomóc, niestety dalej nie mogą go zdiagnozować, mówią: specjalistyczny szpital może to zrobić dalej. Tymczasem szpital specjalistyczny mówi: dobrze, przyjmujemy, tylko musimy go mieć dokładnie zdiagnozowanego. I nie ma, rodzina jeździ od szpitala do szpitala w tym dobrym systemie, którego, tak jak słyszę z wypowiedzi posłów opozycji, nie należy zmieniać, rodzina 2 miesiące szuka rozwiązania i niestety nie może znaleźć takiego specjalisty, który by określił, co tak naprawdę powoduje ten stan zapalny, żeby móc dalej leczyć tego chorego. Czy system, który państwo dziś proponujecie, dla tej rodziny (*Dzwonek*) znajduje rozwiązanie?

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje...

Posel Maria Zuba:

Jeżeli tak, to jak to się będzie dziać...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

...pan poseł Grzegorz Furgo, klub Nowoczesna.

Posel Maria Zuba:

...i co dziś powinna ta rodzina zrobić?

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję, pani poseł.

Posel Grzegorz Furgo:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! To rzeczywiście ważna debata nad bardzo ważną ustawą i naprawdę szkoda, że nie ma dzisiaj z nami pana ministra Radziwiła. Wracam do pytania: Jak podczas procedury kwalifikacyjnej do sieci będą traktowane podmioty, które w ciągu ostatnich kilku miesięcy dokonały i będą dokonywać np. przekształceń w zakresie formy prawnej? Czy brały udział w transakcjach fuzji i przejęć? Pojawia się bowiem moim zdaniem realne ryzyko, że NFZ może uznać, że taki nowy podmiot nie spełnia warunku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe. Stronami takich umów były przecież, przynajmniej na papierze, inne podmioty. Dziękuję bardzo. (Oklaski)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Marta Golbik, klub Nowoczesna.

Posel Marta Golbik:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Panie Ministrze! Czy pan minister wie, czym będzie się kierował, podejmując decyzję o włączeniu danego szpitala do sieci w ramach tzw. trybu nadzwyczajnego kwalifikowania do sieci szpitali, a więc kwalifikacji w oparciu o uznaniową decyzję ministra zdrowia? Jeśli tak, to chcielibyśmy wiedzieć.

Druga sprawa. Biuro Analiz Sejmowych w swojej analizie – to bardzo ważna lektura – zaznacza, że projekt przewiduje bardzo szybkie zmiany, biorąc pod uwagę liczbę podmiotów, wartość ich majątków, liczbę pracowników, których będą te zmiany dotyczyły. Zmiany te nie są poparte szczegółową analizą ich skutków. To są wszystko uwagi Biura Analiz Sejmowych.

Chciałam zapytać: Jakie jest uzasadnienie tak szybkiego wprowadzania zmian w tak wrażliwym obszarze? Naszym zdaniem nie ma takiego uzasadnienia. Bardzo dziękuję. (Oklaski)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Kamila Gasiuk-Pihowicz, klub Nowoczesna.

Posel Kamila Gasiuk-Pihowicz:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Kilkaset zamkniętych szpitali w całej Polsce i kilometrowe kolejki do specjalistów. Jednym zdaniem tak właśnie można podsumować efekty ewentualnego wprowadzenia tej ustawy w obecnym kształcie. Pomimo licznych pytań, które zadawaliśmy, zarówno wojewodzie mazowieckiemu, jak i ministrowi zdrowia nadal nie wiadomo, które szpitale zostaną zlikwidowane. Prasa i portale eksperckie mówią o prawie 500 szpitalach. Mówią o tym, że np. w Warszawie mniej pieniędzy otrzymają głównie szpitale ginekologiczne, takie jak szpital na Żelaznej, Inflanckiej, Madalińskiego, które nie tylko przyjmują setki porodów rocznie, ale przede wszystkim wykonują bardzo ważne zabiegi ginekologiczne, które gwarantują kobietom zdrowie.

Podsumowując, PiS likwiduje standardy godziwego porodu, PiS ogranicza finansowanie szpitali ginekologicznych, PiS ogranicza dostępność niektórych środków antykoncepcyjnych. Czy wy nie chcecie, ażeby w Polsce rodziły się dzieci? Jaka kobieta zdecydowała się na rodzenie dzieci w Polsce?

(Poseł Jan Mosiński: Pani poseł, albo aborcja, albo porody.)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Pytanie zadaje pani poseł Andżelika Możdżanowska, klub Polskiego Stronnictwa Ludowego.

Posel Andżelika Możdżanowska:

Dziękuję bardzo.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Panie Ministrze! Ministerstwo Zdrowia bez pana ministra Radziwiła osierociło dzisiaj tę ustawę. Minister Radziwił poprzez swoje rozwiązania ignoruje kobiety, bezpieczeństwo i zdrowie kobiet, ale przez tę ustawę ignoruje również zdrowie pacjentów, pacjentów całej Rzeczypospolitej Polskiej, ich bezpieczeństwo, a zdrowie i życie ludzkie są bezcenne.

Panie ministrze, mam konkretne pytanie, i proszę o odpowiedź na piśmie, o finansowanie szpitali w Wielkopolsce. Które szpitale w powiatach wielkopolskich znajdują się w sieci? Ile szpitali jest zagrożonych i w tej sieci się nie znajdzie? Ile pieniędzy przypisanych Wielkopolsce jest przeznaczonych na ryczałtowanie, a ile na konkursy? Dziękuję bardzo. (Oklaski)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Gabriela Masłowska, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Gabriela Masłowska:

Dziękuję, panie marszałku.

Panie Ministrze! Czy reforma w postaci sieci szpitali zatrzyma nieprawidłowości w polskiej służbie zdrowia, takie jak bajeczne kontrakty na proste i wysoko płatne usługi medyczne rządu kilkudziesięciu milionów złotych rocznie dla pojedynczych klinik, jak konkursy urągające zasadom rzetelności, gdzie w konkursach deklarowano sprzęt i odpowiednie usługi dla pacjentów, a potem szpital tego nie miał i nie realizował? Potwierdzają to wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ, a także przez inspekcję pracy. Już nie mówię o traktowaniu pracowników. Dotyczy to także szpitali powiatowych w województwie lubelskim pod nadzorem zarządów z PSL-u. Czy sieć szpitali wprowadzana przez rząd zatrzyma proces zadłużania się szpitali, który w poprzednich latach przybierał gigantyczne rozmiary? Mieliśmy do czynienia z zadłużaniem się nawet w parabankach, w instytucjach, które nie podlegają nadzorowi KNF. Czy jest szansa w związku z tą sytuacją (*Dzwonek*), że ten proceder zostanie zatrzymany? Dziękuję. (Oklaski)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Pytanie zadaje pan poseł Mieczysław Kasprzak, klub Polskiego Stronnictwa Ludowego.

Posel Mieczysław Kasprzak:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Mam pytanie do pana ministra. Dlaczego w podstawowej sieci, tej praktycznie dotyczącej szpitali powiatowych, nie znalazły się neurologia i ortopedia? Czasami są to bardzo dobre oddziały, podstawowe oddziały, najliczniejsze oddziały. Wiem, że można będzie kontraktować te usługi. Jeżeli jednak szpital nie zakontraktuje neurologii, to co dalej z takim szpitalem? Taki szpital nie ma szans, racji bytu, bo neurologia jest tym podstawowym oddziałem. Moje pytanie: Dlaczego państwo te podstawowe oddziały, jak neurologia czy ortopedia, odsuwacie jak najdalej od pacjentów? Dziękuję bardzo. (Oklaski)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pan poseł Krzysztof Ostrowski, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Krzysztof Ostrowski:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Na wstępie chciałem pogratulować panu ministrowi odwagi i determinacji. Jestem przekonany, że katastroficzne wizje, jakie roztacza opozycja, nie sprawdzą się.

Teraz kilka pytań. Mam mało czasu, więc po pierwsze, ryczałt. Uważam, że ma dużo zalet, choć budzi wiele emocji, likwiduje fikcję konkursów, likwiduje patologię, jaką było leczenie procedury, a nie pacjentów. My wprowadzamy kompleksowość leczenia, kompleksowość leczenia całego pacjenta. Pytanie jest następujące: Jakie przewidujemy mechanizmy motywacyjne? Pytam, gdyż jest obawa, że system nie będzie dostatecznie motywował lekarzy.

Drugie pytanie dotyczy zadłużenia. Problemy zadłużenia, chociaż niezwiązane z siecią, też są bardzo istotne. Czy rząd pracuje nad jakimiś ustawami, które by powodowały oddłużenie szpitali?

Trzecie pytanie. Czy jest przewidziana jakaś forma rejonizacji szpitali? Wiem, że nie, ale występujący przed chwilą poseł Janusz Sanocki miał wątpliwości, że jednak jakaś jest, więc warto na to odpowiedzieć.

Czwarte, ostatnie pytanie. *(Dzwonek)* Szpital to także... Dziękuję. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Krystyna Wróblewska, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Krystyna Wróblewska:

Szanowny Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Słuchając dzisiejszej debaty, mam wrażenie, że to Prawo i Sprawiedliwość według tutaj debatujących zadłużyło szpitale i doprowadziło do ruiny służbę zdrowia. Przedstawiając dzisiejszą sytuację... Obecna sytuacja służby zdrowia pozostawia dużo do życzenia, jeśli chodzi o pacjentów: długie kolejki, brak wiedzy, gdzie można skorzystać z profesjonalnej opieki medycznej, powodują rozgoryczenie wśród pacjentów.

Dlatego mam pytanie do pana ministra. Czy reforma spowoduje to, że pacjent będzie wiedział, gdzie ma się leczyć, i czy będzie miał zagwarantowane takie świadczenie, które będzie świadczeniem kompleksowym, i pacjent już nie będzie musiał szukać, jeździć, sprawdzać, gdzie mógłby się leczyć? Jestem przekonana... Panie ministrze, dziękuję za to, że podjął się pan tak wyraźnego trudu naprawienia służby zdrowia *(Dzwonek)*, która została zniszczona przez rządy PSL i Platformy Obywatelskiej. *(Oklaski)*

(Poseł Beata Małecką-Libera: Żenada.)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Pytanie zadaje pan poseł Krzysztof Sitarski, klub Kukiz'15.

Posel Krzysztof Sitarski:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Mam pytanie do ministra zdrowia. Dlaczego Ministerstwo Zdrowia nie podejmuje wysiłku, prób zmiany taryfikacji w obecnie obowiązującym systemie? Po co robić rewolucję? Można zawalczyć o szpitale, które dobrze funkcjonują, rozsądnie poprowadzić temat zdrowia obywateli. Zastanawiam się, to kolejne pytanie, czy nie jest to policzone w ten sposób, że w skali wydatków na pacjenta służba prywatna, która ma dotychczas 30 mld udziału w rynku lecznictwa... Czy nie zostanie ten udział zwiększony, podniesiony do wyższego pułapu, żeby odciążyć państwo na rzecz płatnych usług dla obywateli? Dziękuję. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pan poseł Stefan Romecki, klub Kukiz'15.

Posel Stefan Romecki:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Panie Ministrze! Od wielu lat w Polsce służba zdrowia jest chora. Powoływani nowi uzdrowiciele ministrowie do tej pory nie uzdrowili jakoś służby zdrowia. Jak były kolejki, tak teraz są dłuższe i wydłużył się – i będzie się wydłużał – czas oczekiwania w kolejce do specjalistów. W związku z tym mam pytania. Czy pan minister uzdrowi służbę zdrowia, aby czas oczekiwania w kolejkach do specjalistów się skrócił? Czy stworzy pan takie warunki, że lekarze i średni personel otrzymają takie warunki, że nie będą wyjeżdżać z kraju za pracą i godnym życiem, a Polacy zostaną otoczeni opieką służby zdrowia taką, jak powinni, aby służba zdrowia naprawdę służyła naszym rodakom? Tego oczekujemy.

Jeszcze przykłady: jeżeli przyjdiesz pan do mnie prywatnie, zapłacisz, pana wyleczymy. I jeden przykład: 32-letnia kobieta zemdląca na ulicy, przyjechało pogotowie, obwąchało, trzeźwa, zabrali do szpitala na SOR w Koszalinie i, szanowni państwo *(Dzwonek)*, na korytarzu podłączyli kroplówkę, trzymali 2–3 godziny, później dziękuję.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Pytanie zadaje pan poseł Zbigniew Gryglas, klub Nowoczesna.

Posel Stefan Romecki:

Czy tak ma wyglądać leczenie pacjenta? Dziękuję. *(Oklaski)*

(Poseł Beata Małecką-Libera: Żenada.)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Poseł Zbigniew Gryglas:

Panie Marszałku! Wysoki Sejmie! System opieki zdrowotnej w naszym kraju nadal nie funkcjonuje prawidłowo pomimo wielu reform, które były podejmowane przez ostatnie dwadzieścia kilka lat. Mamy niewiele środków, a bardzo wielkie potrzeby, tym bardziej powinniśmy zwracać uwagę na efektywność wydatkowania tych środków. Przypomnę, że w roku 1999 wszedł system finansowania opieki zdrowotnej poprzez kasy chorych. Utworzono 16 regionalnych kas chorych, także kasę branżową dla służb mundurowych. Co zaobserwowaliśmy, to pierwsze pozytywne efekty tych zmian, konkurencja, która pojawiała się, miała pozytywny wpływ na funkcjonowanie całego systemu. Niestety, po 4 latach zrobiono kolejną rewoltę, scentralizowano ten system. Państwo dzisiaj wykonujecie kolejny krok w tym kierunku, doprowadzając do ryczałtowego finansowania (*Dzwonek*), do finansowania de facto z budżetu.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Pytanie zadaje pan poseł Piotr Pyzik, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Poseł Zbigniew Gryglas:

Jak zapewnimy tę efektywność?
(*Wicemarszałek wyłącza mikrofon, oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Poseł Piotr Pyzik:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Chciałbym zadać pytanie z trzech przestrzeni. Pierwsza sprawa to kwestia rozliczeń. Czy będą miały miejsce takie sytuacje jak w przypadku chorób onkologicznych, że chory jest badany i leczony w pewnej przestrzeni, a np. w kwestii chemioterapii jest odsyłany do innego szpitala? Chodzi mi o sytuację, w której będzie to korzystne dla pacjenta, a nie dla systemu. Druga kwestia to kwestia dotycząca pielęgniarek. Cały ten system opiera się o – nazwę to tak – średni personel medyczny. Chodzi mi o taką rzecz, jak to rozwiązanie systemowe przełoży się na wzrost szkolnictwa czy jakość tego szkolnictwa, jeśli chodzi o pracowników szczebla średniego. I trzecia sprawa to jest kwestia

tę, jakie są przewidywane skutki oddziaływania w przestrzeni chorób cywilizacyjnych. Mówię tu o onkologii, o cukrzycy, o chorobach serca. Jak to się przełoży, powiedzmy, na zdrowotność społeczeństwa, oczywiście odnośnie do dostępu do tych świadczeń medycznych. Dziękuję uprzejmie. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Elżbieta Radziszewska, klub Platforma Obywatelska.

Poseł Elżbieta Radziszewska:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze! Ta ustawa jest – niezależnie od tego, co pan powie – ustawą antypacjencką i jest niebezpiecznym eksperymentem w ochronie zdrowia, pułapką zastawioną na pacjentów i doprowadzającą do ograniczenia konstytucyjnych praw do opieki zdrowotnej. Proszę o udzielenie w końcu odpowiedzi: Ile podmiotów, które dzisiaj mają kontrakt z NFZ-tem, znajdzie się poza siecią? Wiadomo, że likwidacja oddziału czy likwidacja szpitala oznacza, że część pacjentów zostanie bez opieki. Gdzie ci pacjenci znajdą pomoc medyczną? Kim zastąpi się tę część wyjętą z opieki zdrowotnej? Dlaczego w systemie kwalifikacji podmiotów nie znalazła się nigdzie geriatria? Żyjemy dłużej, leczymy się dłużej, w związku z czym to leczenie geriatryczne jest potrzebne. Gdzie ta geriatria? I ostatnie, panie ministrze. Wszystko wskazuje na to, że ta wasza reforma związana z siecią szpitali (*Dzwonek*) będzie zmuszała pacjentów...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pan poseł Mirosław Suchoń...

Poseł Elżbieta Radziszewska:

...do płacenia z własnej kieszeni. Dziękuję. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

...klub Nowoczesna.

Poseł Mirosław Suchoń:

Bardzo dziękuję.

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Ostatnio miałem okazję rozmawiać z członkiem PiS-u, który bardzo zachwalał tę reformę, że szpitale

Posel Mirosław Suchoń

będą miały zapewnione finansowanie, ale żeby zrozumieć, dlaczego on tak bardzo zachwalał tę reformę, trzeba wiedzieć, że jest to członek kierownictwa, dyrektor jednego z zakładów opieki zdrowotnej. I ta reforma taka jest: ona jest dla dyrektorów szpitali. Oni jeszcze nic nie robią, a ich szpitale będą miały duże sumy na koncie. Zamiast spowodować, że będą środki, które idą za pacjentem, państwo przekazują je dyrektorom, którzy oczywiście nie będą mieli motywacji do tego, żeby ta opieka odpowiadała najwyższemu standardom.

Natomiast ja chciałem zapytać o konkretną rzecz. Padały już tutaj liczby dotyczące szpitali, które nie otrzymują, nie znajdują się w sieci w województwie śląskim. Chciałem zapytać o szpitale w Cieszynie, w Pszczynie, w Bielsku-Białej i w Żywcu. Otóż które oddziały znajdują się w sieci, a które nie znajdują (*Dzwonek*) – w szpitalu, w ZOZ-ie w Cieszynie...

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Pytanie zadaje pani poseł Anna Kwiecień, klub Prawa i Sprawiedliwości.

Posel Mirosław Suchoń:

...w szpitalu w Pszczynie...

(*Wicemarszałek wyłącza mikrofon, poseł przemawia przy wyłączonym mikrofonie, oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo proszę.

Posel Anna Kwiecień:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! Wysoka Izbo! Chciałam się tylko jednym zdaniem odnieść do wypowiedzi pana posła Suchonia. Panie pośle, w szpitalach nie leczą dyrektorzy, leczą lekarze. I nie straszmy pacjentów, że nagle lekarze swoją przysięgę zawieszają na kolku, bo tym zadaniem zajmują się lekarze. (*Oklaski*) Ale właściwie rodzi się pytanie: Dlaczego, panie ministrze, jest tak źle, skoro wedle opinii jest tak dobrze? System ochrony zdrowia jest niewydolny, źle oceniany przez wszystkich uczestników rynku zdrowotnego, z wyjątkiem tych, którzy wybierają z tego systemu tzw. rodzinę.

Mam dwa pytania. Czy ten nowy system zlikwiduje te patologie? I czy nowy system zdecydowanie uprości i poprawi komfort rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem?

Do tej pory ten system był na tyle skomplikowany, że bardzo często (*Dzwonek*) rodził ogromną frustrację i był demotywujący właśnie dla szpitali. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję, pani poseł.

Pan poseł Jakub Rutnicki, klub Platforma Obywatelska.

Posel Jakub Rutnicki:

Bardzo dziękuję.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Panie Ministrze! Kwestia dotycząca sieci szpitali rzeczywiście budzi niepokój i wiele wątpliwości, szczególnie w mniejszych miejscowościach, które mam przyjemność reprezentować. Dlatego moje pytanie – poprosiłbym ewentualnie o odpowiedź na piśmie – jest takie: Jaki los czeka takie szpitale, jak szpital powiatowy: w Międzybóżu, Szamotułach, Obornikach, Nowym Tomysku, Grodzisku, w Olsztynie czy Wągrowcu? Przez lata były tam inwestowane gigantyczne pieniądze publiczne, a teraz jest wiele obaw. Czy ja mogę spokojnie wszystkim mieszkańcom tych powiatów powiedzieć jasno: te szpitale są bezpieczne i znajdują się w sieci? Dziękuję bardzo.

A braw nie dostanę? (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Pytanie zadaje pan poseł Sylwester Chruszcz, klub Kukiz'15.

Posel Sylwester Chruszcz:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Mam pytanie: Czy ministerstwo nie obawia się, że wprowadzona sieć szpitali wprowadzi większy centralizm, niż był nawet w NFZ? Czy nie usztywni to systemu, nie ograniczy wyboru pacjenta, czy nie pogorszy się jakość usług? Jak będzie obliczany ryczałt dla szpitali? Jakie sprawdzone wzorce z Europy i ze świata będą tu brane pod uwagę? Dziękuję.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Mirosław Suchoń chce sprostować swoje pytanie.

Pół minuty.

Posel Mirosław Suchoń:

Dziękuję, panie marszałku.

Chcę sprostować informację, której nie zrozumiała pani poseł.

(*Posel Anna Kwiecień*: Doskonale zrozumiałam.)

Absolutnie nie mówiłem o lekarzach, chociaż wydaje mi się, że lekarze, którzy powołują się np. na klauzulę sumienia, nie powinni tego robić, bo przede wszystkim przedmiotem troski służby, systemu ochrony zdrowia powinien być pacjent. I właśnie problem jest w tym, że, jeżeli chodzi o tę reformę, to pacjent nie znajduje się w centrum, tylko kierownicy ośrodków, dyrekcja szpitali, którzy otrzymują fundusze, nic nie deklarując (*Dzwonek*), nic nie robiąc, nie wykonując żadnych czynności. I to jest problem.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję.

Panie pośle, już pan sprostował.

Odpowiedzi udzieli podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia pan Piotr Gryza.

Bardzo proszę, panie ministrze.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza:**

Szanowny Panie Marszałku! Szanowni Państwo Zadający Pytania! Szanowni Państwo! Wysoki Sejmie! Postaram się odpowiedzieć w ramach pewnych bloków tematycznych, ale najpierw powiem, że warto jednak, zanim podejmie się dyskusję, znać projekt ustawy.

Pan poseł Sowa sformułował tezę, że w wyniku tej ustawy znacznie wzrośnie rola wojewodów. Panie pośle, to jest po prostu kompromitacja. To pan zupełnie nie zna tego projektu. Jak mamy zabierać się do poważnej pracy, skoro pan nie poznał tego projektu?

(*Posel Beata Małacka-Libera*: Proszę nie upominać posłów.)

Kolejna sprawa, która wiąże się z wyjaśnieniem pewnych wątpliwości. Na przykład pan poseł Kamysz czy kilku panów posłów z PSL-u pytało o szpitale powiatowe, wymieniono tu neurologię, ortopedię. Otóż, proszę państwa, najpierw przedstawmy pewną charakterystykę systemową. Powiedziałem o tym we wstępnym wystąpieniu. Między innymi na podstawie map potrzeb zdrowotnych widać, że znaczna część świadczeń wykonywanych w oddziałach specjalistycznych nie jest specjalistyczna. Jakość wyraża się m.in. tym, żeby świadczenie było wykonywane tam, gdzie jest wykonywane w dużej liczbie. Chodzi o to, żeby świadczenia rzeczywiście specjalistyczne przenosić do oddziałów wysoce specjalistycznych. I dlatego przygotowane są odpowiednie mechanizmy, m.in. rozliczenia świadczeń neurologicznych na takim podstawowym poziomie, jest to w projekcie za-

równo regulacji ustawowej, jak i rozporządzenia, może się odbywać poprzez oddział chorób wewnętrznych, na podstawie działającego już zarządzenia prezesa, które mówi o pewnej współmierności świadczeń wykonywanych.

Kolejna istotna rzecz jest taka, że w projekcie rozporządzenia, na podstawie zapisu ustawowego, neurologia udarowa jest dołączana ze względu na swoje znaczenie do kontraktu, który będzie mógł otrzymać szpital, w tym wypadku szpital I stopnia. Podobnie dzieje się w przypadku ortopedii i traumatologii. Ten profil zostanie dołączony do szpitali I stopnia. A więc te nawoływania i groźba, jeżeli chodzi o brak dostępności świadczeń, to jest to tylko pewna gra wokół tej ustawy. Rozmawiajmy o szczegółach i te szczegóły wyjaśniamy.

Proszę państwa, ja podobnie jak pan poseł Sośnierz jestem właściwie od początku tego systemu. Budowałem m.in. mazowiecką kasę chorych, byłem jej pierwszym dyrektorem. I taką nawałnicę, jaką przeżywa się teraz, przeżywałem również wtedy. Podobną nawałnicę przeżywałem również wtedy, kiedy budowano metodykę jednorodnych grup pacjentów. Jakaż była ogromna nawałnica związana z tym. Mówiono: jaka będzie porażka. Proszę państwa – zwracam się do pacjentów – nie wiercie w to. Tak po prostu zawsze jest, kiedy dokonuje się istotnych zmian w ochronie zdrowia. Po prostu przez tę nawałnicę trzeba przejść. Bo żeby zrobić coś dobrego, trzeba właśnie odpowiadać na te pytania i iść, pomimo różnych przeciwności. (*Oklaski*)

Kolejna bardzo istotna sprawa związana jest z finansowaniem ryczałtowym i opowiadaniem takich rzeczy, że to się finansuje, że to pieniądź idzie przed pacjentem i że czy się stoi, czy się leży, 2 tys. się należy. Wyjaśniałem to m.in. w wypowiedzi wstępnej. Po pierwsze, istotne jest pytanie, jak nazwać system, który finansuje świadczenia, ale ma określony limit świadczeń. Czy to jest płacenie za usługę, czy to jest płacenie za pacjenta? Jak nazwać to świadczenie? Otóż każda metoda finansowania świadczeń w opiece zdrowotnej ma określone cechy, również wpływ negatywny i wpływ pozytywny.

Jeszcze raz powtórzę i odpowiem na wątpliwości dotyczące samego systemu finansowania świadczeń. Po pierwsze, z systemu ryczałtowego wyłączone są grupy świadczeń, które są zasadne do tego wyłączenia, które są szczególnie kosztochłonne, albo takie, których rozliczanie w sensie ryczałtowym nie jest zasadne. Listę tę przedstawiłem na samym początku. Zresztą ta lista jest przedmiotem regulacji rozporządzenia ministra zdrowia i może się ona zmieniać, bo to jest pewien system regulacyjny, który będziemy dostosowywać do bieżącej sytuacji. Jeśli chodzi o samo wyliczenie ryczałtu, to rzeczywiście pierwszy sposób wyliczenia ryczałtu jest oparty na podstawie wykonania w roku 2015, z uwzględnieniem cen, które są stosowane oczywiście obecnie.

Natomiast w takich sytuacjach, w których np. szpital był przez jakiś czas wyłączony albo miał remont, albo gdy nastąpiło inne zdarzenie, ustawa i pro-

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza**

jekt rozporządzenia przewidują takie wyjątki i takie wyjątki uwzględnia się w tej regulacji. Budowa ryczałtu polega na tym, że na podstawie świadczeń wykonanych w bieżącym okresie rozliczeniowym opracowywany jest plan finansowy w kolejnym okresie rozliczeniowym, z uwzględnieniem tego, że jeśli wykonałeś mniej, to będziesz miał mniej, jeśli wykonałeś więcej, to będziesz miał trochę więcej.

Element ten związany jest jeszcze ze wskaźnikowaniem jakościowym, czyli jeśli masz certyfikat jakości wydany poprzez akredytację ministra zdrowia albo jeśli wykonujesz więcej świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w porównaniu do okresu poprzedniego, albo jeśli wykonujesz trudniejsze hospitalizacje, a to wyraża się prostym wskaźnikiem, średnia wartość hospitalizacji jest większa, niż była w okresie poprzednim, to wtedy te wskaźniki zwiększają ci kwotę ryczałtu.

I jeszcze jedna bardzo ważna sprawa. W dalszym ciągu obowiązują wszystkie regulacje, które obowiązują obecnie, a więc: kwestie koszykowe, kwestie taryfikacyjne. To wszystko powoduje nałożenie pewnego rygoru na podmioty wykonujące świadczenia. A poza tym, proszę państwa, z rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów wiadomo, że jeśli świadczeniodawca nie będzie wykonywał świadczeń, to Narodowy Fundusz Zdrowia zerwie z nim umowę i taki będzie jego koniec. A więc rygor dotyczący niewykonywania świadczeń jest utrzymany, a wynagrodzenie w kolejnym okresie jest bezwzględnie związane z tym, w jaki sposób szpital pracował w poprzednim okresie rozliczeniowym. Nie ma zatem żadnego ryzyka – żadnego ryzyka – ażeby można było bez podstaw postawić tezę: Czy się stoi, czy się leży, 2 tys. się należy.

Co więcej, taki system prowadzi do większej efektywności, ponieważ pewną cechą naszego systemu jest to, co np. zauważył NIK w ramach kontroli działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2015, że wzrasta kwota środków finansowych przeznaczonych na świadczenia, wzrasta nawet liczba świadczeń, a nie poprawia się dostęp do świadczeń. Ten sposób rozliczenia, a także budowy całego systemu jest odpowiedzią na tę sytuację. Chodzi bowiem o to, żeby pacjent uzyskał adekwatny dostęp do świadczeń. Metoda elastyczna, czyli połączenie metody ryczałtowej, która jest związana z tym, co dany podmiot wykonywał, z metodą związaną z finansowaniem wydzielonych świadczeń, po pierwsze, ma gwarantować właściwy dostęp, ma stworzyć możliwość sfinansowania świadczeń, które wymagają szczególnej troski ze strony regulatora, a jednocześnie zwiększyć efektywność działania całego systemu.

Kolejna grupa pytań, które postawiono, wiąże się z tym, mam takie wrażenie, że państwo mówicie o mnie czy o nas, a myślicie o sobie. Wypowiadacie się na temat tego systemu, a mówicie o systemie, który działa. To jest bardzo ważne przesłanie.

Pan poseł Arłukowicz powiedział, że to jest komunizm. Ja na komunizmie nie znam się tak bardzo dobrze jak pan poseł. I to jest nieuzasadnione, zupełnie nieuzasadnione twierdzenie (*Oklaski*). I to nie ma nic wspólnego z budżetem. To nie ma nic wspólnego z budżetem. Proszę państwa, jeśli odwoływalibyśmy się do PRL-u, do modelu Siemaszki, to ten model miał kilka cech, np. przypisanie pacjenta do rejonu, tak? Tutaj nie ma takiej sytuacji, zresztą trudno byłoby taki mechanizm zastosować. Pacjent ma wolność wyboru. To jest też odpowiedź na jedno z pytań, jakie zostały postawione. Pacjent ma możliwość wyboru i to pacjent wybiera, w którym podmiocie będzie chciał uzyskać opiekę zdrowotną.

Kolejna sprawa. Padło kilka pytań dotyczących... Aha, może jeszcze taka sprawa. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, w jakim systemie działamy obecnie. Działamy w systemie konkursowym. Otóż, proszę państwa, system konkursowy ma to do siebie, że aby ktoś wygrał, ktoś musi przegrać. I nie ma tutaj: przebac. W chwili SPOT, jeśli są określone środki finansowe, ktoś musi przegrać, żeby ktoś mógł wygrać. Jeśli np. wejdzie mały podmiot z pewnym zakresem, a szpital wieloprofilowy przegra konkurs nie na całość, tylko na pewien zakres, to spowodujemy taką sytuację, że ten szpital de facto będzie musiał upaść. My w tej chwili mamy taki system, który się rozplywa w bardzo wielu strumykach finansowych, i to jest takie powolne umieranie wielu szpitali, powolne umieranie wielu szpitali. Ten system trzeba zastąpić. Jeśli pytacie właśnie o efektywność systemu, to tutaj jest odpowiedź na pytanie o efektywność systemu. Wskazujemy istotne podmioty funkcjonujące na rynku. My niczego nie zamykamy, nie prowadzimy do likwidacji, tylko dajemy w tym projekcie gwarancję funkcjonowania istotnym i bardzo istotnym podmiotom funkcjonującym na rynku, tak żeby te podmioty mogły wykonywać świadczenia zarówno teraz, bo dostęp do świadczeń istnieje w tej chwili, jak i za rok, za 5 lat.

I jeszcze odwołanie do wypowiedzi pana posła Kamysza. Powiedział on o tym, że podmioty samorządowe, podmioty powiatowe przeprowadzały wiele inwestycji, poprawiły jakość. Tak, i ten system właśnie gwarantuje to, że te środki zainwestowane będą miały cechę trwałości, że te podmioty będą mogły normalnie wykonywać swoją działalność. Co więcej jeszcze, ten system zachęca do inwestycji, dlatego że gwarantuje pewną ciągłość, podaje pewną strukturę, nadaje pewien porządek, określa, w jakim kierunku powinno się inwestować, w jakim kierunku szpital powinien się rozwijać. To właśnie teraz stwarzane są podstawy do tego, żeby wiedzieć, że jeśli będę inwestował w tym zakresie – to się wpisuje w pewien obszar odpowiedzialności szpitala określonego stopnia – to ta inwestycja będzie rzeczywiście zasadna. Proszę państwa, już w poprzedniej kadencji wprowadzono mechanizm oceny celowości inwestycji, bo dostrzeżono, że w ochronie zdrowia nie każda inwestycja jest celowa. Nawet można by postawić tezę, że jeśli

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Gryza**

prowadzimy inwestycje niecelowe, to de facto doprowadzamy do destrukcji systemu, ponieważ w przypadku każdej inwestycji niecelowej występuje się z roszczeniem o środki publiczne. Dlatego tak ważne jest to, żeby monitorować proces inwestycyjny. I stąd m.in. rząd w poprzedniej kadencji wprowadził mechanizm oceny celowości inwestycji. My ten proces nieco rozszerzyliśmy, wprowadzając instrumenty IOWISZ-a, a sama regulacja związana z systemem zabezpieczenia stwarza obszary i mówi: jeśli będziesz się rozwijał w tym zakresie, jeśli to jest zakres, który odpowiada pewnej odpowiedzialności szpitala twojego stopnia, powinieneś inwestować.

I wreszcie sprawa dotycząca szpitali, które do sieci nie wchodzi. Otóż, proszę państwa, do systemu zabezpieczenia wchodzi 91% wartości świadczeń zdrowotnych, czyli znakomita większość wykonywanych świadczeń wchodzi do systemu zabezpieczenia. Tutaj nie ma żadnej obawy o brak dostępności świadczeń. Natomiast oczywiście ci, którzy nie znajdują się w tym systemie, mogą być poddani procedurze konkursowej, z tym że ta procedura konkursowa będzie bardziej zasadna, bo będzie skierowana do mniejszej liczby podmiotów i będzie obejmować mniejszą liczbę świadczeń, które powinien płatnik publiczny w imieniu pacjenta zakupić.

Sprawa geriatry, która tutaj się pojawiała. Otóż stanowisko ministra zdrowia w tej sprawie jest następujące – leczenie starszego pacjenta w szpitalu powinno być ograniczone do minimum. Chodzi o to, żeby starszego pacjenta leczyć w jego środowisku, a lekarze geriatry są absolutnie niezbędni, ale jako konsultanci. Oni powinni pomagać lekarzom w szpitalu, lekarzom w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, wreszcie lekarzom POZ. Tak, oni są potrzebni i trzeba ich kształcić, bo lekarzy geriatrów jest mało. Dlatego ośrodki geriatryczne powinny mieć przede wszystkim wymiar naukowo-dydaktyczny, tak żeby mogli się kształcić nowi geriatry. Takie ośrodki należy rozwijać w ośrodkach klinicznych. Natomiast tutaj nie będzie następowała jakaś zasadnicza zmiana, dlatego że ośrodki geriatryczne, które są w tej chwili, mogą być rozliczane przez oddziały chorób wewnętrznych.

Pani poseł Małecka-Libera zapytała o wsparcie geriatryczne. Tak, rzeczywiście taki zamysł jest. Zresztą to już zostało wprowadzone, dlatego że w części wspólnej koszykowej jest wprowadzony zapis o procedurze geriatrycznej. Na pewno będziemy nadal szli w tę stronę, żeby ugruntowywać obowiązek wsparcia geriatrycznego w rozporządzeniach koszykowych, wychodząc właśnie z założenia, że lekarz geriatra jest potrzebny w działalności szpitala.

I wreszcie na koniec. To jest rzeczywiście zmiana poważna, a jednocześnie jest to drobna korekta systemowa, dlatego że znakomita większość istotnych podmiotów uzyskuje gwarancję finansowania, przez co poprawi się efektywność dostępu do świadczeń

zdrowotnych, zwiększy się możliwość finansowania świadczeń szpitali, a przez to system stanie się bardziej stabilny i będzie możliwy jego dalszy rozwój. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję.

(Głos z sali: Bardzo dziękujemy.)

Pan poseł już w międzyczasie przeczytał ustawę. Pół minuty.

Poseł Marek Sowa:

Panie Marszałku! Panie Ministrze! To nie jest taki problem – przeczytać te 18 stron. Dodatkowo jeszcze słuchałem dwóch pańskich godzinnych prezentacji w komisji. Pan w komisji samorządu terytorialnego bardzo wyraźnie nakreślił dalszą perspektywę. Ta dalsza perspektywa to nowa ustawa, która będzie likwidowała Narodowy Fundusz Zdrowia. Ma to nastąpić za pół roku, a od 1 stycznia 2018 r. powinien być nowy system. Takie słowa padły w komisji. Wówczas oddziały będą podlegały wojewodom. Moja wypowiedź była wypowiedzią również w tym kontekście. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Zamykam dyskusję*).

Proponuję, aby Sejm przyjął do wiadomości informację ministra zdrowia o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, będę uważał, że Sejm propozycję przyjął.

Sprzeciwu nie słyszę.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny 37. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

Informuję, że zgłosili się posłowie w celu wygłoszenia oświadczeń poselskich.

Czy ktoś z pań i panów posłów pragnie jeszcze wygłosić oświadczenie?

Jest jeszcze jedno zgłoszenie, bardzo proszę.

Listę posłów zgłoszonych do oświadczeń uważam od tej chwili za zamkniętą.

Jako pierwszy pan poseł Jan Mosiński, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Jest pan poseł? Jest.

Poseł Jan Mosiński:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Nie tak dawno obchodziliśmy bardzo dumnie Narodowy Dzień Pa-

*) Teksty wystąpień niewyłoszonych w załączniku.

Posel Jan Mosiński

mięci „Żołnierzy Wyklętych”. Chcę dzisiaj wyrazić słowa głębokiego podziękowania dla tych wszystkich organizacji i stowarzyszeń, które w okręgu wyborczym kalisko-leszczyńskim przyczyniły się do upamiętnienia bohaterów tamtych dni. Pamięć ich trwać będzie na wieki.

Gwoli przypomnienia, w roku 2001 Sejm RP podjął uchwałę, w której uznał zasługi organizacji i grup niepodległościowych, które po zakończeniu II wojny światowej zdecydowały się na podjęcie nierównej walki o suwerenność i niepodległość Polski, oddając w ten sposób hołd poległym i pomordowanym oraz wszystkim więzionym i prześladowanym członkom organizacji Wolność i Niezawisłość.

W roku 2009 organizacje kombatanckie, a więc Zrzeszenie Wolność i Niezawisłość, Związek Żołnierzy Narodowych Sił Zbrojnych i Światowy Związek Żołnierzy Armii Krajowej, zwróciły się o ustalenie dnia 1 marca dniem upamiętniającym żołnierzy antykomunistycznego podziemia. Inicjatywę ustawodawczą w zakresie uchwalenia święta podjął w lutym 2010 r. prezydent RP Lech Kaczyński, kierując stosowny projekt do Sejmu.

Dlaczego o tym mówię, Wysoka Izbo? Otóż w wywiadzie dla tygodnika „Ziemia Kaliska” poseł Platformy Obywatelskiej pan Mariusz Witczak stwierdził: Zasługę w uchwaleniu tego święta ma Bronisław Komorowski. Odbyło się to za rządów Platformy Obywatelskiej. To są fakty, twierdzi poseł Platformy Obywatelskiej.

Jakie są fakty, przytoczyłem przed chwilą. Zasługa w tym przede wszystkim samych żołnierzy, którzy skrytobójczo byli mordowani i spychani do grobów niepamięci, to zasługa organizacji kombatanckich i wreszcie, w procesie legislacyjnym, nieżyjącego już śp. prof. dr. hab. Lecha Kaczyńskiego, prezydenta Najjaśniejszej Rzeczypospolitej. To są fakty i proszę tu, z mównicy polskiego Sejmu, aby politycy Platformy Obywatelskiej nie pisali historii na nowo, nie zamazywali faktów i nie przeinaczali prawdy dla swojego tylko i wyłącznie komfortu psychicznego. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję.

Teraz oświadczenie wygłosi pan poseł Krzysztof Maciejewski, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Może na piśmie pan poseł złoży?

(*Poseł Krzysztof Maciejewski: Przeczytam.*)

Proszę.

Posel Krzysztof Maciejewski:

Panie Marszałku! Wysoki Sejmie! Ostatnio z tej mównicy zwracałem się do wszystkich z prośbą, by-

śmy z okazji 1 marca przywracali naszej pamięci tych Polaków, którzy bez reszty poświęcili się walce o wolną ojczyznę. Jest to bowiem dzień, który mocą ustawy Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 3 lutego 2011 r. został ustanowiony Narodowym Dniem Pamięci „Żołnierzy Wyklętych”. Stworzono w ten sposób znakomitą sposobność, by po II wojnie światowej wszyscy żołnierze Konspiracyjnego Wojska Polskiego znaleźli w naszej pamięci miejsce tam, gdzie zasiadają bohaterowie, by ci żołnierze, którzy skazani byli na zapomnienie, odzyskali w wolnej Polsce swoją godność. Oni nie doczekali wolnej ojczyzny, dlatego naszym obowiązkiem jest mówić o nich pełnym szacunku tekstem, bo nie byli bandytami, lecz obrońcami wolnej Polski. Mówmy więc głośno i tak długo, jak długo kazano nam o nich milczeć.

Na takie zapomnienie skazany był por. Henryk Piasecki ps. Zapora. Na szczęście znajdują się w naszym kraju organizacje, którym zależy na upamiętnieniu bohaterskich wyczynów żołnierzy z Konspiracyjnego Wojska Polskiego. Stąd też z inicjatywy Towarzystwa Patriotycznego w Radomsku 11 grudnia 2016 r. w kościele parafialnym w Kodrębie, powiat radomszczański, odbyła się uroczysta msza święta w intencji 71. rocznicy śmierci na polu chwały żołnierzy wyklętych: śp. por. Henryka Piaseckiego „Zapory” i jego zastępcy śp. sierż. Józefa Broniszewskiego „Boryny”.

Porucznik Henryk Piasecki, dowódca kompanii Konspiracyjnego Wojska Polskiego, i sierż. Józef Broniszewski zginęli 6 grudnia 1945 r. w zasadzce zastawionej przez specjalną grupę operacyjną UB, NKWD i KBW powołaną przez szefa Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa w Łodzi. Komando zabójców czekało w zabudowaniach młyna w Woli Malowanej. Uprowadzone przez agenta o zbliżaniu się oficerów otworzyło ogień przez drzwi z ok. 20 luf. Porucznik „Zapora” zginął na miejscu. Jego zastępcę, ciężko ranny, zmarł po kilku godzinach pozostawiony na mrozie bez pomocy. Nocne niebo rozświetliły czerwone race. To oficer odpowiedzialny za egzekucję „Zapory” i „Boryny” informował obecne w okolicy oddziały obstawy o zakończeniu akcji. Ciało poległego oficera trzymane 2 dni na mrozie, aby wieść o śmierci legendarnego partyzanta obiegła wszystkie wsie. Dopiero po 2 dniach wydano zwłoki rodzicom wraz z warunkową zgodą na cichy pogrzeb por. „Zapory” na cmentarzu w Kodrębie.

Kim był pierwszy oficer Konspiracyjnego Wojska Polskiego, ulubieniec komendanta „Warszycy”? Porucznik Henryk Piasecki „Zapora” urodził się 31 grudnia 1922 r. w Zapolicach, powiat Radomsko, w ubogiej rodzinie chłopskiej. Wychowywany był w tradycjach patriotycznych i głębokiej religijności. Dzięki stypendium dla wybitnie zdolnych chłopskich dzieci mógł się uczyć w liceum im. Bolesława Chrobrego w Piotrkowie Trybunalskim. Kiedy w wyniku wojny musiał przerwać naukę, kontynuował ją na tajnych kompletach. Od 1940 r. jest w Związku Wal-

Posel Krzysztof Maciejewski

ki Zbrojnej i w AK. W 1943 r. kończy tajną podchorążówkę AK. Bierze udział w akcjach dywersyjnych na rozkaz komendanta Podobwodu Rzejowice AK por. Stanisława Sojczyńskiego „Zbigniewa”, później – „Warszyca”. 8 sierpnia 1943 r. w sławnym ataku na radomszczańskie więzienie walczy w 15-osobowej grupie szturmowej – składającej się według jej dowódcy z najlepszych spośród najlepszych – która zdobyła więzienie i uwolniła 60 więźniów. Dzięki radiu BBC już na drugi dzień o tej akcji wiedziała i mówiła cała okupowana Europa.

Od następnego dnia jest już żołnierzem 1. oddziału partyzanckiego ziemi radomszczańskiej pod dowództwem por. „Zbigniewa”, późniejszego twórcy i pierwszego komendanta Konspiracyjnego Wojska Polskiego kpt. Stanisława Sojczyńskiego „Warszyca”. W listopadzie 1944 r. zostaje mianowany oficerem do zadań specjalnych. W lesie pozostaje do końca wojny.

Po wkroczeniu armii sowieckiej ukrywa się w Katowicach. Podejmuje pracę nauczycielską w szkole i zaoczne studia pedagogiczne. Poszukiwany przez Urząd Bezpieczeństwa, musi z tych planów zrezygnować. Na wiosnę 1945 r., po nawiązaniu kontaktu z kpt. „Warszycem”, zostaje przez niego zaprzysiężony jako oficer antykomunistycznej organizacji zbrojnej pod dumną nazwą Konspiracyjne Wojsko Polskie. Latem 1945 r. kończy formować swój oddział, który oddaje do dyspozycji „Warszyca” (*Dzwonek*) jako 5. kompanię. W końcu... (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję, panie pośle. Wyczerpał pan czas. Bardzo dziękuję.

Teraz oświadczenie wygłosi pan poseł Piotr Pyzik.

Panie pośle, doświadczenie poprzedniego pana posła uczy, że lepiej zostawić to na piśmie, bo wtedy zmieści się w całości.

(*Poseł Piotr Pyzik*: Wolałbym jednak przeczytać, jeśli mogę.)

Koniecznien? Bardzo proszę.

Posel Piotr Pyzik:

Dziękuję uprzejmie.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Wczoraj minęła kolejna rocznica pewnego wydarzenia, którego skutki oddziałują do dzisiaj, jak się wydaje. 9 marca 1589 r. został zawarty traktat bytomsko-będziński pomiędzy Rzeczpospolitą Obojga Narodów a krajami znajdującymi się we władaniu cesarza Rudolfa II Habsburga. Porozumienie to było następstwem walki o tron Polski po śmierci króla Stefana Batorego i stoczonej rok wcześniej bitwy, w której hetman wielki koronny Jan Zamoyski pobił i wziął do niewoli arcyksięcia Maksy-

miliana III Habsburga pod Byczyną. Mimo bezkrólewia i chaosu, jaki powstał wokół elekcji nowego władcy, oraz politycznej zdrady stronników habsburskich pod wodzą Zborowskich Rzeczpospolita dała pokaz swojej siły i sprawności w odpieraniu zbrojnej ingerencji w swoje wewnętrzne sprawy.

Rozmowy toczyły się na ówczesnej granicy, w Bytomiu i Będzinie, dzisiaj jest to Górny Śląsk. Z polskiej strony prowadzili je Andrzej Opaliński, Hieronim Rozdrażewski, Stanisław Gostomski, Janusz Ostrogski i Jan Zamoyski. Stronie habsburskiej przewodniczył Wilhelm z Rożemberku i biskup ołomuniecki Stanislav Pavlovský. Funkcje pośrednika i mediatora, co ciekawe, pełnił legat papieski kard. Ippolito Aldobrandini, późniejszy papież Klemens VIII.

Treść traktatu zobowiązywała Maksymiliana Habsburga do zrzeczenia się uzurpowanego tytułu króla polskiego, za co zwrócono mu wolność. Ponadto cesarz Rudolf II wyrzekł się wszelkich układów z Moskwą przeciwko Rzeczypospolitej i Szwecji. Wycofał również poparcie dla zwolenników arcyksięcia, a zajęta wcześniej Lubowla wracała w polskie ręce.

Już w lipcu, czyli 4 miesiące później, polska strona wywiązała się ze swoich zobowiązań, wypuszczając arcyksięcia Maksymiliana, który mógł swobodnie opuścić nasze granice. Mimo to formalnie Maksymilian zrzekł się tytułu władcy Rzeczypospolitej dopiero 9 lat później, w 1598 r., a jego zwolennicy w Polsce – i to jest najistotniejsza kwestia – zniweczyli plany reformy systemu elekcyjnego i rządu. Skutkiem tego 100 lat później, po potopach szwedzkich, Polska liczyła o 40% mniej, jeśli chodzi o populację, bo właśnie 40% populacji, do 40% populacji wymordowali Szwedzi. 200 lat później nasi sąsiedzi już knuli plany rozbiorowe, żeby rozszarpać Polskę. A następne 123 lata niewoli tylko pokazały, że w sytuacji kiedy państwo jest silne i potrafi oddziaływać na swoją politykę nie tylko wewnętrzną, ale i zewnętrzną, mogą być siły, które frymarząc w temacie władzy nad Polską, potrafią zdradzić, niestety także wzywając sąsiadów do interwencji.

Chciałbym, aby szczególnie dziś niektórzy pilnie wyciągnęli z tego wnioski. Dziękuję uprzejmie. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Bardzo dziękuję.

Teraz oświadczenie wygłosi pan poseł Jan Kilian, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Jan Kilian:

Panie Marszałku! Chciałbym przede wszystkim wyrazić podziękowanie mieszkańcom Starogardu Gdańskiego, ziemi starogardzkiej za organizację, za uczestnictwo w organizacji różnych wydarzeń zwią-

Posel Jan Kilian

zanych z upamiętnieniem święta żołnierzy wyklętych. A w dzisiejszym oświadczeniu chciałbym odnieść się do sytuacji Starogardu, zanim na ziemię starogardzką przybyli żołnierze wyklęci.

Zanim nasze miasto 6 marca 1945 r. zostało zajęte przez oddziały 2. Frontu Białoruskiego pod dowództwem marszałka Konstantego Rokossowskiego, sytuacja militarna Niemiec stawała się coraz trudniejsza. 3 tygodnie przed ostatecznym uwolnieniem mieszkańców od okupantów niemieckich sowieckie lotnictwo wojskowe dokonało bombardowań, w wyniku których wiele budynków, zarówno mieszkalnych, jak i fabrycznych, zostało całkowicie lub poważnie zniszczonych. Bezpośrednie uderzenie wojsk sowieckich na Starogard zostało poprzedzone walkami w rejonie Owidza i Hermanowa. Niemcy stawiali zacięty opór, który z wielkim wysiłkiem został pokonany przez atakujących żołnierzy.

Po walkach toczonych w porze nocnej z 5 na 6 marca piechota i czołgi wdarły się do miasta. Atakiem na miasto dowodził Wiktor Kulikow. Na tę okoliczność w Moskwie został wydany rozkaz naczelnego wodza Armii Czerwonej Józefa Stalina w sprawie odznaczenia orderami wojennymi uczestników walk oraz oddania dnia 7 marca salw armatnich na cześć jego żołnierzy. Po zajęciu miasta przez czerwonoarmistów przy zbiegu ul. Kościuszki i ul. Sobieskiego w narożnym budynku ulokowała się wojskowa komendantura miasta.

Nastroje społeczne dalekie były od euforii. W mieście w kilku punktach szalały pożary. Na ogólną atmosferę miały wpływ liczne gwałty i akty przemocy, które miały miejsce. Zwycięzcy traktowali miejscową ludność, ich mienie oraz infrastrukturę jak zdobycz wojenną, a terytorium Pomorza – jak zdobytą niemiecką prowincję.

Na obraz miasta zdobytego w wyniku walkłożyły się lutowe bombardowanie, a także ostrzał artyleryjski i użycie czołgów do walk w mieście. Należy tu wspomnieć także o celowych podpaleniach, jakie miały miejsce już po zdobyciu Starogardu przez Armię Czerwoną. Pretekstem było znalezienie śladów zamieszkiwania w nich osiedleńców niemieckich. Świadomie niszczone także budynki administracji publicznej, urzędów i instytucji. Działania te pozostawały bezkarne. Oprócz wandalizmu powszechnym zjawiskiem był demontaż maszyn i urządzeń z miejscowych fabryk. W wyniku działań frontowych były także ofiary cywilne zarówno wśród Polaków, jak i Niemców.

Przed samym wyprowadzeniem wojsk sowieckich po zdobyciu miasta rynek podpalono w czterech rogach, a ludności zabroniono gaszenia pożarów. Wszystko to dla okazania pogardy przez nowego zwycięzcę wobec miejscowej ludności. Przez kilka powojennych lat trwała sukcesywna odbudowa – z największym nasileniem w latach 1948–1950. Część zabudowy wy-

burzonej do fundamentów pozostała w takim stanie przez kilkadziesiąt lat po wojnie.

Do dnia dzisiejszego na ten dzień używa się określenia „wyzwolenie”, jednak dla tych wielu skrzywdzonych, zgwałconych kobiet, zarówno w mieście, jak i w okolicy, wszystko było jasne: zmienił się okupant. Od marca 1945 r. zaczęły się wywózki miejscowych mężczyzn do ZSRR. Szacuje się, że z terenu powiatu starogardzkiego zostało wywiezionych na roboty przy wyrębie tajgi czy odgruzowywaniu fabryk ponad 1 tys. mężczyzn. Wielu z nich nie przeżyło w tych ekstremalnych warunkach, w jakich się znaleźli. Ci, którzy przeżyli, wracali przez kilka kolejnych lat do Polski i żyli z tą traumą do końca życia.

Po kilku miesiącach pojawili się na terenie powiatu starogardzkiego żołnierze wyklęci, jak ich dziś nazywamy, pod dowództwem mjr. Zdzisława Szendzielorza ps. Łupaszka. Okoliczni mieszkańcy nękani, prześladowani przez Sowietów na chwilę odetchnęli. Znaleźli w nich oparcie. Nie na długo. Żołnierze niezłomni walczyli do ostatniego tchnienia.

Czas goi rany. Obecnie cieszymy się pokojem i wolnością, które są wartościami samymi w sobie. Niech tak zostanie na zawsze. Dziękuję. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Oświadczenie wygłosi pan poseł Grzegorz Puda, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Panie pośle, a może na piśmie?

Posel Grzegorz Puda:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Ochotnicze straże pożarne są jedną z największych służb w Polsce. W 16 tys. istniejących w Polsce ochotniczych strażach pożarnych zrzeszonych jest ponad 690 tys. strażaków. To ogromny kapitał powstający głównie dzięki aktywności obywatelskiej mieszkańców.

Aż 90% osób zaangażowanych w działalność OSP to członkowie pracujący nieodpłatnie na rzecz swoich jednostek. Zgodnie z ustawą o ochronie przeciwpożarowej za udział w akcjach ratowniczych i szkoleniach przysługuje im ekwiwalent od gmin, ale powszechną w Polsce praktyką jest rzekanie się go przez strażaków i przekazywanie tych środków na cele bieżące OSP.

W dzisiejszych czasach strażacy już nie tylko gaszą pożary, ale także zajmują się ratownictwem drogowym, chemicznym, a także ratownictwem wodnym. Obecnie nie ma wielkiej różnicy w działaniach ochotniczych straży pożarnych i Państwowej Straży Pożarnej. Wielu strażaków OSP jest również zawodowymi strażakami. Istnieje jednak różnica w zasadach finansowania obu instytucji, wskutek czego wiele oddziałów OSP narzeka na niedoinwestowanie i przestarzały sprzęt oraz przestarzałe wyposażenie.

Posel Grzegorz Puda

Oprócz niewystarczającego dofinansowania ochotnicze straże pożarne skarżą się także na wiele przepisów prawnych, które utrudniają im codzienną działalność. Jedną z takich prawnych przeszkód, na którą chciałbym zwrócić państwa uwagę w swoim wystąpieniu, jest rozporządzenie ministra zdrowia wydane w 2009 r., podpisane przez minister Ewę Kopacz, mówiące o konieczności odbycia badań wykonywanych w celu zatwierdzenia zdolności do udziału w akcjach ratowniczo-gaśniczych. Obecne przepisy są skonstruowane w taki sposób, że strażak ochotnik zawodowo będący strażakiem państwowym dwukrotnie musi przechodzić odpłatnie te same badania lekarskie. Koszty najczęściej ponosi jednostka OSP, co w skali roku bywa często sporym wydatkiem. Wynika to z zapisu rozporządzenia, które mówi, że ochotnika kieruje się na badania tylko na podstawie skierowania wydanego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, natomiast strażaka zawodowego kieruje się na badania na podstawie skierowania komendanta jednostki Państwowej Straży Pożarnej. Jest to czysty absurd, ponieważ oczywiste jest, że strażak zdolny do służby w Państwowej Straży Pożarnej jest również zdolny do służby w ochotniczej.

Apeluję więc z tego miejsca o zainteresowanie się problemem i wprowadzenie takiej zmiany przepisów, która wyeliminuje tego typu utrudnienia. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Oświadczenie wygłosi pani poseł Krystyna Wróblewska, klub Prawo i Sprawiedliwość.

Posel Krystyna Wróblewska:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Dnia 1 marca obchodzimy Narodowy Dzień Pamięci „Żołnierzy Wyklętych”. Skłoniło mnie to do przypomnienia sylwetek bohaterów IV Zarządu Głównego Zrzeszenia Wolność i Niezawisłość, żołnierzy antykomunistycznego i niepodległościowego podziemia. Inicjatywę ustawodawczą zaprowadzającą nowe święto podjął w 2010 r. śp. prezydent Lech Kaczyński. Uzasadnienie dołączone do projektu ustawy głosiło, że ustanowienie święta jest wyrazem hołdu dla żołnierzy drugiej konspiracji za świadectwo męstwa, niezłomnej postawy patriotycznej i przywiązania do tradycji patriotycznych, za krew przelaną w obronie ojczyzny. Narodowy Dzień Pamięci „Żołnierzy Wyklętych” to także wyraz hołdu licznym społecznościom lokalnym, których patriotyzm i stała gotowość ofiar na rzecz idei niepodległościowej pozwoliły na kontynuację oporu na długie lata.

W 2011 r. Sejm Rzeczypospolitej w hołdzie żołnierzom wyklętym ustanowił 1 marca Narodowym

Dniem Pamięci „Żołnierzy Wyklętych”. Data ta nie jest przypadkowa. Tego dnia w 1951 r. w mokotowskim więzieniu komuniści strzelali w tył głowy wykonali wyrok śmierci na siedmiu członkach IV Zarządu Głównego Zrzeszenia Wolność i Niezawisłość: Łukaszu Cieplińskim, Mieczysławie Kawalcu, Józefie Batorym, Adamie Lazarowiczu, Franciszku Błażeju, Karolu Chmielu, Józefie Rzepce. Wszyscy byli związani z obecnym województwem podkarpackim.

W więzieniu mokotowskim stosowano najbardziej zbrodnicze metody śledztwa, nie oszczędzano im żadnej z wymyślnych tortur, a jednak ich nie złamano. Wyraża to fragment więziennej pieśni, której autorem jest Karol Chmiel: „Tu siedzi dziś polskiej idei i Armii Podziemnej kwiat, co pracą na polskiej ziemi piękniejszym uczynić pragnęli świat”. Do najbardziej wzruszających należą grypsy, listy do rodziny pisane w tajemnicy przed władzami więziennymi. Łukasz Ciepliński do żony i syna zza krat pisał słowa, które kruszą mury: „W tych dniach mam być zamordowany przez komunistów. Wisiu, siedzę w celi śmierci. Śmierci nie boję się zupełnie. Żal mi Was, sieroty moje najdroższe. Wiem, że myślą, sercem i modlitwą jesteście stale przy mnie. Odczuwam to. Widzę wówczas Twoją zbolalą buzię na procesie. Ty znasz mnie najlepiej, dlatego musiałaś boleć, słysząc te kłamliwe, prowokacyjne i krzywdzące mnie zarzuty. Bądź, Wisiu, dzielna. Przejdź nad cierpieniem z godnością, spokojem i wiarą w sprawiedliwość Bożą. Tylko nam ona została. Cel Twój i zadanie to Andrzejek i wierzę, że go wychowasz na człowieka, na Polaka, na katolika i że przekazesz mu swoje wartości duchowe i silnie zwiążesz ze mną i ideą, dla której żyłem”.

Jeden z ostatnich grypsów Łukasza Cieplińskiego przed śmiercią: „Odbiorą mi tylko życie, a to nie jest najważniejsze. Cieszę się, że będę zamordowany jako katolik za wiarę świętą, jako Polak za Polskę niepodległą i szczęśliwą, jako człowiek za prawdę i sprawiedliwość. Wierzę dziś bardziej niż kiedykolwiek, że idea Chrystusowa zwycięży i Polska niepodległość odzyska, a pohańbiona godność ludzka zostanie przywrócona. To moja wiara i moje wielkie szczęście. Gdybyś odnalazł moją mogiłę, to na niej możesz te słowa napisać. Żegnaj, mój ukochany. Całuję i do serca tulę. Błogosławię i Królowej Polski oddaję. Ojciec”.

Mieszkańcy Podkarpacia co roku składają hołd żołnierzom wyklętym, niezłomnym, a w mieście Rzeszowie postawiono pomnik, który jest symbolem tamtych czasów i przypomina nam ludzi, którzy oddali swoje życie, abyśmy mogli żyć w wolnej Polsce. Cześć ich pamięci! Chwała bohaterom! *(Oklaski)*

(Poseł Sylwester Chruszcz: Chwała bohaterom!)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję, pani poseł.

Mam teraz przyjemność powitać na galerii wieciskę z miasta i gminy Suchowola, czyli rodzinnej gminy bł. ks. Jerzego Popiełuszki.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki

Bardzo nam miło. (*Oklaski*)

Oświadczenie wygłosi teraz pan poseł Sylwester Chruszcz z klubu Kukiz'15.

Poseł Sylwester Chruszcz:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! 195 lat temu zmarł Józef Wybicki, autor słów polskiego hymnu narodowego, „Mazurka Dąbrowskiego”.

Józef Wybicki był polskim politykiem i pisarzem. Z wykształcenia prawnik, działalność polityczną rozpoczął w wieku 20 lat jako poseł na Sejm I Rzeczypospolitej. Długoletni współpracownik i przyjaciel gen. Jana Henryka Dąbrowskiego, z którym wziął udział w wyprawie na pomoc powstańcom w Wielkopolsce w 1794 r., a później współdziałał w Legionach Polskich we Włoszech, w których powstanie w 1797 r. miał znaczący wkład. Podczas wizyty w obozie legionów we Włoszech w roku 1797 stworzył słowa pieśni, która stała się później polskim hymnem narodowym, „Mazurka Dąbrowskiego”. Uczestnik wojen napoleońskich. W roku 1807 przyczynił się do utworzenia Księstwa Warszawskiego, którego był jednym z czołowych polityków. Podczas wojny polsko-austriackiej w 1809 r. organizował obronę Wielkopolski przed wojskami nieprzyjaciela. Po kongresie wiedeńskim współtworzył Królestwo Polskie. Senator wojewoda Księstwa Warszawskiego od roku 1807, senator wojewoda Królestwa Polskiego od roku 1915, prezes Sądu Najwyższego Królestwa Polskiego w latach 1817–1820. Odznaczony Orderem Orła Białego, Orderem Świętego Stanisława, Orderem Legii Honorowej. Autor wspomnień, wielu pism politycznych i utworów literackich, z których w powszechnej świadomości Polaków zachował się „Mazurek Dąbrowskiego”. Dziękuję. (*Oklaski*)

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję bardzo.

Ostatnie oświadczenie, pan poseł Piotr Misiło, klub Nowoczesna.

Bardzo proszę.

Poseł Piotr Misiło:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Trudna sytuacja największego narodowego armatora, Polskiej Żeglugi Morskiej, ciągły brak symptomów poprawy koniunktury na światowym rynku shippingowym, a także brak odpowiednich działań dotychczasowego kierownictwa Grupy PŻM spowodowały, że pan Mateusz Morawiecki, wicepremier i minister finansów, w po-

rozumieniu z panem Markiem Gróbarczykiem, ministrem gospodarki morskiej i żeglugi śródlądowej, wprowadził w przedsiębiorstwie państwowym zarząd komisaryczny. Głównym celem takiej decyzji jest ustabilizowanie sytuacji najważniejszego i największego narodowego armatora, utrzymanie charakteru PŻM jako przedsiębiorstwa państwowego oraz wprowadzenie działań, które pozwolą armatorowi przetrwać okres dekonstrukcji i zachować tysiące miejsc pracy. Funkcję komisarza powierzono panu Pawłowi Brzezickiemu, który w latach 1998–2005 pełnił już funkcję dyrektora naczelnego Polskiej Żeglugi Morskiej.

Jedyną możliwą podstawą prawną wprowadzenia zarządu komisarycznego do przedsiębiorstwa jest w tym przypadku art. 65 ustawy z dnia 25 września 1981 r. o przedsiębiorstwach państwowych. Art. 65 ust. 1 mówi: Jeżeli przedsiębiorstwo prowadzi działalność ze stratą, organ założycielski w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych może wszcząć postępowanie naprawcze, ustanawiając nad przedsiębiorstwem zarząd komisaryczny. Od decyzji organu założycielskiego, o której mowa w ust. 1, nie przysługuje sprzeciw. Zarząd komisaryczny ustanawia się na czas oznaczony. Ustanowienie zarządu komisarycznego i jego uchylenie podlega wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego. Jedyną przesłanką materialnoprawną ustanowienia zarządu komisarycznego jest zatem występowanie straty w przedsiębiorstwie.

W piątek, 3 marca 2017 r., odbyło się posiedzenie Zachodniopomorskiego Zespołu Parlamentarnego, którego także jestem członkiem, tak jak inni posłowie z regionu. Na tym posiedzeniu pani Maria Skubniewska, dyrektor Departamentu Nadzoru Właścielskiego w Ministerstwie Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej, powiedziała: Polska żegluga morska jako przedsiębiorstwo państwowe, jako samodzielna osoba prawna nie ma strat. Straty wykazują natomiast pozostałe spółki należące do Grupy Kapitałowej PŻM. W świetle art. 65 ustawy o przedsiębiorstwach państwowych fakt występowania straty w tak rozumianej Grupie PŻM nie jest przesłanką ustawową do wprowadzenia zarządu komisarycznego w Polskiej Żegludzie Morskiej, przedsiębiorstwie państwowym. Może to być podstawa do podjęcia działań w tych spółkach, które mają stratę, ale nie w przedsiębiorstwie państwowym Polska Żegluga Morska. Mając na uwadze szczególne znaczenie PŻM dla gospodarki Szczecina i regionu zachodniopomorskiego, złożyłem już pismo do Krajowego Rejestru Sądowego w sprawie rozważenia wydania przez sąd postanowienia o odmowie wpisu zarządu komisarycznego do Krajowego Rejestru Sądowego.

Szanowna pani premier, tę sprawę trzeba zbadać natychmiast, niezwłocznie, dlatego że jeśli okaże się, iż zarządca komisaryczny jest wprowadzony nielegalnie, wszystkie podjęte przez niego decyzje mogą

Posel Piotr Misiło

w najbliższym czasie zostać uchylone i mieć katastrofalne skutki dla dalszego funkcjonowania Polskiej Żeglugi Morskiej, która de facto może po tym niezgodnym z prawem działaniu przestać w najbliższym czasie funkcjonować. Dziękuję bardzo.

Wicemarszałek Ryszard Terlecki:

Dziękuję.

Na tym zakończyliśmy oświadczenia poselskie*).

*) Teksty wystąpień niewyłoszonych w załączniku.

Informacja o wpływie interpelacji, zapytań oraz odpowiedzi na nie dostępna jest w Systemie Informacyjnym Sejmu.

Na tym kończymy 37. posiedzenie Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

Protokół posiedzenia będzie wyłożony do przejrzania w Sekretariacie Posiedzeń Sejmu.

Porządek dzienny 38. posiedzenia Sejmu, zwołanego na dni 22, 23 i 24 marca 2017 r., został paniom i panom posłom doręczony.

Zamykam posiedzenie.

(Wicemarszałek trzykrotnie uderza łaską marszałkowską)

(Koniec posiedzenia o godz. 13 min 39)

Teksty wystąpień niewyłoszonych

Informacja ministra zdrowia o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych

– punkt 29. porządku dziennego

Posel Andrzej Szlachta

(Klub Parlamentarny Prawo i Sprawiedliwość)

Panie Marszałku! Wysoki Sejmie! Panie Ministrze! W związku z planowaną zmianą systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i wprowadzeniem tzw. sieci szpitali zwracam się do pana ministra zdrowia o informację dotyczącą szpitali wojewódzkich podległych samorządowi wojewódzkim. Jaka jest obecnie kondycja finansowa tych szpitali? Jakie jest średnie zadłużenie tej grupy szpitali? Który z tej grupy szpitali ma największe zadłużenie i ile ono wynosi? Który z tej grupy szpitali ma najmniejsze zadłużenie? Jak duże są zaległości finansowe dla tych szpitali z powodu nadwykonania? Ile wynoszą one dla szpitali wojewódzkich w poszczególnych województwach? Proszę podać te zobowiązania dla szpitali z poszczególnych województw, które mają największe zadłużenie z powodu nadwykonania.

Oświadczenia poselskie

Posel Barbara Dziuk

(Klub Parlamentarny Prawo i Sprawiedliwość)

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Samorządy otrzymały prawo do zarządzania kulturą na własnym terenie. Odwołam się do Śląska. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego wybudował Muzeum Śląskie. Tylko w 2017 r. ten sam urząd, poza standardowym budżetem, przyznał placówce: 3 900 000 na doposażenie i modernizację systemu wentylacji i klimatyzacji magazynów muzealnych, 430 094 zł i 10 420 877 zł na rozbudowę systemu sygnalizacji włamaniowej i rewitalizację łaźni i stolarni w ramach tzw. funduszy norweskich. I tak jest od kilku lat – pompuje się pieniądze w jedną placówkę. W nowym muzeum magazyny nie mają wentylacji? Czy prawdą jest to, o czym oficjalnie milczą media, a głośno między sobą mówią pracownicy, że jest to bubel, w którym woda leje się po ścianach, zagrażając zabytkom? Czy prawdą jest, że wymieniono

muzealników na specjalistów spoza Śląska, którym płaci się znacznie więcej niż pracownikom merytorycznym, bo prawo na to pozwala?

Wygląda na to, że powiedzenie, że po nas choćby potop, przyjmie całkiem realne kształty. Jedne zabytki się rozpadną, drugie utoną. Śląsk stanie się pustynią kulturalną, a wszystko to spełni się pod okiem wybitnego konserwatora sztuki i historyka sztuki, miłośników autonomii Śląska.

Szanowni państwo, jaki jest skutek tego typu działań? Reszta instytucji muzealnych w regionie dogorywa. Słyszycie? To słyhać szelest rozsypujących się eksponatów – rzeźb, obrazów, wszelkiego dobra zowanego dla pokoleń. Od dnia transformacji liczy się ilość widzów, tabelki, zestawienia, eventy. Oddanie w pacht urzędnikom samorządowym zarządzania muzeami doprowadziło do upadku muzealnictwa. Władze ministerialne z PO nie zaglądały do muzeów. Ministerstwo dbało o te placówki, które mu bezpośrednio podlegały. Proszę państwa, na prowincji można zobaczyć – jeszcze – obrazy Wyspiańskiego, Pankiewicza, Zaka czy Wyczółkowskiego. Za chwilę się rozsypią. Nikt nikogo nie kontroluje, a jeśli już, to jest to kontrola pobieżna i pośpieszna. Muzea nie są remontowane, cenne zbiory nie są konserwowane. Brakuje konstruktywnej wizji odbudowy muzealnictwa, opartego na wiedzy i nauce. W muzeach narodowych rządzi kadra naukowa, na prowincji ledwie magistrzy i to nauk wszelakich. Źle opłacani pracownicy merytoryczni odchodzą sami albo są usuwani na rzecz wszelkiej maści specjalistów – ci ostatni płace mają zdecydowanie wyższe od reszty wykształconej kierunkowo załogi – oddalonych od szacunku do historii o lata świetlne. Wspomniany Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego przeznaczył na całą działalność – płace, remonty itp. – np. Muzeum Górnośląskiego w Bytomiu ok. 3300 tys. zł. Gdyby chcieć to przeliczyć na opiekę nad zabytkami, to wypada ok. 3 zł na konserwację obiektu. Czy to wymaga komentarza? W tym samym czasie urząd marszałkowski bierze kolejny kredyt na stadion w Chorzowie. Złoty stadion. To jest podróbka, na dodatek z plastiku.

Tu trzeba zadać pytanie: Dokąd zmierza niefrasobliwość w zarządzaniu kulturą i często brak proporcji w wydatkowaniu pieniędzy na ten cel?

Uważam, że trzeba coś z tym narastającym problemem i patologią zrobić dla dobra nas wszystkich.

Posel Waldemar Andzel

(Klub Parlamentarny Prawo i Sprawiedliwość)

Oświadczenie poselskie w sprawie 183. rocznicy urodzin Józefa Hauke-Bosaka

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! 19 marca br. będziemy obchodzić 183. rocznicę urodzin Józefa Hauke-Bosaka – generała broni, a także jednego z uczestników powstania styczniowego oraz wojny francusko-pruskiej.

Józef Hauke-Bosak urodził się 19 marca 1834 r. w Petersburgu. Pochodził z rodziny szlacheckiej o wojskowej tradycji. Jego ojciec, tego samego imienia, był kapitanem w wojsku Księstwa Warszawskiego, a następnie generałem wojska rosyjskiego, brat ojca był natomiast generałem napoleońskim. Hauke-Bosak od najmłodszych lat uczył się w korpusie kadetów, gdzie mógł zgłębiać i doskonalić swoje zainteresowania wojskowe. Uczęszczał także do Korpusu Paziów oraz ukończył Wyższą Akademię Wojskową.

W wieku 21 lat został oficerem ordynansowym cara Aleksandra II. Kilka lat później przeniósł się do carskiej służby czynnej. Wtedy też brał udział w kilku walkach na Kaukazie, gdzie udowodnił swoje umiejętności, zyskując tym samym awans na pułkownika.

Jego życie zmieniło się diametralnie podczas manifestacji patriotycznych, które odbyły się w 1861 i 1862 r., kiedy miał zaledwie 27 lat. Obserwacja demonstracji wstrząsnęła nim do tego stopnia, że podał się do dymisji. W ten sposób Józef Hauke-Bosak uświadomił sobie, jak trudne jest położenie Polaków. Poczuł, jak silna i prawdziwa jest polska tożsamość, co sprawiło, że całym sercem zapragnął się z nią identyfikować. Wtedy podjął decyzję o przystąpieniu do powstańców styczniowych, by móc wraz z Polakami bronić ich godności i suwerenności. Został dowódcą II korpusu i naczelnikiem powstańczym w województwach krakowskim i sandomierskim. W ten sposób poznał Romualda Traugutta, polskiego generała oraz jednocześnie dyktatora powstania styczniowego, oraz współpracował z nim.

Sam Hauke-Bosak zajął się wprowadzaniem dekretów uwłaszczeniowych, dzięki czemu pozyskiwał sobie zwolenników w postaci chłopów. Jego oddziały zostały rozbite podczas bitwy opatowskiej w 1864 r. Po tej porażce zdecydował się na emigrację do Francji, którą wspierał w czasie wojny francusko-pruskiej.

Zginął w bitwie pod Dijon 21 stycznia 1871 r., nie pozostawiając potomstwa. Dziękuję.

Porządek dzienny

37. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniach 8, 9 i 10 marca 2017 r.

1. Sprawozdanie Komisji Nadzwyczajnej o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania administracyjnego oraz niektórych innych ustaw (druki nr 1183 i 1304).

2. Sprawozdanie Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych oraz Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej o rządowym projekcie ustawy o związku metropolitalnym w województwie śląskim (druki nr 1211, 1302 i 1302-A).

3. Pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z zadaniami organów administracji publicznej w zakresie niektórych rejestrów publicznych (druk nr 1305).

4. Pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1306).

5. Sprawozdanie Komisji Kultury i Środków Przekazu o poselskim projekcie uchwały w sprawie uczczenia pamięci Profesora Mariana Raciborskiego w 100. rocznicę śmierci (druki nr 1273 i 1298).

6. Sprawozdanie Komisji Finansów Publicznych o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o podatku akcyzowym (druki nr 1288 i 1303).

7. Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy Ordynacja podatkowa oraz o zmianie niektórych innych ustaw (druk nr 1295).

8. Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy Ordynacja podatkowa (druk nr 1247).

9. Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług (druk nr 1280).

10. Sprawozdanie Komisji Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy Prawo ochrony środowiska (druki nr 1127 i 1318).

11. Sprawozdanie Komisji Regulaminowej, Spraw Poselskich i Immunitetowych w sprawie wniosku oskarżyciela prywatnego Roberta Kropiwnickiego z dnia 7 marca 2016 r. uzupełnionego w dniu 18 kwietnia 2016 r. o wyrażenie zgody przez Sejm na pociągnięcie do odpowiedzialności karnej posła Patryka Jakiego (druk nr 1309).

12. Pytania w sprawach bieżących.

13. Informacja bieżąca.

14. Sprawozdanie Komisji Kultury i Środków Przekazu o poselskim projekcie uchwały w sprawie ustanowienia roku 2017 Rokiem troski o trzeźwość Narodu (druki nr 1204, 1204-A i 1299).

15. Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks postępowania cywilnego (druk nr 1296).

16. Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o Poznańskim Związku Metropolitalnym (druk nr 1196).

17. Sprawozdanie Komisji Nadzwyczajnej o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne (druki nr 1126 i 1222).

18. Sprawozdanie Komisji Gospodarki i Rozwoju o uchwale Senatu w sprawie ustawy o zmianie ustawy o rzecznikach patentowych (druki nr 1325 i 1344).

19. Sprawozdanie Komisji Zdrowia o uchwale Senatu w sprawie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druki nr 1326 i 1367).

20. Sprawozdanie Komisji Finansów Publicznych o uchwale Senatu w sprawie ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (druki nr 1327 i 1345).

21. Sprawozdanie Komisji Finansów Publicznych oraz Komisji Infrastruktury o uchwale Senatu w sprawie ustawy o systemie monitorowania drogowego przewozu towarów (druki nr 1329 i 1338).

22. Sprawozdanie Komisji Finansów Publicznych o uchwale Senatu w sprawie ustawy o zmianie ustawy o obrocie instrumentami finansowymi oraz niektórych innych ustaw (druki nr 1330 i 1346).

23. Sprawozdanie Komisji Ustawodawczej o uchwale Senatu w sprawie ustawy o szczególnych zasadach usuwania skutków prawnych decyzji reprivatyzacyjnych dotyczących nieruchomości warszawskich, wydanych z naruszeniem prawa (druki nr 1328 i 1355).

24. Sprawozdanie Komisji Finansów Publicznych o uchwale Senatu w sprawie ustawy o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy Kodeks karny skarbowy (druki nr 1331 i 1347).

25. Sprawozdanie Komisji Kultury i Środków Przekazu o przedstawionym przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekcie ustawy o Narodowych Obchodach Setnej Rocznicy Odzyskania Niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej (druki nr 1093, 1272 i 1272-A) – trzecie czytanie.

26. Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (druk nr 1249) – kontynuacja.

27. Wybór nowego składu osobowego Komisji do Spraw Unii Europejskiej (druk nr 1365).

28. Zmiany w składach osobowych komisji sejmowych (druk nr 1366).

29. Informacja ministra zdrowia o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

30. Sprawozdanie Komisji Finansów Publicznych oraz Komisji Gospodarki i Rozwoju o rządowym projekcie ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu ułatwienia dochodzenia wierzytelności (druki nr 1185, 1339 i 1339-A).

31. Sprawozdanie Komisji Regulaminowej, Spraw Poselskich i Immunitetowych o komisyjnym projekcie uchwały w sprawie zmiany Regulaminu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (druki nr 1333 i 1354).

32. Sprawozdanie Komisji do Spraw Energii i Skarbu Państwa o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o funkcjonowaniu górnictwa węgla kamiennego (druki nr 1364 i 1368).

Obecni posłowie według załączonej do protokołu listy obecności

TŁOCZONO Z POLECENIA MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU: redakcja i skład – Sekretariat Posiedzeń Sejmu, druk – Wydawnictwo Sejmowe. Nakład 41 egz.

PL ISSN 0867-2768. Cena 4,10 zł + 5% VAT

