



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(1804)**

103. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 27 października 2010 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 996, druki sejmowe nr 3432 i 3460).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (druk senacki nr 1001, druki sejmowe nr 2138 i 3464).

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...W którego programie mamy dwa punkty. Pierwszy to rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. Drugi to rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Druki sejmowe nr 2138 i 3464.

Czy są uwagi do tego porządku obrad? Nie ma. Wobec tego uważam, że porządek posiedzenia został zatwierdzony.

Witam panów senatorów. Witam państwa przybyłych na posiedzenie komisji: pana ministra Habera; panią Barbarę Mysiak z departamentu w Ministerstwie Zdrowia – zastępcę dyrektora do spraw ratownictwa medycznego; pana Arkadiusza Nowaka z Narodowego Funduszu Zdrowia; panią Jolantę Skolimowską z Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia; pana Janusza... z departamentu...

(Głos z sali: To ja jestem.)

(Wesołość na sali)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Witam pana Tomasza... Niewiadomskiego... No gdzie tu jest „i”?

(Głos z sali: Gdzieś tam jest.)

(Wesołość na sali)

...Panią Iwonę Borchulską, zastępcę przewodniczącej związku zawodowego pielęgniarek i położnych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...okręgowego związku. Tak, dobrze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...ogólnopolskiego związku, dobrze. Witam pana Krzysztofa Klichonia z Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Marka Habera już witałem, witam pana Roberta Gałązkowskiego z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i panią Urszulę Michalską z Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia.

Dobrze. Jeszcze proszę o podpisanie się pana z „Solidarności”.

Proszę państwa, nowelizujemy ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym, toteż bardzo proszę pana ministra o przedstawienie zakresu zmian.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Projekt nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest projektem, który nazywamy małą nowelizacją. Ma on doprowadzić do sytuacji, w której funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego zostanie jakby w pewien sposób uporządkowane. Próbujemy w tym projekcie uporządkować nazewnictwo i nomenklaturę, którą stosujemy w ratownictwie medycznym, jak również doprowadzić do sytuacji, w której funkcjonowanie ratownictwa medycznego będzie bardziej długofalowe, bardziej spokojne. Umowy będą mogły być podpisywane... Plany działania systemu i umowy będą mogły być przygotowane na dłuższy okres. Jedną z propozycji jest również obniżenie wymagań kwalifikacyjnych, w jednym wypadku podwyższenie, jakie stawiamy członkom zespołów ratownictwa medycznego. Myślę tutaj w tej chwili o lekarzach.

I przechodzę do szczegółów. W projekcie proponujemy wprowadzenie nowego nazewnictwa, nowej definicji. Myślę tutaj o rejonie operacyjnym oraz obszarze działania. Taka nomenklatura i nazewnictwo są stosowane w umowach, które zawiera Narodowy Fundusz Zdrowia, i w planach działania, tymczasem takiego podziału i takich definicji nie było w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Tak więc dzięki tej nowelizacji porządkujemy system, ułatwi nam ona również podpisywanie umów, przeprowadzanie procesu kontraktowania świadczeń.

Poza tym wprowadzamy zmiany, jeśli chodzi o przygotowywanie planów działania systemu przez wojewodów dla ich terenu działania. Wydłużamy czas obowiązywania tego planu działania, proponujemy, aby on był nieokreślony. Do tej pory były trzyletnie okresy obowiązywania planów działania. Teraz, kiedy naszą intencją jest wydłużenie czasu, na jaki są podpisywane umowy ze świadczeniodawcami, również ten plan działania musi mieć dłuższy horyzont czasowy obowiązywania. Chcemy, aby nie dochodziło do sytuacji, w której w czasie obowiązywania umowy nastąpiłaby zmiana planu działania, czyli wygasłaby jego ważność. W tym momencie należałoby go na nowo przygotować. Tak więc wprowadzenie nieokreślonego czasu obowiązywania planów działania daje możliwość modyfikowania tych planów. W każdej chwili, z zachowaniem określonej procedury, można plan działania uaktualnić.

W czasie prac w Komisji Zdrowia została wprowadzona jedna poprawka, która zresztą również była wynikiem starań strony samorządowej. Mianowicie zaproponowano, aby te plany działania były opiniowane przez stronę samorządową. Uznaliśmy, że jest to jak najbardziej słuszny postulat. Ważne jest, aby rejon wiedział o tym, jakie są propozycje wojewody, jeśli chodzi o rozmieszczenie zespołów wyjazdowych.

Proponujemy również zmianę, która mówi o tym, że obniżamy wymagania dotyczące stażu pracy, doświadczenia, jeśli chodzi o lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Obniżamy ten wymóg lat pracy z pięciu do trzech. Jest też propozycja uznania usług świadczonych przez dyspozytora medycznego za świadczenia zdrowotne, tak aby nie dochodziło do wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu przez osoby, na przykład panie pielęgniarzki, które pełnią taką funkcję.

I wreszcie przechodzę do wymagań kwalifikacyjnych. Po pierwsze, zmieniamy termin dostosowania kwalifikacji członków zespołów ratownictwa medycznego z 31 grudnia 2010 r. na 31 grudnia 2012 r. I to jest pewna liberalizacja. Wynika ona z oceny sytuacji w kraju i braku kadry, przede wszystkim lekarzy systemu, którzy mogli...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

O dwa lata. Do końca grudnia.

(*Głos z sali*: Nie, to umowy.)

To jest inna historia, którą zaraz wyjaśnię, jeszcze o niej nie wspominałem, ale zaraz do tego wrócę.

Wymagania kwalifikacyjne należy dostosować do 31 grudnia 2012 r. I to jest zmiana tego terminu z 31 grudnia 2010 r.

Po drugie, obecnie lekarzem systemu może być... Art. 57 mówi o tym, że lekarzem systemu do 2020 r. może być również lekarz, który posiada specjalizacje z: anestezyjologii, intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii, traumatologii lub pediatrii. Nie było tam mowy o tym, że tym lekarzem systemu może być również osoba, która specjalizuje się w tej dziedzinie. Wprowadzamy więc poprawkę mówiącą o tym, że po dwóch latach specjalizacji w wymienionych dziedzinach również te osoby mogą stać się lekarzami systemu. Tak więc, z jednej strony, wydłużamy okres dojścia do zawodu, z drugiej – liberalizujemy wymagania wobec osób, które mogą być tymi lekarzami systemu. Ale jest również zapis mówiący o tym, że po 2020 r. lekarzem systemu będzie mógł być tylko lekarz medycyny ratunkowej lub taki, który ma rozpoczętą specjalizację z medycyny ratunkowej. Tak jest w obecnym brzmieniu przepisu. My zaostrzamy wymagania i wprowadzamy analogiczne jak w wypadku lekarzy anestezyjologii czy chirurgii, czyli lekarzem systemu mogą być nie wtedy, kiedy otworzę specjalizację z medycyny ratunkowej, ale dopiero po dwóch latach. I to tyle, jeśli chodzi o kwalifikacje.

To, o czym pan przewodniczący wspomniał, to znaczy propozycja wydłużenia do 30 czerwca 2011 r. terminu obowiązywania umów, które są zawarte przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wynika z tego, po pierwsze, że chcemy mieć czas na to, żeby uporządkować plany działania i żeby wojewodowie zgodnie z tą nową nomenklaturą spokojnie mogli przygotować plany działania. Po drugie, w naszym przekonaniu termin 31 grudnia – 1 stycznia jest najgorszy z możliwych, jeśli chodzi o zmianę świadczeniodawcy w systemie ratownictwa medycznego. Skoro będą postępowania konkursowe, które mogą doprowadzić do zmiany świadczeniodawcy, to ten termin 30 czerwca – 1 lipca wydaje się zdecydowanie bezpieczniejszy i lepszy.

Pozostałe zmiany dotyczą przepisów przejściowych, a także konsekwencji zmiany ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w innych ustawach i innych aktach prawnych. Ja myślę, że w skrócie to wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo panu ministrowi.

Teraz pytania. Bardzo proszę. Pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja chciałbym zapytać pana ministra o tak zwany system, bo wiem, że co do tego było najwięcej zastrzeżeń ze strony Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. W tej chwili są na rynku – myślę o kontraktowaniu usług – szpitalne oddziały ratunkowe, wojewódzkie bazy pogotowia ratunkowego i w ogóle podmioty, które mają ka-

retki, ale nie mają szpitalnych oddziałów ratunkowych. Tymczasem według mnie, skoro jest system, to znaczy, że są szpitalne oddziały ratunkowe, których dyspozytor w jakiś sposób nadzoruje pracę karetek, niezależnie od tego, gdzie są miejsca ich stacjonowania, w takim czy innym powiecie, takim czy innym szpitalu, bo z reguły te rejony będą się pokrywały z rejonami szpitalnych oddziałów ratunkowych. Do tego dochodzi Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, które jest w tym systemie, zwłaszcza kiedy mamy teraz centra urazowe, takim centralnym punktem, bo właśnie ono tego pacjenta dalej przekazuje itd. Czy nie będzie tak, że na podstawie tej ustawy wszyscy będą chcieli kontraktować i gdzieś nam się to wszystko rozejdzie?

I druga sprawa, która była też podnoszona tutaj, w Komisji Zdrowia. Mianowicie chyba już większość podmiotów – myślę o oddziałach ratunkowych, a właściwie o pogotowiach ratunkowych – ma zakupione ze środków unijnych karetki pogotowia. I właśnie ze strony Unii były zapytania, dlaczego to u nas kontrakty z NFZ są takie, a nie inne, skoro według przepisów unijnych one powinny być zawierane na pomoc doraźną minimum na cztery lata czy nawet na pięć lat. O wyjaśnienie tej sprawy poprosiło mnie między innymi centrum informacji medycznej, dyrektor Sikorski. Swego czasu jako senator skierowałem do państwa oświadczenie w tej sprawie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze!

Zacznę od ostatniego pana pytania. Propozycje zmierzające do tego, żeby wydłużyć okres kontraktowania świadczeń i troszkę ustabilizować sytuację w państwowym systemie ratownictwa medycznego, wynikają również z tego, że bierzemy pod uwagę kwestie trwałości projektu i konieczności utrzymywania świadczenia tych usług. Myślę tutaj o zakupionych ze środków unijnych ambulansach.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dlatego... Po pierwsze, chcemy wydłużyć czas trwania umowy, tak żeby zagwarantować utrzymanie tej trwałości projektu. Po drugie, i tutaj jesteśmy w kontakcie z departamentem funduszy strukturalnych, staramy się doprowadzić do tego, aby kolejne postępowania konkursowe w sprawie ambulansów, jeśli takie będą, zostały przeprowadzone po postępowaniu konkursowym, które będzie w pierwszej połowie przyszłego roku. Myślę tutaj o umowach, które zostaną podpisane z dniem 1 lipca. Tak że te zmiany między innymi mają troszkę uspokoić sytuację i umożliwić utrzymanie trwałości projektu. Oczywiście nie jesteśmy w stanie... Na razie mamy do czynienia z postępowaniem konkursowym i tak będzie dopóki nie zmienimy działania czy organizacji systemu z trybu wybierania konkursowego świadczeniodawców na tryb służby, o czym tutaj też... Przepraszam, w tym gronie chyba o tym nie dyskutowaliśmy, ale wielokrotnie deklarowałem, że sprawa jest otwarta. To jest daleko idąca zmiana systemowa, duża zmiana także jeśli chodzi o finansowanie. Myślę tutaj o utrzymaniu bazy i struktury, a nie tylko zespołów ratownictwa medycznego. To jednak jest sprawa na zupełnie odrębną, długą dyskusję nad zmianami systemowymi.

Kwestia organizacji całego systemu. O tym problemie dyskutowaliśmy również na konferencji uzgodnieniowej. Pan profesor Jakubaszko podnosił tę kwestię. I też złożyłem deklarację, że jak najbardziej jesteśmy gotowi na to, żeby zmierzyć się z tym,

w momencie kiedy będziemy próbowali przygotować dużą nowelizację. Dzisiaj, w sytuacji, kiedy mimo wszystko system czy sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych nie do końca odpowiada temu, co chcielibyśmy osiągnąć, jeżeli wpisalibyśmy bardzo ostre kryteria dotyczące tego, jak ma wyglądać rejon operacyjny, że ma on mieć szpitalny oddział ratunkowy, określoną strukturę, jeśli chodzi o zespoły wyjazdowe, to mogłoby się okazać, że część świadczeniodawców nie jest w stanie spełnić tego wymagania. Nie zmienia to jednak faktu, że jak najbardziej rozumiem taką intencję i w tym kierunku chcielibyśmy pójść.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę. Krzysztof Filip.

**Doradca
w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia
w Niezależnym Samorządnym
Związku Zawodowym „Solidarność”
Krzysztof Filip:**

Krzysztof Filip. Sekretariat Ochrony Zdrowia Solidarności.

Dziękuję, Panie Przewodniczący, za zaproszenie. Ja mam takie pytanie szczegółowe.

Państwo w art. 3 dodajecie pkt 13 i 14, w których definiujecie obszar działania i rejon operacyjny.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

A następnie w art. 49 zmieniacie państwo ust. 2, który brzmi: dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy na rejony operacyjne. I ja chciałbym dopytać, skąd taka zmiana, dlaczego wzięto tu pod uwagę rejon operacyjny, a nie, na przykład, obszar działania. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Po pierwsze, cały czas mieliśmy do czynienia z pewnym chaosem, jeśli chodzi o nazewnictwo. Po drugie, chcieliśmy wprowadzić jednolity system kontraktowania, jednolity system rozumienia tego, co jest obszarem działania i rejonem operacyjnym. Mówimy – ale tego nie ma w zapisie, to jest intencja, którą prezentujemy podczas rozmów – że rejon operacyjny powinien być wielkości przynajmniej jednego powiatu. I tak system powinien funkcjonować. Najchętniej widzielibyśmy rejony operacyjne, które byłyby wielkości dwóch, trzech powiatów. Tymczasem ze względu również na to, o czym powiedziałem, i na stan faktyczny, z którym mamy do czynienia w niektórych województwach, wskazujemy w projekcie, kiedy rejon operacyjny może być rów-

ny obszarowi działania. Obszar działania to jest obszar działania jednego zespołu ratownictwa medycznego. Czyli w pewnej sytuacji ten obszar działania może być równy rejonowi operacyjnemu – kiedy rejon operacyjny jednego zespołu ratownictwa medycznego jest równy obszarowi jego działania. Generalnie intencja jest taka: mamy rejony operacyjne, w których funkcjonuje kilka zespołów ratownictwa medycznego, a każdy z nich ma swój obszar działania. Tak więc jest to pewnego rodzaju układanka.

Oczywiście konsekwencją takich zapisów, takich definicji, takiego sposobu rozumowania jest proces kontraktowania świadczeń, który będzie przeprowadzał fundusz operacyjny, czyli będzie kontraktował te świadczenia, podpisywał umowę ze świadczeniodawcą na jeden rejon operacyjny. Oczywiście świadczeniodawca może objąć swoją opieką dwa albo trzy rejony operacyjne. Ale jednostką strukturalną jest właśnie rejon operacyjny.

Może pan dyrektor Kosowski ewentualnie jeszcze uzupełni tę odpowiedź.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak? Chce pan dopowiedzieć?

Proszę bardzo.

**Dyrektor Departamentu do spraw Służb Mundurowych
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Arkadiusz Kosowski:**

Mogę uzupełnić.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Praktyka pokazała, że kontraktowanie świadczeń na obszarze działania pojedynczego zespołu skutkowało tym, że wygrywali różni świadczeniodawcy. I w wielu miejscach te obszary działania karettek się pokrywały. W związku z tym pojawiał się problem odpowiedzialności za zabezpieczenie szerszego terenu niż tylko obszar działania i decyzji, kto będzie dysponował tymi karetkami, kto będzie nimi zarządzał, kto wyda decyzję merytoryczną w tym zakresie. Uznaliśmy, że musi być jeden dysponent. To wojewoda podejmuje decyzję odnośnie do tego, jaki teren powinien być zabezpieczony. Dysponent powinien być wybierany w konkursie i być takim elementem bezpieczeństwa. Bo tu jest kwestia i systemów łączności, i komunikowania się, i odpowiedzialności. W związku z tym pojawiła się propozycja nazwania tego wydzielonego obszaru, który powinien być obsługiwany przez jednego dyspozytora, odpowiedzialnego i dowodzącego całym systemem ratownictwa medycznego, rejonem operacyjnym.

**Doradca
w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia
w Niezależnym Samorządnym
Związku Zawodowym „Solidarność”
Krzysztof Filip:**

Dziękuję bardzo za to wyjaśnienie. Chciałbym się jeszcze dowiedzieć, jakie kryteria będzie brał pod uwagę wojewoda.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Kryteria, którymi kieruje się wojewoda, są opisane w rozporządzeniu mówiącym o tym, w jaki sposób wojewoda przygotowuje plan działania. I to jest kwestia zespołów ratownictwa medycznego, ich liczby, którą dysponuje. Ta liczba wynika z możliwości finansowych wojewody, budżetu przeznaczanego na zespoły ratownictwa medycznego. Przypomnę, że jest kwestia zmiany algorytmu. W tej chwili mamy pulę środków przeznaczanych na zespoły ratownictwa medycznego. Budżet jest pochodną środków na wyjazdy, liczby zespołów ratownictwa medycznego i struktury. Inna jest kwota na zespół specjalistyczny, inna na zespół podstawowy. Tak więc te kryteria to: liczba zespołów ratownictwa medycznego, rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego z uwzględnieniem chociażby czasu dotarcia w określone miejsca na obszarze działania, ukształtowanie terenu, szlaki komunikacyjne i inne tego typu. Wojewoda ma również analizować zagrożenia epidemiologiczne, które mają wpływ na rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego. Dziękuję.

Główny Legislator
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:

Jeśli można, to chciałabym powiedzieć o kilku poprawkach, które wpłynęłyby na wartość legislacyjną tej ustawy w zauważonych tu kwestiach. Tylko nie wiem, czy je omawiać, bo wszystkie zostały przedstawione na piśmie i omówione.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...Wniesienie poprawek.
Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

To ja powiem ogólnie, a potem ewentualnie, jeśli chodzi o szczegóły, poproszę o pomoc pana mecenasa Puzonia.

Z uwagą i szacunkiem przyjmujemy te uwagi, te propozycje. One na pewno poprawiają wartość legislacyjną, co do tego nie ma wątpliwości. I obiecuję, że jeśli będziemy przygotowывali dużą nowelizację, to na pewno skorzystamy z tych propozycji i je wprowadzimy. Jeśli jednak z punktu widzenia merytorycznego one w sposób zasadniczy nie zmieniają treści projektu, a wydaje nam się, że nie zmieniają, chociaż faktycznie jakby podnoszą jego wartość legislacyjną, merytorycznie jednak pewnych kwestii nie rozstrzygają, nie zmieniają ich, to gorąco prosimy o to, żeby ten tekst, który był mocno dyskutowany i wypracowany, przyjąć w tym brzmieniu, które państwu przedstawiliśmy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę państwa, pytam teraz panów senatorów, czy ktoś chce przejąć poprawkę, którąś z poprawek naszego Biura Legislacyjnego. Podkreślam, że one rzeczywiście podnoszą jakość tego projektu pod względem językowo-logicznym, ale nie ingerują w jego zawartość merytoryczną. I tutaj jest prośba ministerstwa, rozumiem, że wynikająca z potrzeb pragmatycznych systemu, by jednak tę procedurę możliwie szybko przejść. Tak rozumiem państwa wniosek.

Czy ktoś z panów chce przejąć którąś z poprawek? Nie.

Wobec tego stawiam wniosek o przyjęcie projektu ustawy bez poprawek.

Kto jest za przyjęciem takiego wniosku? (5)

Jednogłośnie „za”. Dziękuję bardzo.

Kto chce referować tę ustawę? Zgłasza się pan senator Krajczy. Tak. Nie ma innych propozycji. Wybraliśmy sprawozdawcę. Dziękuję bardzo.

Dziękuję panu ministrowi. Dziękuję państwu.

Do drugiego punktu... Kto jest... Drugi punkt... Pan...

(*Głos z sali:* Minister Szulc.)

...Szulc. To ściągamy go, bo niezwłocznie przystępujemy do drugiego punktu. Ten już został załatwiony. Dzwonimy do pana ministra Szulca. Ja gdzieś go widziałem. Jest już?

(*Głos z sali:* Jest asystent pana ministra Szulca.)

Dobrze. To teraz chwila przerwy technicznej.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przystępujemy, proszę państwa, do rozpatrzenia ustawy...

O, witamy pana ministra.

...O zakładach opieki zdrowotnej. Proponujemy po krótkim omówieniu przez pana ministra zakresu zmiany, po dyskusji przystąpić do... Tak że pan minister ma głos. Bardzo proszę. Dla nas to jest trudny problem, zwłaszcza że ta zmiana usztywnia zasady podziału środków na wynagrodzenia. I bardzo bym chciał, żeby pan minister do tego się odniósł, bo to budzi sprzeciw wielu dyrektorów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:* Już mogę, tak, Panie Przewodniczący?)

Tak, bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Przepraszam najmocniej za spóźnienie, ale czasy mamy takie, że niestety wszędzie się biegnie.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Faktycznie jest tak, że nowelizacja jest stosunkowo krótka, projekt dotyka dwóch kwestii. Jedna to jest kwestia obrotu wierzytelnościami i tego, w jaki sposób...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak jest.)

I to, jak rozumiem, nie budzi kontrowersji.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, tak, to nie budzi kontrowersji.)

W związku z tym dla oszczędności czasu, jak rozumiem...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Możemy iść...)

...możemy iść dalej.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...do tego, co budzi kontrowersje...)

Oczywiście.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Na tym warto by się skupić.)

Druga zmiana, która jest zaimplementowana w projektowanej i przyjętej przez Sejm regulacji, dotyczy art. 59a, a mianowicie rezygnacji z tegoż w perspektywie dwóch lat.

I teraz, Wysoka Komisjo, proszę zwrócić uwagę na to, że sam projekt, treść normatywna, która w tym momencie została przekazana pod obrady Senatu, w żaden sposób nie uzgodnił sposobu i trybu procedowania nad przedmiotową regulacją. Pierwotnie projekt, który został zgłoszony, w zasadzie tylko i wyłącznie likwidował art. 59a, a więc zapis o konieczności przekazania 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie wynikające z kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia na wzrost wynagrodzeń. Ten projekt jeszcze w ubiegłym roku został skierowany pod obrady Sejmu, ale dość długo przeleżał w komisji, powiem wprost: nie było zgody większości parlamentarnej, żeby takie rozwiązania przyjąć, tak więc nad nim nie procedowano.

My uznaliśmy w toku dyskusji, przede wszystkim ze związkiem zawodowym pielęgniarek i położnych, a także na podstawie tego, z czym mamy do czynienia, jeśli chodzi o poziom wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia, że o ile intencją przy wprowadzaniu zapisów art. 59a i nieobowiązującego już dzisiaj art. 59b było zapewnienie wzrostu wynagrodzeń pracowników systemu ochrony zdrowia, pracowników SP ZOZ, o tyle intencją ustawodawcy było wtedy zapewnienie w miarę równomiernego wzrostu tych wynagrodzeń. Niestety doświadczenia z realizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w kontekście art. 59a wskazują jednoznacznie, że mamy tutaj do czynienia z faworyzowaniem jednej grupy i z sytuacją, w której przeznaczenie tej części kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie wynikające z kontraktu, czyli tych 40%, na wzrost wynagrodzeń najliczniejszej grupy zawodowej zatrudnionej w zakładach opieki zdrowotnej, a więc pielęgniarek i położnych, doprowadziło – oczywiście nie tylko to, bo w międzyczasie mieliśmy *opt-out*, kilka innych rzeczy – do istotnego rozwarcia się nożyc... do powstania różnicy w kwocie wynagrodzenia pomiędzy grupą zawodową lekarzy a grupą zawodową pielęgniarek i położnych.

To rozwiązanie, które jest dzisiaj przedmiotem obrad Wysokiej Komisji, tak naprawdę godzi w dwie sprawy. Bo z jednej strony my uznajemy, że samo rozwiązanie usztywniające, a więc zapis o 40% nie wpływa pozytywnie na zarządzanie przez dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej ich jednostkami, krótko mówiąc: zmniejsza ich możliwości decyzyjne. A tutaj mamy przecież do czynienia z taką sytuacją: każdy podmiot jest inny, każdy podmiot ma inne poziomy wynagrodzenia co do zasady i w każdym koszt wynagrodzeń stanowi inny odsetek kwoty przychodów. Prawda? Niemniej, ponieważ mamy na uwadze także to, że w międzyczasie, w okresie obowiązywania tej regulacji, doszło istotnego zwiększenia różnicy pomiędzy wynagrodzeniem pielęgniarek i położnych a wynagrodzeniem lekarzy, uznaliśmy, że warto jest utrzymać ten przepis jako przejściowy przez kolejne dwa lata, a więc do końca roku 2012, i trzy

czwarte z kwoty 40% zwwyżki kontraktu, która musi być przeznaczana na wzrost wynagrodzenia, przeznaczyć na zwiększenie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ta regulacja oczywiście dotyczy tylko SP ZOZ.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:* Ta regulacja dotyczy SP ZOZ.)

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania?

Bardzo proszę. Senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja rozumiem, że na dziś chyba żaden oddział NFZ jeszcze nikomu nie zwiększył kontraktu, chyba że ratującego życie. A jeżeli będzie taka sytuacja – a już tak jest – że te SP ZOZ w sądach będą dochodzić swoich roszczeń i będą wygrywać sprawy, to czy z tej kwoty otrzymają należności, czy tego już ustawa nie obejmuje?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Zgodnie z interpretacją, którą już obecnie posługuje się Państwowa Inspekcja Pracy, mówimy tutaj o zwiększeniu wartości umowy. Tak więc mówimy o sytuacji, w której dochodzi do jej zaaneksowania, do zwiększenia kontraktu w trakcie trwania roku bądź w dowolnym momencie, kiedy on ulega zwiększeniu. Kwestie związane z dochodzeniem roszczeń szpitala wobec płatnika na poziomie ugody przedsądowej czy już w sądzie co do zasady treści stosunku umownego nie są tu uwzględnione, prawda. Według interpretacji, którą w tym momencie – z tego, co wiem – posługuje się Państwowa Inspekcja Pracy, mówimy tutaj o kwocie zwiększenia kontraktu podmiotu, a nie rozstrzygnięć podejmowanych na drodze sądowej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo. Senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Jeszcze jedno. Bo tak mi się teraz przypomniało nawet z mojej bieżącej działalności. Są czasami takie sytuacje, że aneksujemy z funduszem umowę, żeby objąć nią lek, który podajemy konkretnemu choremu. Czy to też jest tym objęte? No bo lek w stu procentach...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Senatorze, jak myślę, wszyscy pamiętamy jeszcze tak zwaną ustawę wzdłowską i produkt podwyżkowy, jakie problemy mieliśmy z programami lekowymi, programami terapeutycznymi. Ponad 90% wartości programu stanowił koszt leku. Tu mamy do czynienia z taką sytuacją, że faktycznie w przypadku, kiedy mówimy o jakimkolwiek zwiększeniu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, niezależnie od tego, w jakim zakresie...

(Głos z sali: Tam są wyłączone leki.)

(Głos z sali: Przepraszam leki są wyłączone.)

To jest na dzisiaj? To jest w tym projekcie, tak?

(Głos z sali: W ogóle.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

W takim razie najmocniej przepraszam. Produkt lekowy jest wyłączony.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak. Inne pytania?

Proszę bardzo.

Przewodnicząca

Federacji Związków Zawodowych

Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej

Urszula Michalska:

Dzień dobry.

Dziękuję za zaproszenie. Urszula Michalska, reprezentuję federację ochrony zdrowia.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Tak jak pan przewodniczący zauważył, nowelizacja ustawy jest bardzo kontrowersyjna, choćby z tego powodu, że ingeruje w i tak już, zdaniem wielu pracodawców, sztywne ramy przeznaczania na wynagrodzenia 40% z każdego wzrostu zobowiązania, a nie umowy. I dlatego nie zgodziłabym się tu z panem ministrem, że to jest wyłącznie kwestia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Bo sama ustawa, zarówno przed zmianą, jak i obecnie, mówi o zmianie zobowiązania, a roszczenie sądowe... Właśnie tu jest ta nie do końca wyjaśniona kwestia, czy ugoda sądowa, czy postępowanie sądowe podchodzi pod realizację tego artykułu. Ale nie o tym chciałabym mówić.

Dalsze usztywnienie jest poprzez wskazanie... Z całym szacunkiem... Federacja ochrony zdrowia i OPZZ również zrzeszają grupę pielęgniarek i położnych. Co do tego nie ma żadnych wątpliwości. I uważamy, że teraz dalej psuje się tę ustawę. To, że grupa lekarska skonsumowała część środków, znaczną część w wielu szpitalach, choć różnie to bywało, to jest jedno. Teraz jednak wydzielanie trzech czwartych środków, które mogą być przeznaczone dla grupy pielęgniarek i położnych, psuje ten przepis, powoduje, że staje się on jeszcze gorszy niż do tej pory. To tak, jakbyśmy uznali, że w zakładach opieki zdrowotnej – mówię wyłącznie o SP ZOZ – pracują tylko dwie grupy zawodowe, czyli lekarze i pielęgniarki. A co mamy powiedzieć technikom medycznym różnych specjalności i licencjatom, którzy również pracują w tych innych specjально-

ściach, a ich wynagrodzenie zasadnicze to 1300–1500 zł? Czy oni są pozbawieni tej możliwości, czy będą uwzględnieni w tych 25%? Dlatego moje centrale związkowe są... Jeśli chodzi o samodzielność publicznych zakładów, takie wskazanie jednej grupy budzi jednak wątpliwości konstytucyjne, zwłaszcza w świetle artykułu mówiącego o równości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak. Czy pan minister chce się do tego odnieść?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Tak, oczywiście.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Przecież tę dyskusję my toczyliśmy nie od dzisiaj i ona ma już swoją historię. Tutaj jest kilka spraw. Jeśli chodzi o wątpliwości konstytucyjne, co do zasady jestem zwolennikiem rozwiązań jak najbardziej czystych, a art. 59a w ogóle do takich nie należy. Jeżeli posłużyć się argumentem konstytucyjności czy niekonstytucyjności przepisu, to wydaje mi się, że przede wszystkim w odniesieniu do samego art. 59a, który w tym momencie, z dwuletnią karencją...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...jest likwidowany, prawda? O tym musimy pamiętać.

Druga sprawa. Przecież to nie jest tak, że my żyjemy tylko tu i teraz. Większość z nas miała do czynienia z ochroną zdrowia w poprzedniej kadencji, kiedy były przyjmowane rozwiązania z zakresu art. 59a. Państwo macie tutaj zdecydowanie większe doświadczenie niż ja, ale z tego, co sobie przypominam, toczyła się wtedy dyskusja, że trzeba coś zrobić z poziomem wynagrodzeń w ochronie zdrowia, który był za niski. Tam była kwestia białego miasteczka etc., prawda?

Proszę zwrócić uwagę na to, że zostało przyjęte takie, a nie inne rozwiązanie, co do którego pewnie można by znaleźć argumenty zarówno za, jak i przeciw, jeśli chodzi o konstytucyjność tego rozwiązania. Ale zostało ono przyjęte w jednym celu, to znaczy po to, żeby doprowadzić do wzrostu wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia niekoniecznie w taki sposób, żeby uprzywilejować jednych kosztem drugich. I dzisiaj należy sobie zadać pytanie, czy intencja ustawodawcy, która przyświecała podjęciu tej regulacji, została skonsumowana. Ja oczywiście zgadzam się z panią przewodniczącą, że różnie to wygląda w różnych podmiotach, że różnie to wygląda w odniesieniu do różnych grup zawodowych, które pracują w systemie ochrony zdrowia. Dyskutowaliśmy na posiedzeniu komisji sejmowej o elektroradiologach, fizjoterapeutach, diagnostach etc. Proszę jednak zwrócić uwagę na jedną sprawę. Mówimy w tym momencie o najmniejszej grupie zawodowej, co do której mamy twarde i niepodważalne dowody, że faktycznie w tym czasie, kiedy ta ustawa obowiązywała, nie była ona głównym beneficjentem tych rozwiązań. Poza tym mamy tutaj do czynienia z sytuacją, w której norma z ustawy mówi o 40%, ale to nie jest 40% zapisanych sztywno. Jeżeli okaże się, że w niektórych zakładach, w niektórych jednostkach, a wydaje mi się, że mówimy tutaj przede wszystkim o mniejszych jednostkach... Bo jednak w szpitalu monoprofilowym czy wieloprofilowym pielęgniarce są zdecydowanie liczniejszą grupą. Odniesmy się teraz do konkretnych przypadków, które pewnie będą występować w całym kraju,

gdzie grupa pielęgniarek nie będzie tą najliczniejszą, jeśli chodzi o zatrudnienie w danej jednostce. I w takim wypadku, Wysoka Komisjo, norma stanowi, że na wynagrodzenia trzeba przeznaczyć minimum 40% kwoty, o którą zwiększony zostanie kontrakt. Kierownik jednostki może podjąć decyzję o tym, żeby te środki rozdysponować w innej proporcji, jeżeli się okaże, że kwota z tych trzech czwartych nie wystarczy. Ja zdaję sobie sprawę z tego, że to rozwiązanie nie jest rozwiązaniem, które powinno obowiązywać w systemie od dziś na zawsze. Dlatego też proszę zwrócić uwagę na to, że mamy jednak klauzulę polegającą na tym, że takie rozwiązania przyjmujemy czasowo, z perspektywą wykreślenia ich po upływie dwóch lat. I po przyjęciu przedmiotowej regulacji to się stanie automatycznie, nie będziemy więc musieli dalej zajmować się tą kwestią. A z systemowego punktu widzenia to, co było podnoszone dzisiaj, niezależnie od tego, czy rozwiązanie z art. 59a jest sensowne, czy też nie, zostaje dzisiaj rozstrzygnięte. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś chce zabrać głos?

Bardzo proszę. Senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Ja tylko króciutko powiem, bo jednak pan minister zauważył ten problem. Mamy teraz grupy pracowników bardzo specjalistycznych, na przykład w onkologii inżynierów, którzy przecież zarządzają tą diagnostyką. I dochodzi do takich absurdalnych decyzji, komu dać, komu nie dać. W moim odczuciu, człowieka, który zarządza takim szpitalem, tego artykułu de facto w ogóle nie powinno być. Dziękuję bardzo.

(Brak nagrania)

Doradca

w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia

w Niezależnym Samorządnym

Związku Zawodowym „Solidarność”

Krzysztof Filip:

Krzysztof Filip, Sekretariat Ochrony Zdrowia.

Ja chciałbym tylko dodać, że sekretariat zdrowia, zresztą jak i inni partnerzy, zwracał uwagę na to, że główny problem będzie w zakładach, bo tam są podejmowane te trudne decyzje. Tutaj to możemy sobie pomyśleć o tym, co będzie. Tymczasem tam zacznie się dzielenie pracowników. I dlatego podczas prac sejmowych występowaliśmy z konkretnymi przykładami. Jeżeli ten zapis zostanie przyjęty w takim kształcie, jaki jest, to ten problem się jeszcze nasili.

Równocześnie podkreślaliśmy problem polegający na tym, że w badaniach nad wynagrodzeniami, między innymi w białej księdze, przeprowadzonymi przez firmę Sedlak & Sedlak, wyraźnie widać, że proporcje podziału środków na wynagrodzenia są mniej więcej takie: trzy czwarte otrzymują lekarze, z pozostałej części trzy czwarte –

pielęgniarki i położne, a jedna czwarta zostaje dla pozostałych grup. Na przykład mam tu przed sobą badanie, z którego wynika, że według GUS w roku jego przeprowadzenia było kilkanaście procent na korzyść pielęgniarek. Tak że zaproponowaliśmy rozważenie takiej możliwości: jeżeli już będzie decyzja koalicyjna, że przyjmujemy te rozwiązania, to trzy czwarte pozostałej kwoty trzeba przeznaczyć na wynagrodzenia tego personelu, którego uposażenia zdecydowanie odbiegają od pensji zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Jak już dzielimy po trzy czwarte, to podzielimy jeszcze w takim razie niżej. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak. Pani się zgłasza.

**Wiceprzewodnicząca Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
Iwona Borchulska:**

Iwona Borchulska, związek pielęgniarek i położnych.

Ja chciałabym zwrócić uwagę na to, że jeśli spojrzymy od strony matematycznej, to okaże się, że 45% personelu, głównie w szpitalach, stanowią pielęgniarki, 20% – lekarze. I założenie było takie, żeby podnieść wynagrodzenia pielęgniarkom i innym pracownikom. Nie ukrywamy, że kosztem lekarzy, którzy przez kilka lat z różnych przyczyn już mieli ogromne podwyżki. W związku z tym tak do końca ta ustawa...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...nie krzywdzi tej grupy.)

...nie krzywdzi innych pracowników. Jest przecież wola dyrektora, który w poprzednich podziałach nie ograniczał się do 40%, tylko dawał więcej z sumy wynikającej z podniesienia kontraktu itd.

I zwracam się tu do panów senatorów z prośbą, aby przyjęli tę ustawę. Z naborem na studia innego personelu medycznego nie mamy tak wielkich problemów, jakie mamy z naborem pielęgniarek. I być może to będzie też forma zachęcenia do podejmowania nauki i dowartościowania tej grupy zawodowej, pokazania, że jednak ktoś zwraca uwagę na ten problem i na potrzeby tej grupy zawodowej w systemie ochrony zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Czy jeszcze ktoś chce zabrać głos? Nie widzę chętnych.

Bardzo proszę Biuro Legislacyjne o opinię.

**Główny Legislator
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

To znaczy my poprzestajemy na uwagach ogólnych, które stanowią jakby powrót do tych wątpliwości konstytucyjnych...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...Można...)

...czy też systemowych dotyczących obrotu wierzytelnościami cywilnoprawnymi.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rozumiem. Ale wniosku...)

Sytuacja jest niewątpliwie trudna. To jest takie uregulowanie, które budzi naszą troską o wykonalność tej ustawy. Ale poprzestajemy na uwagach ogólnych i przychylamy się do stwierdzenia, że istnieją rzeczywiście wątpliwości. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, ale w dyskusji padły... Jest presja realnej sytuacji, w której rzeczywiście w wielu miejscach beneficjentami regulacji, zwłaszcza tej normy czasowej pracy lekarzy... Tak... Dotarło do mnie wiele głosów, także członków komisji, którzy dzisiaj się nie wypowiedzieli, że ingeruje to we władztwo dyrektorów, którzy muszą zadbać o to, żeby szpital funkcjonował, muszą stwarzać zachęty. Dzisiaj bez pielęgniarek, bez instrumentariuszek szpital nie może działać, więc w wielu miejscach dyrektorzy starali się stworzyć system zachęt. Prawda? Ale nie ma tutaj wniosków legislacyjnych w tej sprawie, proszę państwa, biuro nie zgłosiło poprawek.

Czy są wnioski co do poprawek? Nie ma.

Kto jest za przyjęciem tej ustawy?

Kto jest za negatywnym przyjęciem ustawy?

Kto jest przeciwny...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze. Jeszcze raz.

Kto jest za...

(Wypowiedź poza mikrofonem) (Wesołość na sali)

Słuchajcie, coś wam powiem. Mój syn pracuje w jednym ze szpitali i wiem, że rzeczywiście jest coś na rzeczy, jeśli idzie o określenie beneficjentów ostatnich lat przemian. Jest dysproporcja, narosła dysproporcja między płacami lekarzy, pielęgniarek i innego zespołu. I to jest kulawe, ja mam świadomość, że to rozwiązanie jest kulawe. Pociesza mnie ten dwuletni okres, po którym automatycznie ten przepis zniknie. I to jest przyczyna, dla której zgłoszę za.

Dobrze. Głosujemy jeszcze raz.

Kto jest za? (2)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

Pani Mecenas, co w tej sytuacji? Jaki jest wynik głosowania?

Główny Legislator

w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Bożena Langner:

Ja rozumiem, że pan senator, prowadząc głosowanie, jeszcze raz zadał pytanie, kto jest za.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Za były dwie osoby, jedna była przeciwko, dwie się wstrzymały. Tak więc rozumiem, że tymi dwoma głosami za komisja wyraża stanowisko o przyjęciu ustawy bez poprawek, w dotychczasowym brzmieniu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo za wsparcie, Pani Mecenass.

Jeszcze zostaje wyznaczenie sprawozdawcy.

Czy pan senator Okła?

(Senator Michał Okła: Proszę bardzo.)

Pan senator Okła będzie sprawozdawcą tej ustawy.

Dziękuję bardzo za państwa udział w tym posiedzeniu komisji.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 00)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851