



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(2110)**

120. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 28 marca 2011 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o działalności leczniczej (druk senacki nr 1150, druki sejmowe nry 3489, 3921 i 3921-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 09)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Michał Okła)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia poświęcone rozpatrzeniu ustawy o działalności leczniczej; druk senacki nr 1150.

Witam serdecznie osoby przybyłe na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia: pana ministra Jakuba Szulca – państwo bardzo niewyraźnie się wpisują, przepraszam więc, jeżeli przekręcę jakieś nazwisko – panią Dorotę Gardias, przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych; panią Janinę Zaras z zespołu negocjacyjnego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych; panią Longinę Kaczmarską, wiceprzewodniczącą Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej; panią Iwonę Borchulską, wiceprzewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych; pana Krzysztofa Bakę z Naczelnej Rady Aptekarskiej. Witam głównego inspektora farmaceutycznego. Niestety, mam niewyraźnie powpisywane nazwiska, w związku z tym, by ich nie przekręcać, generalnie witam wszystkich przybyłych gości.

Przedmiotem dzisiejszego spotkania jest, jak mówiłem, rozpatrzenie ustawy o działalności leczniczej. Jest to projekt rządowy, w związku z czym bardzo proszę przedstawiciela rządu, pana ministra Jakuba Szulca, o przedstawienie...

(Głos z sali: W sprawie porządku obrad...)

Słucham?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy ktoś chce zabrać głos w sprawie porządku obrad?

(Senator Stanisław Karczewski: Tak.)

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo za udzielenie głosu.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Ja chciałbym się dowiedzieć, dlaczego procedujemy w takim trybie. Ustawa została uchwalona przez Sejm kilka dni temu, Senat ma na jej przeanalizowanie czas ustawowy trzydziestu dni, dlaczego więc narzuca się nam takie przyspieszone tempo? Jestem senatorem piąty rok i pierwszy raz się spotykam z sytuacją, że komisje są zwoływane w sobotę i, tak jak w tym wypadku, w poniedziałek. Każdy z senatorów ma

swoją pracę w terenie, ja na dzisiaj miałem umówionych osiemnaście spotkań. Wszystkie musiałem odwołać, bo musiałem być na tym posiedzeniu i jestem tutaj z państwem.

Chciałbym zadać panu przewodniczącemu, ale również panu ministrowi, pytanie: skąd takie tempo? Dlaczego ośmiesza się pracę Senatu? Jeżeli Sejm pracował nad tą ustawą pół roku, od września, a Senat ma pracować nad tą ustawą kilka godzin, to ja uważam, że jako senator jestem traktowany niepoważnie. Dlatego bardzo proszę i pana przewodniczącego, i pana ministra o odpowiedź na to pytanie. Co się w Polsce zdarzyło? Co wydarzyło się w opiece zdrowotnej? Co się wydarzyło specjalnego, że pracujemy w takim tempie i w taki sposób?

Powtarzam, że jako senator pracujący piąty rok czuję się ośmieszony takim tempem pracy i takim trybem zwoływania komisji. Osiemnaście spotkań z ludźmi bardzo poważnymi, zacnymi, musiałem przełożyć, by przybyć na to posiedzenie.

Komisja Zdrowia w Sejmie pracowała nad tym – jak państwo doskonale wiedzą – pół roku, bo od września. We wrześniu czy w październiku projekt został skierowany do Sejmu. Wnoszę również o to – to jest mój wniosek formalny, Panie Przewodniczący – aby w Senacie, w ramach naszej komisji, powołać specjalną podkomisję do przeanalizowania tej ustawy. Powołując się na art. 64 Regulaminu Senatu, wnoszę o powołanie podkomisji, która w sposób rzetelny, uczciwy, solidny, zajmie się tą ustawą. Nie chcę, byśmy pracowali na kolanie, w pośpiechu, bo jak państwo wiedzą, było wiele ustaw, w których w końcowym procesie legislacyjnym, już w Senacie, znajdowano trzysta, dwieście czy sto poprawek. Ja sam w tej chwili nie wiem, ile wniosem poprawek, a już mam ich kilkanaście. Na pewno zgłoszę jeden wniosek – o odrzucenie ustawy.

Chciałbym, żeby Senat był traktowany poważnie przez ministerstwo i w ogóle przez koalicję rządzącą PO – PSL. Chciałbym też, by senatorowie mieli odpowiedni czas na pochylenie się nad tą ustawą. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Senatorze, Panie Przewodniczący, wynika to również z Regulaminu Senatu. Marszałek Senatu ma prawo wprowadzić ustawę na posiedzenie Senatu w terminie krótszym niż trzydzieści dni, bo trzydzieści dni ma na rozpatrzenie ustawy. Marszałek podjął taką decyzję i w związku z tym dzisiaj mamy posiedzenie komisji.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę, żeby nie używać słów „nieprawda” czy „kłamstwo”, bo ja, Panie Przewodniczący, przekazuję to, co wiem i co słyszałem. W środę rozmawiałem z panem marszałkiem na ten temat i wiem, że została podjęta przez pana marszałka decyzja o wprowadzeniu ustawy na to posiedzenie Senatu. W związku z tym komisja miała się zebrać w piątek, ale ponieważ uznaliśmy, że piątek będzie za krótkim terminem, przełożyliśmy to posiedzenie na poniedziałek. Poniedziałek, sobota – każdy dzień jest dobrym dniem pracy, albowiem my mamy nienormowany czas pracy, a nasze podstawowe zajęcia wynikają z tego, że jesteśmy senatorami Rzeczypospolitej Polskiej.

Przebieg prac legislacyjnych nad tą ustawą w Sejmie śledziliśmy wszyscy, przynajmniej ja śledziłem to cały czas. Znam losy ustawy na każdym etapie, wiem, jak wyglądała ta ustawa, w jakim kształcie wyszła w środę z Sejmu, w związku z tym nie potrzebujemy aż tyle czasu na jej przepracowanie, ile potrzebował Sejm. Myślę, że poważne podejście do ustawy spowodowało, że myśmy też zgłosili parę poprawek.

Poprawki te będą dzisiaj przedstawione i nic tu się nie dzieje. Nie będę przypominał panu senatorowi, w jakim trybie państwo wprowadzali niektóre ustawy. Patrzę na ustawę o ratownictwie, gdzie mieliśmy na przygotowanie wszystkiego cztery godziny. Tak że proszę się nie irytować, bo uważam, że termin pięciodniowy wcale nie jest terminem krótkim.

Ponieważ jednak pan senator złożył wniosek formalny, ja bym chciał ten wniosek przegłosować.

(Rozmowy na sali)

Czy w tej chwili...

(Senator Norbert Krajczy: Panie Przewodniczący, chciałbym zabrać głos.)

(Senator Stanisław Karczewski: Czy można jeszcze przed...)

Był wniosek formalny, który chcę poddać pod głosowanie.

Senator Stanisław Karczewski:

Chciałbym jeszcze powiedzieć coś ad vocem. Czy mogę? Ja i pan senator Krajczy chcielibyśmy coś powiedzieć.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Nie sposób nie odnieść się do słów, które padły, Panie Przewodniczący. Przede wszystkim nie użyłem słowa „kłamstwo”. Pan marszałek nie podjął jeszcze takiej decyzji, bo taką decyzję podejmuje Konwent Seniorów. Ja jestem członkiem Konwentu Seniorów i taka decyzja nie zapadła. Zapadła decyzja, na pewno nie w Senacie, tylko poza Senatem, abyśmy nad tą ustawą procedowali w przyspieszonym trybie.

Ja zadałem pytanie i nie uzyskałem odpowiedzi: co w Polsce się takiego wydarzyło, co się takiego stało, że my senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej mamy w takim trybie dyskutować i prowadzić prace legislacyjne?

Nie użyję, Panie Przewodniczący, słowa „kłamstwo”, użyję słowa „nieprawda”. Nad ustawą o ratownictwie medycznym debatowaliśmy dwa dni, i to na mój wniosek, doskonale to pamiętam. W tej chwili nie zgłaszam wniosku, byśmy debatowali dwa dni, zgłaszam wniosek formalny – pan przewodniczący za chwilę podda go pod głosowanie – aby powołać podkomisję.

Chciałbym jeszcze raz powiedzieć, iż nie ma decyzji, że ten porządek obrad ma być uzupełniony o ten punkt. Jeśli jednak taka decyzja zapadła, to w kuluarach. I bardzo proszę, Panie Przewodniczący, nie mówić, że pan marszałek podjął decyzję, bo pan marszałek taką decyzję może podjąć tylko i wyłącznie na posiedzeniu Konwentu Seniorów, które odbędzie się jutro o godzinie 15.15. Dziękuję bardzo.

(Senator Norbert Krajczy: Czy mogę?)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Nie wiem, czy to, co powiedział przed chwilą pan senator Karczewski, nie jest dobrym rozwiązaniem. Bo, Drodzy Państwo, w całej tej ustawie mówi się o jednostkach, które sobie nie radzą. A przecież są w tym kraju jednostki, które sobie radzą, które nie mają strat, są to też SP ZOZ, a dyrektorem jednego z nich od dwudziestu lat jestem ja.

Gdy rozmawiałem z panem ministrem Szulcem, miałem cichą nadzieję, że może w tej ustawie będzie zapis, na podstawie którego mógłbym pozyskać środki z Banku Krajowego na realizację pewnych interesujących mnie zadań związanych z restrukturyzacją – nie z zatrudnieniem, ale z czym innym. Czy nie można byłoby w ustawie zapisać, że są jednostki, o których tutaj nie mówimy, a które się nie zadłużają, tak jakby w ogóle ich nie było w tym kraju. Jest to chyba zgodne z tym, co słyszałem kiedyś nie od pana ministra Rzemka, tylko od poprzedniczki mówiącej ze zdziwieniem, że są w tym kraju takie jednostki. W związku z tym może warto podyskutować o tym trochę dłużej niż godzinę czy dwie.

I jeszcze jedno. Pytałem wszystkich możliwych i dopiero pan minister Szulc mi wyjaśniał, czy to się liczy od stycznia tego roku, czy ewentualnie te zobowiązania, straty będą liczone od zeszłego roku. I teraz wiem, Drodzy Państwo, bo się tego nie doczytałem, choć miałem możliwość śledzenia nie tylko tego, co się działo na galerii Sejmu, ale również tego, co podpisał pan marszałek Schetyna.

Drodzy Państwo, wiem, że to jest liczone od tego roku, wiem też, że ta ustawa może wejść od czerwca tego roku i w związku z tym uważam, iż jeden, dwa, trzy dni niewiele tu chyba zmienia. Tak uważam, ale może się mylę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Poddaję pod głosowanie wniosek formalny senatora Karczewskiego o powołanie podkomisji do rozpatrzenia ustawy o działalności leczniczej.

Kto z państwa jest za przyjęciem wniosku? (1)

Kto jest przeciw?(3)

Kto się wstrzymał od głosu? (1)

Wniosek nie przeszedł. Dziękuję.

W związku z powyższym przystępujemy do omawiania ustawy, a ponieważ jest to projekt rządowy, bardzo proszę pana ministra Szulca o przedstawienie wspomnianej ustawy.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Pozwolę sobie omówić w skrócie najważniejsze założenia, które przyświecały tworzeniu ustawy o działalności leczniczej, i od razu odniosę się także do wypowiedzi pana senatora Krajczego. Trzeba tutaj powiedzieć o jednej rzeczy. To nie jest ustawa o pomocy podmiotom zadłużonym, podmiotom, które sobie nie radzą. Rozwiązania, które są zaprezentowane w ustawie, których przede wszystkim, przynajmniej w moim przekonaniu, dotyczy ustawa, to kwestia założenia i przyjęcia innego porządku niż ten,

który dzisiaj funkcjonuje na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. A więc innego porządku przede wszystkim w zakresie tego, w jaki sposób definiujemy i chcemy definiować wykonywanie działalności leczniczej.

Otóż na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej mamy do czynienia z sankcjonowaniem nie tyle organizacyjno-prawnym czy organizacyjno-formalno-prawnym, ale przede wszystkim właśnie formalnoprawnym sposobu wykonywania działalności leczniczej, podczas gdy podstawowe założenie ustawy o działalności leczniczej to przejście z takiego podejścia do podejścia funkcjonalnego. Jest to sposób definiowania wykonywania działalności leczniczej nie poprzez pryzmat formy organizacyjno-prawnej, w jakiej ta działalność jest wykonywana, tylko poprzez rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych, które są w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych wykonywane.

Projekt wymienia następujące rodzaje działalności leczniczej. Są to świadczenia szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne oraz świadczenia ambulatoryjne.

Odnosząc się znowu do głosu pana senatora Krajczego, powiem, że faktycznie sporo miejsca poświęcono w tej ustawie możliwości przekształcenia podmiotów udzielających świadczeń medycznych, a także sposobom zaadresowania i wskazania, w jakich warunkach może być udzielona tymże podmiotom pomoc finansowa. Jednakże, jak powiedziałem na wstępie, w moim przekonaniu główna zmiana, która odnosi się do tej ustawy, polega na całkowicie odmiennym podejściu do opisywania działalności leczniczej jako takiej na gruncie ustawy ZOZ w porównaniu z ustawą o działalności leczniczej. Ustawa zakłada, po pierwsze: brak możliwości tworzenia nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, po drugie, możliwość przekształcenie tychże w inną formę organizacyjno-prawną. Przy czym różnica w stosunku do stanu obecnego, uwzględniającego tak zwany plan B – czy też nieuwzględniającego tego planu – czyli program wsparcia dla jednostek samorządu terytorialnego w procedurze przekształcenia szpitali, jest taka, że ustawa zawiera rozwiązania, w których przekształcony podmiot jest generalnym sukcesorem wszystkich praw i obowiązków podmiotu przekształcanego. Czyli nie dokonujemy przekształcenia poprzez obowiązkowy na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej etap likwidacji zakładu opieki zdrowotnej, tylko w taki sposób, że podmiot, który powstaje, wchodzi we wszystkie prawa i obowiązki podmiotu, który jest przekształcany.

Sama procedura udzielania wsparcia i sama procedura przekształceń odbywa się – znowu inaczej niż w wypadku uregulowań na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – w momencie gdy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ulegał przekształceniu poprzez likwidację. Z mocy prawa wszystkie zobowiązania tego podmiotu przechodziły wówczas na organ tworzący, czyli najczęściej na jednostkę samorządu terytorialnego.

W rozwiązaniu, które zostało zaproponowane na gruncie ustawy o działalności leczniczej, zobowiązania do wysokości 50% wartości rocznego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia pozostają w podmiocie, który jest przekształcany. Dopiero później mamy do czynienia z zaangażowaniem organu tworzącego, a więc, tak jak powiedziałem, najczęściej jednostki samorządu terytorialnego. Formy wsparcia przewidziane w procesie przekształcenia są bardzo zbliżone do tych, które już są znane na gruncie rozwiązań przyjętych w programie wsparcia, a więc co do zasady jest to przejęcie zobowiązań publicznoprawnych.

Dochodzi tutaj do jeszcze jednego mechanizmu, który był szeroko dyskutowany podczas debaty nad tym projektem, zakładającego większy nadzór właścicielski nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej przez organ tworzący. Jeżeli samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej osiąga ujemny wynik finansowy i wynik ten, po odliczeniu kosztów amortyzacji, w dalszym ciągu pokazuje wartość mniejszą od zera, to organ założycielski może podjąć decyzję albo o pokryciu tego ujemnego wyniku finansowego pomniejszonego o koszty amortyzacji, albo o zmianie formy organizacyjnej, w jakiej działalność jest prowadzona. Przy czym w wypadku tego ujemnego wyniku finansowego – i tutaj znowu nawiązuję do wypowiedzi pana senatora – pierwszy okres sprawozdawczy, który będzie brany pod uwagę, to rok obrachunkowy 2011. Układając perspektywę czasową wynikającą z przepisów ustawy, mamy więc do czynienia z następującym kalendarzem: zamknięcie roku obrotowego 2011, czyli do końca I kwartału roku 2012, następnie zatwierdzenie sprawozdania przez biegłego rewidenta, czyli koniec II kwartału roku 2012, następnie okres trzech miesięcy, kiedy organ tworzący ma czas na podjęcie decyzji albo o przekształceniu, albo o pokryciu ujemnego wyniku finansowego, czyli koniec września roku 2012, i w wypadku kiedy podejmuje się decyzję o zmianie formy organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, rok na przeprowadzenie procedury przekształcenia, a więc koniec III kwartału roku 2013.

W projekcie ustawy wprowadzono także szereg regulacji szczególnych dla szpitali klinicznych. Przede wszystkim umożliwiono to, żeby uczelnia medyczna prowadziła szpital kliniczny w formie spółki prawa handlowego, przy czym w odróżnieniu od rozwiązań, które zostały przyjęte dla pozostałych szpitali, w wypadku uczelni medycznej ich udział nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego. Została też uregulowana problematyka czasu pracy w szpitalu klinicznym nauczycieli akademickich oraz osób odbywających studia doktoranckie w uczelni medycznej. Wprowadzony został także przepis odnoszący się do kierującego oddziałem lekarza, który będzie wskazywany przez kierownika podmiotu, a więc będzie wyłączony z obowiązkowej procedury konkursowej.

Wprowadzono nowe zasady rejestracji podmiotów, które wykonują działalność leczniczą, wprowadzono również zapisy mówiące o tym, że podmioty wykonujące działalność leczniczą będą traktowane na jednakowych zasadach, jeśli chodzi o dostęp do środków publicznych, a więc otrzymywania dotacji i wsparcia z programów wieloletnich. Ich rozliczanie będzie powiązane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wprowadzono także odmienne niż dotychczas regulacje dotyczące czasu pracy osób dzisiaj pracujących w tak zwanym reżimie skróconego czasu pracy, ponieważ w zasadzie zgodnie ze wszystkimi opiniami, którymi się posługiwaliśmy, dla tych zawodów nie było racji zdrowotnych, które dyskwalifikowałyby je w kwestii możliwości wykonywania zawodów w normalnym trybie czasu pracy. Dla tych wszystkich zawodów wprowadzono uregulowania identyczne jak dla pozostałych zawodów medycznych.

To tyle tytułem wstępu. Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Przystępujemy do pytań.

Kto z panów senatorów chce zadać pytanie?

Bardzo proszę, pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję za to, że pan minister mnie cytował, rozumiem, że stałem się klasykiem. Ale o tym, Panie Ministrze, rozmawialiśmy dwa miesiące temu, jak pan sobie przypomina, co prawda w warunkach szczególnych, bo na lotnisku, i mówił pan wtedy, że niepotrzebnie to wypadło. Myślę o tym, że jednostki niezadłużone też miały mieć możliwość sięgania po środki finansowe o niskim kredycie itd., itd. Tego nie ma. Tak że ja rozumiem, że ustawodawca twierdzi, iż w tym państwie są tylko jednostki zadłużone.

Chciałbym jeszcze zapytać o tego biegłego rewidenta. Są jednostki mniejsze, zatrudniające kilkaset osób, i tam jest chyba przepis – może się mylę – że w wypadku do dwustu pięćdziesięciu osób, tam gdzie nie ma biegłego rewidenta i nie ma opinii biegłego rewidenta, organ założycielski powołuje eksperta, który to ocenia. Czy państwo wzięli to pod uwagę? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Wysoka Komisjo!

Otóż faktycznie na gruncie rozwiązań przyjętych w ustawie o działalności leczniczej pomoc jako taka jest skierowana do podmiotów, które tej pomocy wymagają, w tym sensie, że środki pomocowe, czyli dotacja, która będzie trafiać do szpitali, będzie dotacją w proporcji 1:1, poza jednym wypadkiem, kiedy mówimy o zobowiązaniach cywilnoprawnych i uprzednich umorzeniach tychże zobowiązań. Dotacja w zasadzie w proporcji 1:1 dotyczy zadłużenia, które już istnieje. Faktycznie są to adresaci norm prawnych, które tutaj zostały zawarte. Już mówię dlaczego, a względów jest co najmniej kilka.

W żaden sposób nie neguję tego, że w polskich szpitalach potrzebny jest przede wszystkim dostęp do środków inwestycyjnych. Tego nikt, kto miał okazję obejrzenia co najmniej kilku szpitali, nie będzie w żaden sposób negował. Nie to jednak było zasadniczym celem tej regulacji. Gdy analizujemy, gdzie leży jeden z podstawowych kłopotów i problemów systemu ochrony zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego, to okazuje się, że w znakomitym stopniu problemem tym jest właśnie problem zadłużenia, żeby nie mówić, posługując się ogólnikami, a raczej przykładami.

Całkowity poziom zadłużenia na chwilę obecną to prawie 10 miliardów zł. Jeżeli przyjrzymy się temu, jak kształtują się wyniki finansowe polskich szpitali, to się okaże, że jeśli chodzi o działalność operacyjną, to ponad 90% jednostek wypracowuje pozytywny wynik finansowy. Mówiąc krótko, przy tym poziomie finansowania, który mamy, przy tych zasadach gospodarowania, które mamy, ponad 90% szpitali nie zadłuża się, wypracowuje albo wynik w okolicach zera, albo wynik dodatni. Jeśli zaś weźmiemy pod uwagę, oprócz działalności operacyjnej, całą działalność wykonywaną w szpitalach, to wskaźnik ten momentalnie się pogarsza z ponad 90% do niewiele powyżej 65%. W dalszym ciągu większość stanowią szpitale, które się bilansują, okazuje

się jednak, że podstawowym problemem są koszty finansowe obsługi zadłużenia, które w polskich szpitalach już dzisiaj istnieje. Na te kwestie powinniśmy przede wszystkim zwrócić uwagę.

W żaden sposób nie negujemy tego, że potrzebne są środki dla tych szpitali, które nie są na dzisiaj zadłużone, które prowadzą swoją działalność w taki sposób, iż nigdy nie musiały sięgać po jakąkolwiek pomoc zewnętrzną, żeby doprowadzić do zbilansowania swoich przychodów z kosztami. W naszym przekonaniu tutaj to nie jest jednak miejsce na proponowanie takich rozwiązań, dlatego że zarówno nasze rozmowy z Europejskim Bankiem Inwestycyjnym, jak i z Bankiem Gospodarstwa Krajowego na okoliczność czy to możliwości pozyskiwania środków finansowych na inwestycje w formie kapitału obcego – czyli, mówiąc najprościej, pożyczki bądź kredytu, który byłby obwarowany szczególnymi ulgami dla tych podmiotów, które prowadzą działalność leczniczą – czy też możliwości proponowania zamkniętego funduszu bankowego, który inwestowałby kapitałowo w polskie szpitale są rozwiązaniami, których nie trzeba wprowadzać w trybie ustawowym. Zarówno w jednym, jak i w drugim wypadku wystarczy proponować program szczegółowy, niekoniecznie trzeba się posługiwać rozwiązaniami ustawowymi.

Jeśli chodzi o drugie pytanie pana senatora, co z jednostkami, w których nie ma obowiązku badania ksiąg finansowych przez biegłego rewidenta, to w proponowanych rozwiązaniach każdorazowo, kiedy mamy do czynienia z procesem przekształcenia, księgi są badane przez podmiot, który ma uprawnienia biegłego rewidenta.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Myślę, że wątpliwości pana senatora Krajczego zostały rozwiane.

Jest obecna na sali wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia i przewodnicząca podkomisji do spraw zdrowia pani poseł Małecka-Libera – witam serdecznie panią poseł – która w Sejmie prowadziła tę ustawę.

Bardzo proszę, aby nam pani powiedziała...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Będą.

Chcę, by pani poseł powiedziała nam o pracach legislacyjnych. Może będą pytania również do pani poseł, załatwimy więc wszystko razem.

Bardzo proszę, Pani Poseł.

Posel Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Chciałabym w kilku zdaniach przekazać, jak wyglądały prace nad tą ustawą w sejmowej Komisji Zdrowia. Rzeczywiście rozpoczęły się one jesienią, od wysłuchania publicznego. Początkowo osób i organizacji zgłoszonych do wysłuchania publicznego było ponad dwieście, ale w samym wysłuchaniu publicznym udział wzięło tylko kilkadziesiąt podmiotów, z czego kilkanaście się wypowiedziało. Po wysłuchaniu publicznym rozpoczęliśmy pracę w podkomisji zdrowia. Podkomisja spotkała się siedem razy i w wyniku bardzo wnikliwych prac merytorycznych zgłoszonych zostało sześć-

dziesiąt poprawek, z których część miała charakter absolutnie merytoryczny, nawet zmieniała przedłożenie rządowe.

Właśnie podczas prac podkomisji toczyły się najbardziej merytoryczne dyskusje „za” i „przeciw”, jeśli chodzi o niektóre zmiany. Wspomnę tu o dwóch istotnych zmianach, które zostały wprowadzone podczas tych prac. Pierwsza zmiana dotyczyła formy zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, a druga zmiana, też bardzo istotna, polegała na tym, że dopuściliśmy możliwość rejestracji indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich i pielęgniarskich nie tylko u wojewody, jak to było w pierwotnym planie, kiedy był przewidziany jeden rejestr, ale także w okręgowych izbach lekarskich i w okręgowych izbach pielęgniarskich.

Ustawa, o której pan minister mówił tu bardzo szczegółowo, przede wszystkim zmienia filozofię podejścia do problematyki. Najważniejsza staje się działalność lekarska, a nie istnienie zakładu opieki zdrowotnej. I to podejście wydaje nam się tak naprawdę najbardziej merytoryczne.

W drugim czytaniu zostało zgłoszonych dwanaście poprawek, z czego tylko dwie zostały przyjęte zarówno przez Wysoką Komisję, jak i przez Sejm. W sumie spotkaliśmy się trzynastą razy, czas dyskusji nie był ograniczony, wszystkie opinie merytoryczne były wysłuchiwanie i uwzględniane. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję, Pani Posel.

Kontynuujemy zadawanie pytań.

Kto z panów senatorów chce zadać pytanie?

Pan senator Muchacki i pan przewodniczący Karczewski.

Bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja mam kilka pytań. Pierwsze pytanie dotyczy art. 55. Mam tu pewną wątpliwość. W art. 55 w ust. 1 jest napisane, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe – i tutaj jest wymienionych sześć punktów – a w ust. 2 jest napisane „umowy, o których mowa w ust. 1 pkt 1”. Może Biuro Legislacyjne mogłoby wyjaśnić, czy to, że w pkt 1 się nie mówi o żadnych umowach, nie świadczy o niespójności zapisów? Czy w ust. 2 nie trzeba by napisać, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może również uzyskiwać środki finansowe z odpłatnej działalności leczniczej na podstawie umowy zawartej z zakładem ubezpieczeń itd. Bardzo bym prosił o wyjaśnienie tej kwestii, bo może się mylę.

Czy mam czekać na odpowiedź, Panie Przewodniczący, czy mówić dalej?

(*Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:* Dalej, dalej, proszę bardzo.)

Druga wątpliwość, Panie Ministrze, odnosi się do art. 66. Jest to artykuł dotyczący połączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Pamiętam ustawę matkę, która powstała chyba w roku 1999...

(*Głos z sali:* Nie, w 1991 r.)

Tak, w 1991 r.

...i potem w 2005 r. dopuszczała połączenie się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dlaczego ustawa nie dopuszcza czegoś takiego, co obrazuje następujący przykład: W jednym mieście są dwa organy założycielskie dla dwóch szpitali. I teraz żeby jeden szpital został jak gdyby przekazany drugiemu organowi założycielskiemu, de facto musiałoby nastąpić połączenie tych dwóch szpitali. Ja tak rozumię. Dlaczego nie można wprowadzić takiego punktu, że organy założycielskie po prostu się dogadują. Jeden mówi, że nie chce tego szpitala, a drugi mówi, że chce go, i rada powiatu, dajmy na to, podejmuje uchwałę, że przekazuje go, powiedzmy, miastu, a rada miasta, podejmuje uchwałę, że przejmuje ten szpital, i sprawa jest załatwiona. Tutaj bardzo komplikujemy życie samorządowcom, bo doprowadzamy do tego, że trzeba łączyć te szpitale, stosując jakieś konfiguracje prawne, żeby zmienić organ założycielski. Jest to bardzo istotne. A dlaczego?

(Rozmowy na sali)

Dlatego że powiaty są w zasadzie ubogie, nie mają pieniędzy na dofinansowanie swoich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Miasta, które mają zdecydowanie więcej pieniędzy, nawet chciałyby zainwestować w ten drugi szpital i chciałyby być jego właścicielem, ale nie muszą go od razu łączyć ze swoim szpitalem.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przepraszam, Panie Senatorze. Czy w wyniku tego połączenia powstanie jeden szpital, pod jednym organem założycielskim, czy dwa szpitale pod jednym organem założycielskim?

Senator Rafał Muchacki:

Właśnie chodzi o to, że ta ustawa mówi, iż musiałby być jeden szpital pod jednym organem założycielskim, a mnie chodzi o to, że nie następuje łączenie...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: ...Tylko przekazanie organu założycielskiego, tak?)

Tak. I dalej ten szpital jest samodzielnym publicznym zakładem...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Czyli pozostają dwa szpitale, tylko pod jednym organem założycielskim?)

Tak, pod jednym organem założycielskim.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Dziękuję bardzo.)

Ta ustawa tego nie dopuszcza. Można to ewentualnie zrobić, ale tylko w drodze likwidacji szpitala i otwarcia nowego szpitala, co też jest bez sensu. Czy nie można tu wprowadzić zapisu mówiącego, że podmioty tworzące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą dokonać, w drodze porozumienia, przekazania tychże publicznych zakładów opieki zdrowotnej? Taka jest moja wątpliwość i prośba do pana ministra, żeby rozwiązać ten problem dodatkowym artykułem, na przykład art. 68a. Wiem, że wiele szpitali boryka się z tym problemem.

Kolejna kwestia dotyczy art. 163 pkt 5 i tutaj chodzi mi o art. 87 ustawy nowelizowanej. Miałbym propozycję – i prosiłbym o pomoc Biuro Legislacyjne, bo chciałbym wnieść tu poprawkę – żeby w tym artykule ust. 2a otrzymał następujące brzmie-

nie: apteki szpitalne mogą być tworzone w szpitalach i w innych przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, o których mowa w ust. 1 pkt 2.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Art. 163 pkt 5. To jest prawo farmaceutyczne.

I ust. 4, w którym chodzi o to, że w szpitalach i w innych przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, w których nie utworzono apteki szpitalnej, tworzy się dział farmacji szpitalnej, do którego należy wykonywanie zadań określonych w art. 86 ust. 2 pkt 1 i 4, ust 3 pkt 5, 7... Może pokazałbym to pani legislator i prosiłbym o pomoc, ale zgłaszam to jako poprawkę.

Mam też pewną wątpliwość dotyczącą art. 169 ust. 12a i chciałbym prosić pana ministra o wyjaśnienie. Proponowałbym, by się nad tym zastanowić, i prosiłbym o wyjaśnienie, bo tutaj chodzi o indywidualne praktyki lekarskie. W artykule tym jest napisane: „Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 19 lit. a tiret pierwsze i drugie, stosuje się do działalności leczniczej wykonywanej przez wymienione w tych przepisach podmioty w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska lub grupowa praktyka pielęgniarska”. Zgubiła się tutaj „indywidualna praktyka lekarska”. Czy tutaj nie ma zagrożenia, że ta indywidualna praktyka lekarska jest dyskryminowana i pacjent, który jest nią objęty, de facto może mieć na przykład narzucony do wystawianego przez lekarza rachunku VAT 23%? Czy to ma sens? Mam te wątpliwości dlatego, że w art. 5 jest powiedziane, iż lekarz może wykonywać swój zawód w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualną praktykę lekarską itd., itd., a w ust. 12a, dotyczącym tego zwolnienia, nie ma mowy o tej indywidualnej praktyce. Czy więc jest sens zamieszczać ten ust. 12a, czy nie lepiej go po prostu wykreślić? Takie mam wątpliwości. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Ponieważ pan senator zadał wiele pytań, bardzo proszę pana ministra – bądź wskazane przez niego osoby – do udzielenia odpowiedzi i ustosunkowanie się do poprawek.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Zacznę od końca. W zakresie nowelizacji ustawy o podatku dochodowym od towarów i usług, czyli w przytoczonym przez pana senatora art. 169 ustawy o działalności leczniczej, będziemy proponować zmianę, która w pkt 19 zmienianej ustawy, czyli ustawy o podatku od towarów i usług, będzie się odnosiła do konkretnego zawodu medycznego, który jest wykonywany, niezależnie od sposobu jego wykonywania. Dzięki temu nie trzeba byłoby każdorazowo, kiedy określamy, że powstaje nowy rodzaj praktyki albo stary rodzaj praktyki zostaje wyeliminowany z obrotu prawnego, nowelizować ustawy o podatku od towarów i usług. Będziemy jeszcze proponować taką zmianę.

Jeśli chodzi o propozycję poprawki dotyczącej art. 163, o której pan senator mówił, odnoszącej się do ustawy – Prawo farmaceutyczne, to tutaj jest kwestia tego,

czy apteka szpitalna ma być tworzona w szpitalu i na jakich zasadach. O zabranie głosu w tej sprawie poproszę zaraz, za pozwoleniem pana przewodniczącego, pana ministra Niewójta, głównego inspektora farmaceutycznego.

A w odniesieniu jeszcze do pytań dotyczących art. 55 i art. 66, powiem, że przepis art. 55 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej w linii prostej jest zapisem, który dzisiaj funkcjonuje w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Użyte tutaj sformułowanie może faktycznie nie jest, jak pan senator zauważył, sformułowaniem najbardziej zręcznym, ale według mnie należy domniemywać, że jeżeli w ust. 1 pkt 1 mówimy o odpłatnej działalności leczniczej, to ta odpłatna działalność lecznicza musi być wykonywana na podstawie takiej czy innej umowy, prawda? W związku z tym to wskazanie i przywołanie w art. 55 ust. 2 nie jest puste, aczkolwiek pewnie można się zastanowić nad bardziej szczęśliwym jego sformułowaniem niż to, które zostało proponowane.

Jeśli chodzi o art. 66, to przepisy w tym zakresie są również bardzo podobne do przepisów obowiązujących w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Zmiany, które funkcjonują dzisiaj w systemie ochrony zdrowia, a więc dotyczące sposobu łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, pochodzą, jeśli się nie mylę, z roku 2006. I tutaj chciałbym zwrócić uwagę na to, że sama intencja utworzenia tych zapisów była taka, iż raczej będziemy zmierzać w kierunku łączenia się SP ZOZ, a nie funkcjonowania tej samej liczby SP ZOZ w tych samych podmiotach założycielskich. Mówiąc krótko, jeżeli mamy dwa osobne podmioty założycielskie, to na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jeszcze nie było możliwości przejęcia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako odrębnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zawsze taki proces zakładał łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

I tutaj muszę się odnieść do jednej kwestii. Proszę zwrócić uwagę, że ustawa o działalności leczniczej zakłada, iż w ogóle nie będą powstawały nowe samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. My mówimy, że w sytuacjach, w których organ założycielski uważa to za uzasadnione, może on prowadzić w dalszym ciągu działalność w formie niezmienionej w stosunku do tej, w jakiej prowadził ją dotychczas. Uznajemy jednak, że z punktu widzenia zarówno odpowiedzialności organu wykonawczego podmiotu wykonującego działalność leczniczą i organu nadzoru tego podmiotu mamy zdecydowanie większe kompetencje i więcej możliwości, jeśli chodzi o oddziaływanie przez te organy na działalność samego podmiotu, w sytuacji gdy podmiot ten działa w formie spółki. W związku z tym nie proponowaliśmy zapisów, które w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w sposób istotny różniłyby się od stanu obecnego. Stąd też faktycznie jest tak, że zapisy art. 66 nie dają możliwości przejęcia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako odrębnego podmiotu, podobnie jak funkcjonujące dzisiaj przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, które także takiej możliwości nie dają.

Jeżeli można, Panie Przewodniczący, to poprosiłbym o zabranie głosu pana ministra Niewójta.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Zastępca Głównego Inspektora Farmaceutycznego
Zbigniew Niewójt:**

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

W intencji przedłożenia rządowego w art. 106 była przyjęta taka metodyka, że zgodnie z nowymi zapisami przedsiębiorca prowadzący działalność medyczną typu szpitalnego mógłby w swojej działalności wybrać trzy poziomy referencyjne, to znaczy aptekę pełnoprofilową, aptekę o ograniczonej czynności – w wyniku ograniczenia dokonywanego przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, który podejmowałby decyzję na podstawie analizy działalności prowadzonej przez placówkę – i trzecia forma to dział farmacji szpitalnej. Jeżeli dobrze zrozumiałem poprawkę pana senatora, dotyczyłaby ona wariantu prowadzenia albo apteki, albo działu – do wyboru. Czy dobrze to zrozumiałem? Nie mam tutaj poprawki na piśmie.

(Senator Rafał Muchacki: Tak, tak, dobrze pan zrozumiał.)

Bez możliwości dopuszczenia apteki o ograniczonej działalności.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeżeli nie będzie ograniczenia działalności, to mamy do wyboru dwie ewentualności: albo, w wypadku dużych szpitali, apteka szpitalna, albo, w wypadku innych form działalności, jeżeli nie wymagają one prowadzenia apteki, dział farmacji szpitalnej. Tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Musieliśmy zobaczyć, ale wydaje mi się, że ta poprawka byłaby do przyjęcia.

(Senator Rafał Muchacki: Mogę jeszcze ad vocem, Panie Przewodniczący?)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przepraszam bardzo, Panie Ministrze, chyba się nie zrozumieliśmy. Pan senator nie dzieli szpitali na duże i małe. Albo jest apteka...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

**Zastępca Głównego Inspektora Farmaceutycznego
Zbigniew Niewójt:**

Przepraszam, Panie Przewodniczący, źle się wyraziłem: albo jest szpital, który wymaga prowadzenia apteki, i wtedy jest apteka.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dyrektor uznaje, że szpital wymaga prowadzenia apteki i aptekę prowadzi, a jeżeli nie, to prowadzi...

(Zastępca Głównego Inspektora Farmaceutycznego Zbigniew Niewójt: ...dział farmacji szpitalnej.)

Tak, dział farmacji szpitalnej. I na tym to polega.

(Senator Rafał Muchacki: Czy mogę jeszcze prosić o głos?)

Bardzo proszę, pan senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, dlatego zadałem pytanie o to przekazanie, czyli zmianę, powiedzmy, organu założycielskiego bez łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, bo to w dużej mierze ułatwia potem *per saldo* ewentualną działalność zgodnie z ustawą, którą ministerstwo proponuje, już przekazanych szpitali. Dlaczego? Dlatego że biedny samorząd przekazuje samorządowi bogatemu samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i na zasadzie porozumienia między nimi bierze również na siebie jego zadłużenie, prawda? Wiemy, że ten biedny nigdy tego zadłużenia nie spłaci i ten szpital zawsze będzie kulał. Dotyczy to, powiem konkretnie, czegoś takiego, co było fatalne pod koniec lat dziewięćdziesiątych, kiedy utworzono powiaty grodzkie i ziemskie. Jest takich powiatów w Polsce, jeśli dobrze kojarzę, około siedemdziesięciu. I teraz sytuacja jest następująca. Powiat grodzki, czyli miasto, jest najczęściej podmiotem bogatym, powiat ziemski jest podmiotem biednym. Wtedy dokonano podziału szpitali pod względem takich, a nie innych organów założycielskich i efekt jest taki, że szpitale podległe powiatom ziemskim są zdecydowanie bardziej zadłużone, bo powiat ziemski nie ma pieniędzy na inwestowanie w infrastrukturę, remonty itd. Powiaty grodzkie są w większości bogate i inwestują pieniądze w swoje szpitale.

I teraz, jeżeli prezydent chce przyjąć od powiatu ziemskiego szpital, to *de facto* nie może tego zrobić, nie łącząc go ze swoim szpitalem. Znam prezydentów, którzy chętnie wzięliby szpital łącznie z jego zadłużeniem, co *per saldo* jest korzystne dla tych szpitali i dla wdrożenia kolejnych etapów przekształcania, zgodnie z ustawą, którą chcemy przyjąć.

I stąd moje pytanie: czy jednak nie można jeszcze na tym etapie stworzyć możliwości przejęcia go na zasadzie porozumienia? Wtedy wiele problemów tych zadłużonych szpitali po prostu zniknie. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to ja bym się jeszcze zastanowił i ewentualnie byśmy złożyli propozycje idące w tym kierunku. Na dzisiaj widzę co najmniej kilka problemów, a jaskrawie przejawiających się korzyści, o których mówił pan senator Muchacki, nie widzę. Gdyby było tak, jak mówi pan senator, to mielibyśmy pewnie do czynienia z dużym zainteresowaniem przejmowaniem szpitali funkcjonujących w powiatach biedniejszych na rzecz prezydentów miast czy też na rzecz innych powiatów lub na rzecz innego organu założycielskiego, na przykład samorządu innego szczebla, na przykład samorządu województwa. Tymczasem poza naprawdę ograniczonymi, jeśli chodzi o liczbę takich zdarzeń, wypadkami, kiedy faktycznie dochodzi do przeniesienia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i chęci przejęcia go przez inny organ założycielski, tych tendencji za bardzo nie widać. My mamy problem polegający raczej na tym, że w sąsiednich powiatach czy miastach powiatowych, położonych nie-
zbyt daleko od siebie, szpitale, które funkcjonują w tych powiatach, starają się za

wszelką cenę konkurować ze sobą, podczas gdy można by było uzyskać pozytywne efekty działalności, gdyby zamiast konkurencji doprowadzić do sytuacji, w której działały one specjalizacjami, czyli co innego jest wykonywane co do zasady w każdym z takich podmiotów. Tymczasem takiej tendencji tutaj nie widać. To jest wynik reformy z roku 1999 i skomunalizowania leczenia szpitalnego. Czyli ponieważ każdorazowo szpital jest w gestii jakiegoś organu założycielskiego, którym najczęściej jest jednostka samorządu terytorialnego, jego organ założycielski nie jest przesadnie chętny do tego, żeby jakiegokolwiek działania na takim podmiocie wykonywać, w tym sensie że na pewno nie chce go oddawać komuś innemu. A gdybyśmy zaproponowali takie przepisy, to jaki one miałyby zakres? Propozycję oczywiście złożyć można, tylko czy to nie będzie propozycja polegająca na tym, że stworzymy możliwość, a tymczasem praktyka pokaże, że zainteresowania brak. Musielibyśmy szczegółowo przeanalizować możliwości adresatów takiej normy i to, jak wielu by ich było.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Może ja zostawię swoje pytania na posiedzenie plenarne, a tu chciałbym zadać panu ministrowi pytanie, na które pan minister nie miał okazji odpowiedzieć. Czy nasze procedowanie, tak bardzo przyspieszone, robione na kolanie – tak można to określić – łączy się z jakimiś faktami, zdarzeniami, o których nie wiem? Czy pan minister mógłby mi wytłumaczyć, dlaczego tak szybko mamy debatować nad tą ustawą? Czy ministerstwo również podziela opinię, że ten proces powinien być tak bardzo przyspieszony? Do skierowanego do pana ministra pytania związanego z trybem procedowania skłania mnie wypowiedź pani poseł, która mówiła, że najbardziej merytoryczna debata toczyła się na posiedzeniach podkomisji i tam faktycznie jest miejsce do wnikliwej analizy oraz wnikliwego rozpatrzenia ustawy. Fakt, że robimy to wyrywkowo, na kolanie, skłania mnie do tego, abym więcej pytań merytorycznych panu ministrowi nie zadawał – a mam ich bardzo wiele – zadam je bowiem na plenarnym posiedzeniu. Myślę, że tam będzie lepsza ku temu sposobność.

I drugie pytanie, Panie Ministrze. Ta ustawa wprowadza nieobligatoryjne przejście samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na formę spółek kapitałowych. W którym momencie prac nad tą ustawą powstał pomysł powrotu do sposobu nieobligatoryjnego? Jak wszyscy pamiętamy, ustawa, która została złożona do podpisu panu prezydentowi, świętej pamięci Lechowi Kaczyńskiemu, wносиła o obligatoryjne przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W którym momencie i dlaczego zmienili państwo zdanie? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panowie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Odpowiadając na pierwsze pytanie pana senatora Karczewskiego, chciałbym zauważyć, że, proszę mi wybaczyć, ale ja niestety – albo stety – nie ustalam ani porządku obrad Wysokiej Izby, ani porządku obrad komisji, które pracują nad ustawą. Zadaniem rządu jest dostosowywanie się do terminów, które są zaproponowane. Ja, Panie Przewodniczący, widzę co najmniej kilka przyczyn, dla których nad tymi ustawami należy, w moim przekonaniu, procedować jak najszybciej. W odniesieniu do ustawy o działalności leczniczej na chwilę obecną przynajmniej ten projekt zakłada jej wejście w życie z dniem 1 maja, choć termin ten może ulec zmianie w toku prac w Senacie. A drugą rzeczą, w moim przekonaniu bardziej istotną, jest to, że do końca kadencji nie pozostało zbyt wiele czasu, a mamy jeszcze co najmniej kilka ustaw. Mówię tu o ustawach zdrowotnych, które chcielibyśmy, a przynajmniej ja bardzo chciałbym, żeby weszły w życie.

Nie mogę się odnieść do pytania pana senatora o to, co spowodowało, że... Nie ja ustalam sposób i tryb pracy Wysokiej Izby i pracujących w Wysokiej Izbie komisji.

W wypadku pytania drugiego: kiedy w projekcie pojawiła się fakultatywność przekształceń w zestawieniu z ich obligatoryjnością, to rozumiem, Panie Senatorze, że bardziej chodzi o zmianę mentalną, która się dokonała nie na etapie procedowania nad projektem, dlatego że ten projekt, który dzisiaj Wysoka Komisja rozpatruje, od samego początku nie zakładał obligatoryjnego przekształcenia, z pewnymi oczywiście obwarowaniami, ale w projekcie ustawy... W ustawie o działalności leczniczej nigdy nie było rozwiązań, które stanowiłyby o obligatoryjności przekształceń. Myślę, że bardziej właściwa będzie odpowiedź, że chodzi po prostu o zmianę mentalną niż o zmianę w propozycjach przepisów bądź w samych przepisach. Jak mówiłem na początku, opisując ogólny zarys ustawy, jesteśmy przekonani, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie daje wystarczająco dużo mechanizmów, które, po pierwsze, wspierałyby odpowiedzialność poszczególnych podmiotów, po drugie, dawałyby możliwość efektywnego nadzoru nad tymi podmiotami, i które, po trzecie, stymulowałyby w jakikolwiek sposób efektywność. Zasada jest taka: jeżeli mamy dobrego dyrektora i dobry organ założycielski, to samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie działał. Jeżeli będziemy mieli złego dyrektora i nie najlepszy organ założycielski, to będziemy mieli do czynienia z taką sytuacją, z jaką mamy do czynienia przy 20% samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które działają w Polsce. Oczywiście nie jest tak, że sama zmiana formy organizacyjno-prawnej jest odpowiedzią na całe zło i rozwiązaniem wszystkich problemów, jednak spółka prawa handlowego zawiera wbudowane już rozwiązania, które zarówno z punktu widzenia właśnie odpowiedzialności, nadzoru, jak też efektywności przesądzają o tym, że pewne normy i pewne działania muszą być realizowane niezależnie od tego, czy mamy do czynienia ze złym czy dobrym dyrektorem i złym czy dobrym właścicielem. Oczywiście jest, że część samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej działa dobrze, i my wcale nie mówimy: jeżeli dzisiaj SP ZOZ funkcjonuje dobrze, to absolutnie nie ma żadnej potrzeby, żeby dokonywać w nim zmian, chyba że organ założycielski będzie widział taką potrzebę, to wtedy możemy udzielić pomocy. Chcemy zaś zdecydowanie wzmocnić także odpowiedzialność podmiotu założycielskiego, i to jeszcze zanim sta-

nie się właścicielem na gruncie k.s.h., jako organu tworzącego szpital. Stąd między innymi zapis o rozliczaniu ujemnego wyniku finansowego w wypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Krajczy, bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, mam dwa pytania, zanim będą przedstawione problemy szczegółowe.

Panie Ministrze, ja pytam z obawą, ponieważ zadawałem pytanie o to kilkunastu osobom na tej sali i otrzymałem zupełnie inną odpowiedź od tej, której udzielił mi pan minister. W związku z tym chciałbym zapytać pana ministra, jako osobę najbardziej tu kompetentną z Ministerstwa Zdrowia: w którym miejscu, poczynwszy od art. 56, który mam przed sobą, aż do art. 75 jest wpisane, że mówimy w tej chwili o ujemnym wyniku finansowym dla jednostek od 1 stycznia 2011 r.? Nie ma tutaj ani jednej wzmianki o tym. Słyszałem od osób kompetentnych z ministerstwa, i nie tylko z ministerstwa, które procedowały nad tym, że mówimy o 2010 r. Chciałbym to wiedzieć nie tylko dlatego, że są kamery, ale dlatego, że jestem też administratorem i w związku z tym chciałbym poczynić pewne ruchy, które jeszcze można poczynić albo nie. To pytanie pierwsze.

(Rozmowy na sali)

Mogę dalej?

(Głos z sali: Proszę.)

Przepraszam, państwa jest więcej, a ja tutaj sam biedny...

Moje drugie pytanie jest związane z tym, że jeżeli procedujemy i ta ustawa ma obowiązywać od 1 maja, a nawet słyszałem, że od 1 czerwca, to dlaczego pakiet ustaw zdrowotnych przyjętych przez Sejm, nad którym mamy się pochylić podobno w piątek, ma obowiązywać od 1 stycznia 2012 r.? Czy są w tym pakiecie ustawy mniej potrzebne i bardziej potrzebne? O co w tym wszystkim chodzi? Panie pielęgniarki kiwają głowami, bo już wiedzą, o co chodzi, może więc przejdę tam i zapytam, bo ja dalej nie wiem, jako senator Rzeczypospolitej, lekarz, któremu już bliżej do setki – trzydzieści osiem lat mam do tej setki – w związku z tym mało czego się boję.

(Rozmowy na sali)

Prosiłbym zwłaszcza o odpowiedź na pierwsze pytanie, bo ja nie widzę tego zapisu. Nie chciałbym, żebyśmy się rozeszli, mając świadomość, że mówiliśmy o tym, i pan minister mówił, a zapisu nie ma.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Dziękuję bardzo.)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Przepraszam najmocniej, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Senatorze!

Zapisy dotyczące tego, od kiedy mają zastosowanie określone normy zawarte w przepisach merytorycznych, znajdują się w przepisach przejściowych i końcowych. W wypadku, o który pyta pan senator, jest to art. 212 ustawy.

A odnośnie do pytania pana senatora, co z pozostałymi ustawami, które będą wchodziły pod obrady Senatu, to od razu mówię, że mamy tutaj do czynienia z bardzo różnymi terminami wejścia w życie. Faktycznie w wypadku ustawy refundacyjnej czy ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia datą wejścia w życie jest 1 stycznia 2012 r. Żadnych rozwiązań nie bylibyśmy w stanie zaimplementować w czasie krótszym, bo jest nam potrzebny do tego pełny rok obrachunkowy. Mówię tu zwłaszcza o ustawie refundacyjnej. Mamy też chociażby ustawy zawodowe, których termin wejścia w życie nie jest identyczny, jest bardzo zbliżony do tych terminów, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej, przy czym w wypadku ustawy o działalności leczniczej trzeba powiedzieć jeszcze o tym, że ustawa o działalności leczniczej tworzy po prostu podwaliny pod funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. To znaczy jeżeli przepisy ustawy o działalności leczniczej uchylają przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, to siłą rzeczy jest to najbardziej istotna, w moim przekonaniu, zmiana systemowa. Stąd też, wydaje mi się, że ten sposób procedowania jest sposobem właściwym. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.

Proszę, senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Ministrze, w takim razie przejdźmy do konkretnej sytuacji. W 2011 r. jednostka się przekształca i w 2011 r. jest ordynator, który de facto kończy sześcioletni okres sprawowania funkcji ordynatora. Czy w związku z tym ja jako kierownik jednostki – już nie dyrektor, bo teraz będę się ładnie nazywał, może to i lepiej, kierownikiem – mam poczekać i mogę go już sobie zatrudnić bez konkursu, czy ewentualnie będzie mnie ścigał organ, który się nazywa okręgową izbą lekarską, że nie ogłosiłem konkursu. Chyba że mam to zapisane w regulaminie, wówczas mogę postąpić i tak, i tak. Takie sytuacje mogą się zdarzyć, życie je wymusza.

W wypadku pielęgniarek wygląda to jeszcze gorzej, bo praktycznie nie mam teraz zapisu, że w wypadku SP ZOZ mogę sobie powoływać oddziałową, tylko musi być obligatoryjny konkurs. Nie ma stosownego zapisu w regulaminie, o czym panie też na pewno wiedzą. Takie sytuacje mogą się zdarzyć. Ja nie mówię o swojej jednostce, tylko o jednostce, która się przekształci, bo w tym momencie jest chyba taka filozofia: ci, którzy się nie przekształcą do 2013 r., są głupkami, bo się nie załapią na dodatkowe pieniądze. Skoro tak i tak ci, którzy dobrze gospodarowali, nic z tego nie będą mieli, to jeżeli wiedzą, gdzie jest ten blues, powinni jak najszybciej się zadłużyć, przekształcić i mieć z tego tytułu jakieś środki finansowe, bo chyba o to chodzi. Ale

jest jeszcze jedna sprawa, Panie Ministrze. Jeśli będzie 51 zł za punkt, to chyba niewiele się zmieni, bo te przekształcone jednostki też są na minusie, a organy założycielskie je spłacają, jako NZOZ?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że to był głos w dyskusji.

Czy pan minister chce się ustosunkować do tej wypowiedzi?

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Nie bardzo wiem, w jaki sposób miałbym się ustosunkowywać. Można mieć takie zdanie, a można mieć inne. Nie ustalamy w żadnym z przepisów, który jest zawarty w ustawie o działalności leczniczej, sposobu finansowania co do zasady, mówi bowiem o tym ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jeśli chodzi o wypowiedź pana senatora dotyczącą konkursów, to faktycznie konkursy mamy zachowane w wypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak zresztą większość norm odnoszących się do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a dla jednostek organizacyjnych, dla podmiotów udzielających świadczeń, które nie są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, nie utrzymano tego warunku. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.

Widziałem, że zgłaszała się pani przewodnicząca Dorota Gardias.

Bardzo proszę.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias:

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Najpierw pozwolą państwo, że przedstawię stanowisko Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych dotyczące wprowadzania kontraktów pielęgniarskich w ochronie zdrowia, a później przejdę do naszej poprawki, o przejęcie której przez jednego z senatorów chcemy prosić, ponieważ strona społeczna nie ma możliwości jej zgłoszenia.

Wracam do poprawki. Wokół naszego problemu narosło wiele mitów i nieporozumień, niejednokrotnie celowo uwypuklanych przez polityków. Zgodnie z ustawą nasz związek zawodowy jest obowiązany reprezentować interesy pracowników, nie ma prawa czynić siebie przedstawicielem wszystkich pielęgniarek i położnych ani też występować w imieniu podmiotów prowadzących działalność gospodarczą. Z tego powodu reprezentujemy grupę około stu tysięcy pielęgniarek i położnych, zatrudnionych na umowach o pracę, które coraz częściej słyszą, iż w spółkach nie będą miały wyboru formy zatrudnienia: albo przyjmą kontrakt, albo utracą pracę. Ze wspomnianych stu

tysięcy pielęgniarek około osiemdziesiąt tysięcy to członkowie naszego związku. Przyjmujemy do wiadomości, iż istnieje grupa około 4,7 tysięcy osób, które wykonują nasz zawód na podstawie tak zwanego kontraktu, nie czuję się jednak uprawniona do oceny motywacji tych osób, które skłoniły je do zatrudnienia w formie ograniczającej stabilność zatrudnienia, pozbawienia wszelkich uprawnień pracowniczych, takich jak limit czasu pracy, płatny urlop, świadczenia społeczne obliczane od faktycznie otrzymywanego wynagrodzenia, doskonalenie zawodowe, w którym partycypuje pracodawca. Zresztą różnice między umową o pracę a tak zwanym kontraktem są nazbyt oczywiste, żeby o nich mówić w tym gronie. Skupię się tylko na dwóch różnicach: jednej istotnej dla pracownika, a drugiej szczególnie ważnej dla pracodawcy.

Zacznijmy od pracownika. Średni miesięczny czas pracy pielęgniarki etatowej to około stu siedemdziesięciu godzin. Praca powyżej tego limitu to praca w nadgodzinach, dodatkowo płatna. Łączny wymiar pracy wraz z nadgodzinami nie może jednak przekraczać czterdziestu ośmiu godzin w tygodniu, a zatem w miesiącu łączny wymiar czasu pracy pracownika to nie więcej niż sto dziewięćdziesiąt dwie godziny. A jak to wygląda w przypadku kontraktu? Standardowy wymiar znanych nam kontraktów to nie mniej niż dwieście dwadzieścia godzin do trzystu w miesiącu. Są też umowy, w których wymiar ten dochodzi od dwustu pięćdziesięciu do trzystu godzin. Do tego trzeba doliczyć sytuacje nadzwyczajne, które wymagają dodatkowego stawiennictwa w pracy. Powoduje to, że łączne zatrudnienie na kontrakcie dochodzi do trzystu godzin miesięcznie. Oczywiście wszystkie godziny są dla pracodawcy warte taką samą kwotą, nie ma mowy o jakimkolwiek dodatku za zwiększony wymiar pracy. Czy osoba pracująca przez kilka kolejnych miesięcy po dwieście pięćdziesiąt czy trzysta godzin jest w dalszym ciągu efektywna i rozważna, czy powinna mieć bezpośredni wpływ na zdrowie i życie innych, czy ma ona czas na odpoczynek i doksztalcanie?

A jak wygląda legendarna swoboda organizacji pracy pielęgniarki kontraktowej, na którą powołują się zwolennicy kontraktów? Mamy przecież świadomość, że na oddziałach szpitalnych, które są naszym głównym przedmiotem zainteresowania, trzeba zapewnić opiekę pielęgniarską przez dwadzieścia cztery godziny na dobę siedem dni w tygodniu. Niezbędne przecież jest rozłożenie pracy na cały ten okres. O jakiej zatem swobodzie może być mowa? Pielęgniarka kontraktowa musi dostosować się do potrzeb zakładu, inaczej bowiem jej zatrudnienie nie ma sensu. Nie ma tutaj zatem żadnej różnicy w porównaniu z zatrudnieniem pracowniczym.

Teraz strona pracodawcy. Zwyczajowa oferta finansowa kontraktu ze strony pracodawcy to miesięczne wynagrodzenie pracownika brutto podzielone przez wskazane wyżej dwieście sześćdziesiąt godzin, zysk pracodawcy jest więc oczywisty. Za tę samą kwotę otrzymuje darmowe siedemdziesiąt godzin pracy pielęgniarki lub położnej. Dodatkowo nie musi przejmować się limitami godzin, obowiązkiem odpoczynku. Ponadto zyskuje tak zwany ZUS pracodawcy, wynoszący około 20% wynagrodzenia brutto pracownika. Nie ma też konieczności płacenia wynagrodzenia chorobowego, wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, nie trzeba wskazywać przyczyny rozwiązania kontraktu i poddawać jej kontroli sądu pracy. Nie wymaga chyba komentarza, kto jest realnie zainteresowany w zmianie formy zatrudnienia.

(Rozmowy na sali)

Panie Przewodniczący, czy ja przeszkadzam? Nie chciałabym nikomu przeszkadzać, chciałabym dokończyć. Czy mogę?

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Proszę bardzo, proszę bardzo.)

Dziękuję.

Efektywność ekonomiczna kosztem życia prywatnego i zdrowia pracowników jest dość oczywista. Wyobraźmy sobie mały ośrodek miejski ze szpitalem powiatowym – inny najbliższy szpital jest w odległości na przykład 40–50 km. Taki szpital powiatowy to typowy pracodawca dla polskiej pielęgniarki. Nie są nim duże jednostki położone w miastach wojewódzkich, takich jak Szczecin, Warszawa, gdzie istnieje rynek pracy dla pielęgniarki, a co za tym idzie możliwość wyboru miejsca i formy zatrudnienia. W takim szpitalu pracodawca wzywa pojedynczo na rozmowy pielęgniarki i proponuje im kontrakty, informując, że innej formy zatrudnienia w jego szpitalu nie będzie. Wobec oczywistego szantażu i braku innego miejsca zatrudnienia w rozsądnej odległości większość osób przyjmuje taką ofertę pod wpływem przymusu ekonomicznego, a nie dlatego, że mają wolę i chęć zatrudnienia kontraktowego. Jaka jest pozycja negocjacyjna takiej pielęgniarki? Czy ma ona możliwość odmowy, kiedy wie, że do zapewnienia opieki na kontraktach wystarczy około 3/4 osób obecnie zatrudnionych? Zupełnie inną sprawą są dalsze działania. Czy pielęgniarki pracujące po trzysta godzin zapewnią pacjentowi bezpieczeństwo? Czy będą miały szanse na podnoszenie kwalifikacji?

W toku procesu legislacyjnego wskazywaliśmy także, że nie można uznać za ostateczne i przekonujące argumentów rządowych dotyczących rzekomej sprzeczności z konstytucją RP proponowanych przez nas rozwiązań. Przedstawiona przez naszą organizację opinia prawna kwestionowała zarówno rzetelność przeprowadzanych przez rząd badań konstytucyjnych w tym zakresie, jak i bieg procesu legislacyjnego. Wobec braku argumentacji prawnej popierającej rozwiązanie rządowe należy przyjąć, iż są one emanacją czystej woli politycznej. Rozumiem, że koalicja rządowa, mając taką wolę, przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za skutki wprowadzonych zmian, także w postaci zmniejszenia wpływów do ZUS czy z tytułu podatków dochodowych. Tak? Pozostanie mi jedynie mieć nadzieję, że przyjmą państwo przynajmniej poprawki chroniące obecnych pracowników przed wymuszeniem zmiany formy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, proponowane przez stronę rządową w toku prac sejmowych, o których z nadzieją wspominał także marszałek Schetyna, relacjonując dla jednej z telewizji bieg prac w Senacie w sprawie ustawy o działalności leczniczej.

Mamy jeszcze jedną bardzo ważną sprawę. W Sejmie zostały przegłosowane artykuły w ustawie o działalności leczniczej, a nie wzięto pod uwagę kodeksu pracy. W art. 22 kodeksu pracy mówi się, że jeżeli pracownik jest pod nadzorem, nie może mieć umowy cywilnoprawnej. Otóż pielęgniarka i położna jest w szpitalu pracownikiem pod nadzorem, podlega pracodawcy, podlega służbowo i hierarchicznie oddziaływaniu lekarzowi na dyżurze, naczelnej pielęgniarence i ordynatorowi. W związku z tym wydaje się, że zaistniała jakaś dziwna sytuacja, która jakby łamie jeden artykuł ustawy drugim, nowym, wprowadzanym w nowej ustawie o działalności leczniczej. My prosimy jednego z senatorów o przejęcie naszej poprawki, którą, jeśli państwo pozwolą, w tej chwili omówię.

Na posiedzeniu Komisji Zdrowia przed drugim czytaniem w art. 18, dotyczącym zawodu lekarza, był inny zapis niż w art. 19 dotyczącym zawodu pielęgniarki. W art. 18 dotyczącym lekarzy szeroko otwarto drzwi na podpisywanie umów z przedsiębiorcą działalności leczniczej, bezpośrednio z nim, nawet bez konieczności posiadania gabinetu. W trakcie rozmów z Ministerstwem Zdrowia, a później w Komisji Zdro-

wia, proponowaliśmy, żeby zapis dotyczący pielęgniarki był jednak inny niż zapis dotyczący lekarzy, i spotkaliśmy się z zarzutem, że konstytucjonalista, do którego zwróciło się Ministerstwo Zdrowia, wypowiedział się inaczej, a mianowicie że zawód pielęgniarki i położnej jest taki sam jak zawód lekarza. Nie powiem więc, jak dziwi fakt, dlaczego, skoro on jest taki sam, my zarabiamy inaczej? Ale to odłożmy na bok.

Druga opinia, wystawiona na prośbę Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, to opinia autorytetu, pana Adama Bodnara, który pisze o tym zupełnie inaczej. Również wyrok Trybunału Konstytucyjnego mówi nie o tym, o czym dzisiaj jest mowa w ustawie o działalności leczniczej, tylko o tym, czy w ogóle wolno pielęgniarce prowadzić w szpitalu niepublicznym i publicznym działalność gospodarczą.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Pani Przewodnicząca, ja bym prosił o sprecyzowanie poprawki, bo pani...)

Bardzo proszę, właściwie już dobiegam końca i przekazuję...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Do którego konkretnie artykułu się ta poprawka odnosi?)

Już przekazuję głos mojemu mecenasowi, który, jeśli pan przewodniczący pozwoli, dokładnie omówi tę poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

Radca Prawny w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Daniel Chamier-Gliszczyński:

Poprawka dotyczy art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. a, który miałby otrzymać brzmienie: jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania.

Następnie w art. 19 proponujemy usunięcie ust. 4 i ust. 6, a art. 33 proponujemy nadać brzmienie: W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez lekarza jako indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy.

(Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Dziękujemy.)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Proponowałbym teraz ze względów proceduralnych pięć minut przerwy.

(Przerwa w obradach)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Wznawiamy obrady.

Proszę o zajęcie miejsc.

Bardzo proszę, przechodzimy do dalszej serii pytań.

Kto z państwa chce zadać pytanie?

Bardzo proszę. Proszę się przedstawiać do protokołu.

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Buczkowska:**

Elżbieta Buczkowska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Wysoka Izbo! Nie ukrywamy, że chciałybyśmy wskazać na art. 49 i art. 50. Głównym przedmiotem naszych dociekań były normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Obecnie w wypadku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obowiązuje akt wykonawczy, który mówi o minimalnych normach zatrudnienia. W nowej ustawie w art. 50 wskazują państwo tylko to, że normy te dotyczą samodzielnych publicznych podmiotów leczniczych i w części jest przepisana ustawa. Naszym zdaniem należałoby jednak rozważyć, czy podmiot leczniczy, który jest określony w art. 4 ustawy, a więc nie tylko samodzielne publiczne podmioty lecznicze, ale wszystkie, które korzystają ze środków publicznych, powinny stosować normy zagwarantowania opieki pielęgniarskiej według kryteriów określonych przez kierownika tego podmiotu, oczywiście po zasięgnięciu odpowiedniej opinii. I tutaj wnosimy o zmianę zapisu art. 50, tak aby minister zdrowia określił w drodze rozporządzenia sposób ustalania norm obsady pielęgniarek w celu zagwarantowania opieki zdrowotnej zapewniającej właściwą jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych, ale aby ta norma dotyczyła wszystkich podmiotów, które korzystają ze środków publicznych. Również art. 49, już tu przywołany przez jednego z senatorów, dotyczy postępowania konkursowego. Nie wiadomo tylko, dlaczego postępowanie konkursowe ma dotyczyć samodzielnych podmiotów publicznych, a nie wszystkich podmiotów, które mają kierownika, zastępcę, ordynatorów, naczelną pielęgniarkę czy pielęgniarkę oddziałową.

Mamy też wątpliwości, czy zapisy, które tak ograniczają możliwość zarządzania kadrą pielęgniarek, będą zgodne z innymi przepisami. Chociażby zgodnie z ustawą o prawach pacjenta czy ustawą o informatyzacji proces pielęgnowania pacjenta musi być poświadczony przez pielęgniarkę oddziałową, a więc osobę, która jest odpowiedzialna za kierowanie pracą zespołu pielęgniarskiego. Jako naczelna rada zabiegaliśmy o to. Trudno nam się do tego odnieść, bo przedstawialiśmy to podczas debaty, która była tu przywołana przez ministra zdrowia. Dlaczego również minister zdrowia, mimo że powołał zespół do spraw opracowania sposobów ustalania norm, próbuje to zawęzić? A przecież od ministra oczekuje się aktu wykonawczego, który nie byłby aktem tożsamym z tym, który dzisiaj jest ośmieszany czy nawet wyszydzany i ma Sigmę, i przerzucono w nim odpowiedzialność na same pielęgniarki, ale aby był tak uproszczony, by do tego dochodziły wszystkie podmioty czy osoby zarządzające, aby mogły planować tę obsadę również z myślą o polityce kadrowej w województwie oraz w całym kraju. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Teraz pani? Proszę bardzo.

**Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia
NSZZ „Solidarność” Maria Ochman:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący. Bardzo dziękujemy za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie komisji.

Maria Ochman, przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”.

Chciałabym podzielić się z Wysoką Komisją kilkoma refleksjami i kilkoma uwagami, które przekazywał nasz związek zarówno w opinii Prezydium Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, jak również w czasie prac komisji. Dzisiaj chcielibyśmy przekazać pokrótce, bo wiemy, że czas państwa jest bardzo cenny, główne uwagi.

Często pada pytanie: czy „Solidarność” się zgadza, czy popiera upominanie się związku pielęgniarek o pracę na etatach? Otóż chcę powiedzieć, że ten problem jest sprawą wtórną wynikającą z tej ustawy. Myślę, że nie byłoby takiego niepokoju czy takich wątpliwości i takiego protestu, gdyby nie nadmierna ekonomizacja, która jest zapisana w tej ustawie. W tej ustawie – z całym szacunkiem, Panie Przewodniczący, Panowie Senatorowie – zysk jest postawiony ponad misję. Postawiono na zysk za wszelką cenę, ponad bezpieczeństwo pacjenta, ponad bezpieczeństwo pracownika. I wydaje mi się, że od tego trzeba zacząć, że w tej ustawie jest ingerencja w podstawowe, fundamentalne prawa samorządu terytorialnego, nie pozostawiono w niej możliwości podejmowania decyzji przez samorząd terytorialny, również wobec pracowników, których zatrudnia.

Bardzo dziękuję panu senatorowi za pytania, które dotyczyły możliwości łączenia podmiotów czy przyjmowania podmiotów. „Solidarność” wielokrotnie zwracała uwagę na to, żeby przy okazji tych zmian, które są zawarte w tej ustawie, nie wylać dziecka z kąpielą. Stawialiśmy wręcz pytanie o nierówność zapisanych w tej ustawie podmiotów i, Szanowny Panie Przewodniczący, Panowie Senatorowie, usłyszeliśmy odpowiedź od obecnego tutaj ministra, że ta nierówność jest specjalnie zapisana w tej ustawie, bo chodzi o wyeliminowanie z rynku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jeśli tak, to wbrew temu, co niektórzy chcieliby nam wmówić, nie mamy tu zapisanej dowolności tych przekształceń, tylko przymus ekonomiczny zawołany w bardzo delikatny sposób. Zwracam na to uwagę, ponieważ „Solidarność” nie wychodzi z takiego prostego założenia, że prywatyzacja czy komercjalizacja, jak to się próbuje nam mówić, wiąże się z tym, że pacjent będzie płacił za pobyt w szpitalu. Nie, to nie o to chodzi. My doskonale wiemy, na czym polega zagrożenie pogorszeniem dostępności. Polega ono na tym, że jeżeli wszystkie szpitale – abstrahując od tego, czy szpital kliniczny wysoko specjalistyczny może być spółką – będą robić tylko to, co im się będzie opłacało, co będzie zgodne z ich wynikiem finansowym, to gdzie pacjent będzie szukał tych oddziałów, które będą świadczyć procedury nieefektywne, które się nie opłacają? Dzisiaj bardzo fajnie i bardzo łatwo jest prowadzić spółkę, jeśli obok jest szpital wojewódzki albo jeszcze lepiej szpital kliniczny, który wykonuje zabiegi tak zwane ostre, przyjmuje pacjentów z urazami, często wielonarządowymi. Jest to bardzo efektywne, niejednokrot-

nie również efektowne, o czym możemy się przekonać z częstych wizyt chociażby minister zdrowia odwiedzającej te szpitale, podczas których pokazuje się, jak tam pięknie i dobrze. Tylko tam są planowi pacjenci, których przyjmujemy zgodnie z harmonogramem. Co będzie – i tu pytanie do panów senatorów, do państwa – jeżeli wszystkie te szpitale, wcześniej czy później, z powodu przymusu ekonomicznego będą musiały być przekształcone i wszystkie będą chciały robić tylko to, co będzie doskonale wyceńnione? Chciałabym zapytać, jaki nadzór będzie miało państwo nad podmiotami niepublicznymi? Co więcej, chciałabym zapytać, w jaki sposób będzie można...

(Rozmowy na sali)

Ja zadam już ostatnie pytanie, Panie Przewodniczący, jeśli można, ale chciałabym, żebym była dobrze słyszana, i gdyby pan minister, i pan dyrektor nie przeszkadzali, byłabym zobowiązana. Prosiłabym, żeby państwo umożliwili mi swobodną wypowiedź.

Dziękuję.

Chciałabym zapytać, jak państwo sobie wyobrażają – a wiem, że wielu panów jest dyrektorami świetnie działającymi w ochronie zdrowia – zarządzanie placówką, w której będzie zatrudnionych kilka tysięcy podmiotów prowadzących własną działalność gospodarczą? Bo jeżeli będziemy mieli na kontraktach lekarzy, pielęgniarki, techników rentgena, salowe, laboratoria, aptekę – bo nawet w tej chwili dochodzimy już do tego – czyli będziemy mieli same podmioty zewnętrzne działające w tym miejscu, to nie będzie szpital. Rozumiem teraz, dlaczego projektodawcy tak się wystrzegali tego, żeby słowo „szpital” nie padło w tej ustawie! Polecałabym zwrócić uwagę – jeszcze raz o tym mówię – na ten dział, który mówi o zasadach funkcjonowania podmiotów leczniczych. Nie ma tam rzeczywiście ani jednego artykułu, ani jednego zdania o trosce o zdrowie pacjenta, o tę osobę, która się znajduje w szpitalu. Zaczynamy troszczyć się o zwłoki. Jeśli tak jest, to moje pytanie, Panowie Senatorowie, Wysoka Komisjo, brzmi: czy ustawa ta powinna nosić tytuł „o działalności leczniczej” i w jaki sposób oraz kto weźmie odpowiedzialność za skutki wejścia w życie tej ustawy zarówno dla pracowników, jak i dla pacjentów? Bardzo dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana ministra o ustosunkowanie się do wypowiedzi.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący.

Rozumiem, że do wszystkich wypowiedzi...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Tak, proszę.)

...przedstawicieli strony społecznej oraz samorządu pielęgniarek i położnych. Tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Jeszcze będą pytania.)

Znowu zacznę od końca, a więc od wypowiedzi pani przewodniczącej Ochman. Trzeba by tu było powiedzieć o kilku rzeczach. Prosiłbym, żeby, jeśli wkłada mi się w usta jakieś słowa, cytować je dokładnie, skoro już istnieje taka konieczność. Od samego początku mówiłem tylko i wyłącznie tyle, że naszym zdaniem – i to była pod-

stawa do tego, żeby projektować takie, a nie inne przepisy ustawy o działalności leczniczej – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest przykładem najlepszej formy działania, zarówno z punktu widzenia odpowiedzialności, jak i nadzoru.

I tutaj odniosę się do nadzoru państwa, o który pytała pani przewodniczący. Pani Przewodnicząca, od 1999 r. nadzoru państwa, także nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, nie ma z tego względu, że tenże nadzór został wyprowadzony do organów założycielskich, którymi w 1999 r. stały się jednostki samorządu terytorialnego, które, jak pani doskonale wie, cieszą się dość szeroką autonomią, także jeśli chodzi o prowadzoną działalność i możliwość ingerowania w tę działalność. W związku z tym tutaj akurat na pytanie pani przewodniczącej odnośnie do tego, w jaki sposób ma wyglądać nadzór państwa i w jaki sposób ma wyglądać odpowiedzialność, odpowiem, że nic się nie zmienia z jednego prostego względu: my jako państwo nadal będziemy płatnikiem świadczeń opieki zdrowotnej z publicznych pieniędzy i jako płatnik świadczeń dysponujemy określonymi instrumentami kontroli i nadzoru nad wykonawcami tychże świadczeń. Założenie, że jedynie podmiot samodzielny publiczny, dlatego że się nazywa „samodzielny publiczny” i może być dobrym dostawcą świadczeń medycznych, może być podmiotem, w którym będzie się z zasady lepiej leczyło ludzi niż w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej tylko i wyłącznie dlatego, że niepubliczny zakład opieki zdrowotnej nazywa się „niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej”, jest z samego sposobu podejścia mylne. Bo nie zawsze, Pani Przewodnicząca, jest tak, że koniecznie trzeba być właścicielem wszystkiego, bo tylko wtedy można oddziaływać. Wręcz przeciwnie, bardzo często jest tak, że lepiej oddziałuje i sprawuje się lepszy nadzór niekoniecznie wtedy, kiedy pomiędzy jedną a drugą stroną, czyli nadzorowanym a nadzorcą, istnieją powiązania kapitałowe. W tym przypadku mamy do czynienia z klasyczną sytuacją tego typu, i to mamy z nią do czynienia, tak jak powiedziałem, od roku 1999. Tak więc projektowane przepisy zostały co do zasady skonstruowane w taki właśnie sposób. Jest tak dlatego, że, jak powiedziałem wcześniej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie ma zapisów, które same z siebie stanowiłyby, po pierwsze, o odpowiedzialności kierownika tejże jednostki, po drugie, stanowiłyby o odpowiedzialności organu nadzorczego tej jednostki i, po trzecie, o odpowiedzialności właściciela lub organu tworzącego. Stąd też uznaliśmy, że jesteśmy zainteresowani tym, żeby zmieniać system ochrony zdrowia, w tym także jego formę organizacyjno-prawną, w ramach której funkcjonują podmioty udzielające świadczeń medycznych. Stąd co do zasady zapisy – mówiłem o tym także na posiedzeniu tej komisji – zaproponowane w ustawie w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej bardzo niewiele zmieniają w stosunku do tego, co w dalszym ciągu obowiązuje na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Czy będziemy mieli do czynienia z ekonomizacją i wykonywaniem świadczeń tylko i wyłącznie pod kątem ekonomii? Absolutnie nie podzielam poglądu, o którym mówiła pani przewodnicząca. Oczywiście przypominam sobie pracę podkomisji i komisji sejmowych i dyskusję o tym, że nie ma tu żadnej misji, bo misję wyprzedził rachunek ekonomiczny. Jednak przypominam sobie także, że kiedy proponowaliśmy, aby tę misję wprowadzić, to podniósł się rwetes, bowiem okazało się, że nie wiadomo, czego ona ma dotyczyć i o czym ma świadczyć. Prosiłbym również o to, żeby nie używać argumentu – a używa się go bardzo często i bardzo często używa się go mylnie – mówiącego o tym, że nadrzędnym celem spółki kodeksowej w myśl przepisów kodeksu

spółek handlowych jest wypracowanie zysku. Nadrzędnym celem jest bowiem utrzymanie płynności finansowej, cele zaś, jakie są, mają przyświecać podmiotowi, wykonującemu taką czy inną działalność, mogą być co do zasady definiowane w statucie danej spółki. Dlatego też absolutnie nie podzielam obaw pani przewodniczącej dotyczących tego, co może się wydarzyć, tudzież tego, co się wydarzy.

Wiem, że dość powszechne u nas bywa wieszczenie Armagedonu przy każdej okazji, kiedy usiłuje się dokonać jakichkolwiek zmian. Przypomnę tu chociażby rok 1999 i usamorządowienie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Przypomnę tu także rok 1991 i to, co się działo, kiedy tworzona była ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, kiedy jasno i wyraźnie zastrzegano, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie są wartością docelową, to nie jest to, do czego zmierzamy, tylko są one formą przejściową pomiędzy systemem budżetowym, centralnie zarządzanym, a systemem, w którym tak czy inaczej musimy się znaleźć – czy tego chcemy, czy nie chcemy – czyli systemem gospodarki rynkowej. Proszę zauważyć, dzisiaj ponad 90% podmiotów, udzielających świadczeń w systemie całodobowym, a więc szpitali, wypracowuje zysk z działalności operacyjnej. To pokazuje, że można. My chcemy pokazać, że byłoby dobrze, żebyśmy od tej formy, w której funkcjonuje dzisiaj większość szpitali, zaczęli powoli odchodzić. Czasy siemaszkowskie na szczęście już się skończyły.

Odniosę się do tego, o czym mówiła pani prezes Buczkowska, do norm zatrudnienia. W naszym przekonaniu zapisy dotyczące ustalania norm zatrudnienia czy ich wypracowywania powinny się znaleźć, ale gdzie indziej. To znaczy co do zasady powinny one zostać umieszczone nie w ustawie o działalności leczniczej, tylko w rozwiązaniach proponowanych na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przeciwnym razie narazilibyśmy się na ryzyko zbyt mocnego ingerowania w funkcjonowanie podmiotów, które w żaden sposób nie korzystają z finansowania publicznego.

Jeśli chodzi o to, o czym mówiła pani prezes, to przecież sama pani wie najlepiej, że prace nad normami zatrudnienia nie są łatwe, nie jest to rzecz, którą można zrealizować w pełni w krótkim czasie. Niemniej jednak, tak jak powiedziałem, w moim przekonaniu wszystkie prace nad ustalaniem normy zatrudnienia powinny w tym momencie odnosić się do wymagań dotyczących personelu ustalonych na podstawie rozporządzeń koszykowych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W odniesieniu do tego, o czym mówiła pani przewodnicząca Gardias, powiem, że mieliśmy już okazję przedyskutować te argumenty. Tę samą dyskusję mieliśmy już okazję prowadzić na różnych forach, węższych i szerszych, i to po wielokroć. I chociaż faktycznie ten głos o tym, co przysługuje pracownikowi wykonującemu zawód lekarza, a co powinno przysługiwać wykonującemu zawód pielęgniarki czy położnej, w dotychczasowej dyskusji wybrzmiewał dość mocno, to jednak mamy tu do czynienia, w moim przekonaniu, z zasadniczo różną argumentacją. Tutaj zdecydowanie ciężar gatunkowy jest większy, mianowicie rozwiązania, które były zaproponowane w 2005 r. na gruncie nowelizacji ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, zakazują wykonywania zadań praktyki pielęgniarskiej w zakładach opieki zdrowotnej. I chodzi tutaj o zakłady opieki zdrowotnej – a więc wszystkie podmioty, które mają charakter czy to SP ZOZ, czy NZOZ – funkcjonujące na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Mamy też wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który odnosi się tylko i wyłącznie do jednego zjawiska, i to niezależnie od tego, czy jego skala będzie duża, czy niewielka – przypomnę, że wtedy na tak zwanych kontraktach zawód wykonywało mniej pielęgniarek i położnych niż dzisiaj – mianowicie wyrok mówi o tym, że nie ma takiej możliwości, żeby utrzymać przepisy, które zostały zaprojektowane w roku 2005. Przytoczę wyciąg z uzasadnienia wyroku: „Po wejściu w życie zaskarżonej ustawy pielęgniarki mogłyby prowadzić działalność gospodarczą i zawierać kontrakty, pod warunkiem jednak, żeby praktyka nie byłaby prowadzona w ZOZ. Tym samym dostęp do rynku świadczeń zdrowotnych, jedyne, na jakim mogą się one z racji zdobytych kwalifikacji poruszać, zostałby pielęgniarkom i położnym wysoce utrudniony, a wręcz zamknięty. Wprowadzone ograniczenie czyni swobodę działalności gospodarczej pielęgniarek «kontraktowych» iluzoryczną, bo niemożliwą do realizacji w miejscu udzielania większości świadczeń zdrowotnych. Wobec tego jedynym realnym wyjściem z sytuacji stałoby się dla nich zaprzestanie działalności gospodarczej i ponowne zatrudnienie na etacie”...

Nie będę zbyt głęboko wchodził w tę dyskusję, którą poza tym już przecież odbyliśmy. Powiem tylko, że Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, mimo że mówi o tym, że nie czuje się upoważniony do reprezentowania pielęgniarek, które nie korzystają z zatrudnienia pracowniczego, jednak chce ingerować w ich prawa, wskazując zarówno na czas ich pracy, jak i na możliwość stosowania wobec nich przymusu, wykorzystywania ich bądź dyskryminacji w takiej czy w innej formie, jeśli chodzi o wykonywanie przez nie zawodu pielęgniarki i położnej. Jeżeli związek przedstawia te argumenty, to ja – zgodnie z tym, o czym mówiliśmy jeszcze nie tak dawno, wtedy, kiedy na galerii Sejmu odbywał się protest – chcę powiedzieć, że uważam, że jeżeli są patologie, to należy je likwidować, ale my nie możemy dostosowywać prawa do tych patologii. Nie możemy zakazywać wszystkiego tylko i wyłącznie dlatego, że istnieją patologie, bo jeżeli one są, to spróbujemy je zaadresować. W innym razie będzie to świadczyć o tym, że w kwestii zatrudnienia pracowniczego nie ma absolutnie żadnych patologii – a o takiej sytuacji mówią przedstawiciele Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych – i że wszystko od początku do końca jest tak, jak być powinno. Myślę, że przy stanowieniu prawa przede wszystkim na tym powinniśmy się skupiać, a nie na tym, żeby za wszelką cenę wracać do systemu nakazowo-rozdzielczego. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

(Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Maria Ochman: Czy można?)

Pani Przewodnicząca, króciutko, bardzo proszę.

Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Maria Ochman:

Dosłownie jedno zdanie.

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Nie będę odnosiła się do wykładu pana ministra – to prawda, to pan, Panie Ministrze, i pana rząd będzie ponosił odpowiedzialność za te zmiany – chciałabym tylko odnieść się do jednej kwestii, o której być może pan nie pamięta, bo był pan po prostu zwyczajnie za młody. Mianowicie w 1999 r., kiedy przekształcano szpitale w SP ZOZ, to tę reformę przygotował między innymi Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”. Nie ma dzisiaj wśród nas przewodniczącego tej komisji Władysława Sidorowicza, mojego starszego kolegi, a myślę, że byłby on najlepszym świadkiem tego, że wtedy nie było protestów. Panie Ministrze, wtedy była wielka nadzieja. To była wielka nadzieja.

Chciałabym, rewanżując się panu, przypomnieć rok 2005 i protesty Platformy Obywatelskiej przeciwko przekształceniom szpitali w spółki użyteczności publicznej. Proszę odpowiedzieć na pytanie... Panie Ministrze, wtedy Platforma Obywatelska razem ze związkowcami protestowała przeciwko przekształceniom szpitali w spółki – czy może pan mi powiedzieć, dlaczego?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Czy pan minister chce odpowiedzieć? Nie.

Bardzo proszę, kto z państwa?

Bardzo proszę, po kolei.

Proszę przedstawiać się do protokołu.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Grzegorz Kucharewicz, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Trudno nam ustosunkować się do proponowanej zmiany dotyczącej aptek szpitalnych, jednak nawet z tych kuluarowych rozmów w czasie przerwy wynika, że wszelkie zmiany w tych zapisach mogą doprowadzić do nieodwracalnych skutków, jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu. Mam tu na myśli bezpieczeństwo pacjenta i zaopatrzenie go w leki.

Panie Przewodniczący, chciałbym, żeby ten temat rozwinęła moja koleżanka, która jest szefową Departamentu Farmacji Szpitalnej w Naczelnej Radzie Aptekarskiej. Jest ona też kierownikiem apteki szpitalnej, stąd najlepiej przekazałaby ideę tego zapisu. Jako prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej uważam, że w tym zapisie nie powinny mieć miejsca jakiegokolwiek zmiany.

Wnosimy o to, żeby panie i panowie senatorowie przemyśleli tę propozycję i jednak zrezygnowali z wszelkich zmian w tym zapisie. On został bowiem przedyskutowany podczas konferencji uzgodnieniowej i skonsultowany z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym.

Panie Przewodniczący, bardzo proszę o udzielenie głosu pani magister Pawłowskiej, która krótko rozwinęłaby ten temat.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę króciutko zabrać głos ten temat, bo my już dosyć szeroko omawialiśmy go wcześniej. Bardzo proszę przedstawić stanowisko Naczelnej Rady Aptekarskiej.

**Koordinator Departamentu Farmacji Szpitalnej
w Naczelnej Radzie Aptekarskiej Janina Pawłowska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Może pora, żebyśmy sobie wszyscy uzmysłowali, że w dzisiejszych czasach apteka szpitalna to nie jest miejsce między kuchnią, szwalnią czy pralnią, gdzie składa się tylko zamówienia publiczne i dystrybuje leki w koszyczkach na oddziały. Apteka szpitalna w dzisiejszych czasach, zresztą zgodnie z obowiązującą ustawą – Prawo farmaceutyczne, jest placówką ochrony zdrowia. Jest ona miejscem, w którym usługi farmaceutyczne świadczone są przez osoby wykonujące zawód medyczny. Pora uzmysłować sobie, że usług farmaceutycznych jest wiele, wspomnę jedynie o czymś tak istotnym jak współpraca z lekarzami, czyli pomoc świadczona po to właśnie, aby służyć rzetelną i obiektywną informacją o lekach, po to, żeby lekarze nie musieli czerpać swojej wiedzy jedynie od przedstawicieli firm farmaceutycznych, ich doradcami w kwestii doboru terapii są farmaceuci. Powiem tylko hasłowo: to jest pomoc w razie zakażeń szpitalnych, praca w komitetach szpitalnych, prowadzenie *receptarium* szpitalnego, wszystkich tych dokumentów, które zapewniają prawidłowy nadzór nad lekiem. Nie można lekarza zostawić samego z całym tym gąszczem zarejestrowanych leków i narażać go na popełnianie błędów w terapii, co wiąże się potem z wypłacaniem odszkodowań i z wieloma innymi rzeczami.

To farmaceuta jest tą osobą, która powinna stać obok lekarza, służyć mu wiedzą i pomocą. Farmaceuta nie jest od leczenia, on nie będzie leczył, farmaceuta jest po to, żeby pomóc lekarzowi dobrać najwłaściwszą terapię. To ma również znaczenie dla finansów jednostki, bo nie będziemy eksperymentować, zakładać, że a nuż za piątym podejściem antybiotykoterapia się powiedzie, bo może ona się powieść i za pierwszym razem, kiedy przewidzimy pewne sytuacje i wykorzystamy wiedzę farmaceutów dotyczącą łączenia leków, ich kinetyki, interakcji i różnych niepożądanych działań. Tę wiedzę można wykorzystać w bardzo mądry sposób i ukierunkować na bezpieczeństwo leczenia w szpitalu.

Nie można tworzyć tych zapisów w sposób uznaniowy. Proszę wyobrazić sobie, że jeżeli wprowadzimy tu zapis mówiący o uznaniowości, to – wiemy to wszyscy – apteki szpitalne zmieniają się w działy farmacji szpitalnej. Wiemy to. A działy farmacji szpitalnej mają, że tak powiem, pewne usługi wyłączone ze swojej działalności. Tak więc sami podcięlibyśmy gałąź, na której powinniśmy bezpiecznie siedzieć. Zapisy, które są, mówią, że apteka to nie jest miejsce, które musi zajmować hektary, zatrudniać nie wiadomo ile osób i że apteka musi wszystko robić. W zależności od tego, jaki jest profil działalności szpitala, apteka będzie zatrudniała tyle i tyle osób i będzie zajmowała taką powierzchnię, aby móc świadczyć daną usługę. Na przykład, jest mały szpital pięćdziesięciołóżkowy o profilu onkologicznym – gdzie będziecie państwo robić leki w dawkach dziennych dla pacjentów? Nie ma w tej chwili żadnych norm związanych z liczbą łóżek, z tym, czy jest to duży szpital czy mały – wszystko zależy od tego, jakie usługi dany szpital świadczy.

Bardzo państwa proszę, Panowie Senatorowie, o nieruszanie tych zapisów, uważam, że one są naprawdę bardzo mądrze sformułowane, bardzo przemyślane i przedyskutowane na wszystkie możliwe strony, w tym przez posłów. Naprawdę, one zabezpieczają pacjenta, personel szpitala, finanse szpitala, a także dają możliwość utworzenia takiego pionu farmaceutycznego, który będzie wykonywał usługę właściwą dla danego podmiotu leczniczego.

Proszę państwa, apteka szpitalna to nie jest kuchnia, którą można wyprowadzić na zewnątrz. Jak będzie wyglądał nadzór nad lekiem prowadzony przez osobę, której nie ma na miejscu? Ja całe życie pracowałam w szpitalu i u mnie farmaceuci są na oddziałach, oni są tam bardzo potrzebni, mają przy sobie telefony komórkowe, ponieważ są wzywani na oddział, żeby właśnie pomóc dobrać najwłaściwszy lek. Oni pracują też w komitetach szpitalnych. Wszyscy wiemy – świat to wie, Europa to wie – że tylko zespoły interdyscyplinarne w szpitalu są w stanie udźwignąć ciężar opieki zdrowotnej i właściwej terapii.

Leki to przecież największa część opieki zdrowotnej, a naszą pracą jest dopilnowanie, aby leki były właściwie stosowane, nie nadużywane i właściwie łączone. Przecież my przez pięć lat uczymy się tylko o lekach, o ich łączeniu, o niepożądanych działaniach, o interakcjach. To jest ta cała wiedza, której lekarz nie ma, bo nie może jej mieć – on nie może wiedzieć wszystkiego i za wszystko odpowiadać. Naprawdę trzeba pomóc lekarzom, szpitalom i ich dyrektorom. I my wszyscy też potrzebujemy tej pomocy, bo w którymś momencie możemy być pacjentami jakiegoś szpitala. Nie może być tu podziałów na duże, małe, lepsze, nie lepsze. To nie pralnia. Apteka ma być w środku, wewnątrz szpitala i ma świadczyć taką usługę, jaka jest właściwa, ma robić to w sposób absolutnie bezpieczny dla pacjenta, dla personelu, dla lekarza, dla dyrektora, dla finansów, dla wszystkich. Jest ona potrzebna, bo jest miejscem, w którym świadczy się usługę. Jeszcze raz państwu przypominam, tam się nie tylko kupuje i wkłada leki do koszyczków, choć niektórzy lansują taki pogląd do dzisiaj. Być może kiedyś tak było.

Farmacja szpitalna nigdy nie była w Polsce doceniana, może więc przyszła pora na to, żebyśmy tak jak wszyscy inni zaczęli wspierać się wiedzą farmaceutyczną, żeby również w Polsce farmaceuci mogli zająć się lekiem, a lekarze leczeniem. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję pani prezes za przedstawienie stanowiska. Chciałbym jednak zwrócić uwagę pani prezes na to, że ustawa nie likwiduje aptek w szpitalach – broń Boże! – ona daje tylko zarządzającemu pewną dowolność. Wszystko zależeć będzie tylko i wyłącznie od potrzeb i od mądrości zarządzającego, i na tym będziemy się opierać. Jeżeli bowiem idziemy w kierunku ułatwiania pracy, jeżeli dajemy ludziom pewną swobodę w działalności gospodarczej, to nie możemy wszystkiego poszufladkować, bo wtedy nie byłaby to swoboda gospodarcza, a tutaj chodzi o jeden z jej elementów. Tak więc absolutnie ustawowo nikt nie likwiduje aptek szpitalnych.

Bardzo proszę.

Przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Urszula Michalska:

Urszula Michalska, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, federacja ochrony zdrowia.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Panie Ministrze!

Chciałabym zwrócić uwagę na pewien element projektu ustawy o działalności leczniczej, którego dotychczas nikt nie poruszał, a który jest również istotny dla ogółu,

dla społeczeństwa. Otóż w art. 157 ustawa dokonuje zmiany w ustawie o publicznej służbie krwi – podkreślam tu słowo: publicznej. Według nowych propozycji ta publiczna służba krwi będzie wyglądała tak, że regionalne centra krwiodawstwa będą albo spółkami kapitałowymi, albo SP ZOZ; Wojskowe Centrum będzie albo SP ZOZ, albo podmiotem prowadzonym w formie jednostki budżetowej, a Centrum MSWiA będzie albo SP ZOZ, albo spółką kapitałową. W każdym tym przypadku zwracam uwagę na wyraz „publiczne”, ponieważ doskonale wiemy, jak wygląda sytuacja w polskim krwiolecznictwie i krwiodawstwie, wiemy, że jest mnóstwo nierozwiązanych problemów, między innymi kwestia osocza, frakcjonowania itd. Wiemy dobrze, że wiele problemów wynika z obecnego funkcjonowania tych jednostek, dlatego myślę, że kwestia ustawowego regulowania możliwości funkcjonowania regionalnych centrów krwiodawstwa jako spółek raczej nie doda powagi tej działalności. Tak jak mówię, problemów jest dużo.

Jeszcze jedno, Panie Przewodniczący, króciutko, żeby się nie rozdrabniać. Choć bardzo szczegółowe stanowisko obydwu moich central zostało skierowane podczas prac sejmowych, jeszcze zanim projekt został złożony w Sejmie, chciałabym zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz, mianowicie na to, że omawiana ustawa marginalizuje jednak publiczny system opieki zdrowotnej. Jest tak, ponieważ – tak jak było to już wielokrotnie podkreślane – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej będą formą wygaszaną, w pewnym momencie w niedługim czasie – czego nikt nie ukrywa – przewiduje się, że około 40% SP ZOZ będzie działać w formie spółek. I nie ma nic w zamian. Owszem, jest jednostka budżetowa, tylko że nie może ona zawrzeć kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dlatego zwracamy się do państwa senatorów z wielką i gorącą prośbą, aby uwzględnić propozycję pana senatora, chodzi bowiem o to, aby umożliwić dalsze funkcjonowanie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pod innym organem założycielskim. Prosimy o to, żeby była taka możliwość. Moim zdaniem, byłoby to wzmocnieniem państwa deklaracji co do fakultatywności przekształceń, bo i tak organ założycielski w tym momencie... Przecież nikt sam nie założy sobie pętli na szyję, nie będzie tak, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej raptem będzie chciał zmienić organ tworzący i każdy na to przystanie. Myślę, że nie stałoby się nic złego, gdyby taki zapis w tej ustawie był. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa ma jeszcze jakieś pytania?

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chce złożyć wnioski natury legislacyjnej?

Już widzę... Proszę do mnie złożyć.

Składają: pan senator Krajczy, pan senator Muchacki, pan senator Pawłowicz i...

(*Głos z sali:* To znaczy, że trzeba je złożyć?)

Niekoniecznie, można zgłosić ustnie, Panie Senatorze.

Tak więc pytam: kto ma jeszcze wnioski natury legislacyjnej i chciałby je zgłosić?

Bardzo proszę, pan minister.

Aha, pierwszy, przepraszam...

(*Głos z sali:* Zgłaszam wniosek.)

Ale pan minister prosił o głos.

(Głos z sali: Zawsze minister jest pierwszy.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

(Senator Stanisław Karczewski: Ja wiem, co pan minister chce powiedzieć.)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Ale ja będę długo mówił, Panie Przewodniczący.

(Głos z sali: Nie...)

(Głos z sali: Dobrze, dobrze.)

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Chciałbym do ustawy o działalności leczniczej zaproponować kilkanaście zmian w znakomitej większości o charakterze doprecyzowującym przepisy zgodnie z intencjami autorów. Tyle tylko, że nie wiem, w jakim trybie powinienem o nich mówić. Czy mam omówić je wszystkie, a, jak powiedziałem, jest ich kilkanaście, czy po prostu...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Ministrze, proszę omawiać je po kolei. Te, które uznamy za stosowne, będziemy podtrzymywać i przejmować.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

W porządku, w takim razie zacznę od samego początku. W art. 4 ust. 3 jest propozycja dodania pktu 5. Pkt 5 otrzymałby brzmienie: „przepisy art. 117 ust. 1 pkt 2, ust. 3 i 4, art. 118, art. 119 oraz art. 121 – w zakresie dotyczącym kontroli pod względem medycznym”. Art. 4 ust. 1 pkt 4 odnosi się do instytutów badawczych i stanowi, że są one podmiotami leczniczymi w takim zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. W związku z tym zasadne jest, żeby przepisy dotyczące kontroli zastosować do nich w dokładnie w taki sam sposób i w takim samym zakresie, co stanowi treść tej zmiany.

Może dostarczę ją panu przewodniczącemu na piśmie?

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Bardzo proszę, będzie nam łatwiej.)

Kolejna propozycja, do art. 6, polega na zmianie pktu 1 i 2 ust. 3 tegoż artykułu, a więc na dodaniu w pkcie 1 wyrazów „i prowadzonych”, a w pkcie 2 „–w przypadku upadłości spółki, o której mowa w pkt 1”. Są to poprawki doprecyzowujące. Ponieważ w ust. 1 i 2 mówi się o spółkach utworzonych i prowadzonych, w związku z tym w ust. 3 pkcie 1 także należało dodać wyrazy „i prowadzonych”. I ponieważ art. 427 ust. 1 zdanie drugie dotyczy upadłości banków, należy doprecyzować, że w ust. 3 pkcie 2 chodzi o upadłość spółki określonej w pkcie 1, tak więc ta zmiana także ma charakter techniczny.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.

Panie Ministrze, jest wniosek Biura Legislacyjnego, żeby te poprawki, ponieważ jest ich dużo, od razu przegłosować.

Jeżeli nie usłyszę głosów sprzeciwu, to będziemy...

(*Senator Stanisław Karczewski*: Ja bym jednak chciał...)

Tak? Bardzo proszę.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Może wytłumaczę, dlaczego. Dobrze?)

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Myślę, Panie Przewodniczący, że chyba byłoby lepiej, żebyśmy zapoznali się ze wszystkimi poprawkami, ze wszystkimi wnioskami legislacyjnymi i dopiero potem podjęli decyzję o głosowaniu. Mogą być różne wnioski, wniosek o przyjęcie bez poprawek czy wniosek o odrzucenie w całości. One mogą się pojawić i wtedy głosowanie nad poszczególnymi poprawkami... To znaczy myślę, że pan minister omówi swoje poprawki, my tego wysłuchamy, pan przewodniczący, jak rozumiem, je przejmie, a później będziemy nad nimi, może już bez szerszego i głębszego ich uzasadniania, głosowali.

Chciałbym, żebyśmy zachowali następujący sposób procedowania: żebyśmy jednak najpierw poznali wszystkie poprawki, a dopiero później nad nimi głosowali.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przychylam się do prośby pana przewodniczącego.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Dziękuję.)

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Kolejna propozycja dotyczy art. 9 i polega na nadaniu mu nowego brzmienia, a także, w konsekwencji, zmiany w ust. 1 i 2 art. 12. Jest to zmiana merytoryczna, prowadząca do połączenia dwóch dotychczas odrębnie występujących i funkcjonujących form opieki długoterminowej, a więc zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjnego-opiekuńczego, w jedną formę, w formę opiekuńczą. Wynika to stąd, że w praktyce dzisiaj bardzo trudno jest wyznaczyć kryteria, według których można rozróżnić obie formy prowadzenia opieki nad pacjentem, a adresat tej normy jest ten sam. Mówiąc o adresacie, mam na myśli nie podmiot, który prowadzi działalność leczniczą, tylko pacjenta. Te świadczenia udzielane są świadczeniobiorcy, który w skali Barthel otrzymał czterdzieści punktów lub mniej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Kolejna zmiana, do art. 10, polega na uzupełnieniu pierwszego zdania, po wyrazach „specjalistycznej opieki zdrowotnej”, o wyrazy „oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej”. Zmiana ta prowadzi do tego, aby można było udzielać świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej także w trybie ambulatoryjnym.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję też tę poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Kolejna propozycja zmiany dotyczy art. 17. Mianowicie w ust. 1 w pkt 2 art. 17 skreśla się wyraz „medyczne” i nadaje się nowe brzmienie ust. 2, uzupełniając jego treść – po piątym przecinku, po wyrazie „oraz” – o wyraz „zakres”. Zmiana ta polega jeszcze na dodaniu ust. 3 w brzmieniu: „Informacje, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, są przekazywane przez podmioty lecznicze w sposób określony w przepisach o systemie informacji w ochronie zdrowia”. Konsekwencją tej poprawki jest zmiana art. 107 ust. 1 pktu 3, polegająca na zmianie przywołania, a więc odniesienia się do art. 17 ust. 1.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Te poprawki też przejmuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Kolejna zmiana dotyczy art. 22 i polega na nadaniu mu nowego brzmienia, czyli usunięciu kropki i dodaniu słów „oraz zakresu udzielonych świadczeń zdrowotnych”. Zmiana ta ma na celu doprecyzowanie zakresu wymagań dotyczących pomieszczeń i urządzeń należących do podmiotu, który wykonuje działalność leczniczą.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak jest.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Czy mogę?)

Bardzo proszę.

Biuro Legislacyjne.

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

To dotyczy art. 22?

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Tak.)

Art. 18, art. 19...

(Senator Stanisław Karczewski: Jeszcze raz?)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Senator Stanisław Karczewski: To są te pomieszczenia... Tak? To tu przesunięto.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Pani Mecenas, tam mamy tylko i wyłącznie zmianę w ust. 1. Ustęp ten kończy się słowami „wykonywanej działalności leczniczej”, a my skreślamy kropkę i dodajemy „oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.

Kolejna propozycja dotyczy art. 25, w którym zawarty jest opis umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów. Polega ona na nadaniu nowego brzmienia pktowi 2 w ust. 1: „z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej”. Ust. 2: „Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej”. I ust. 3: „Kierownik niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 100, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy o ubezpieczenie wystawione przez ubezpieczyciela”. Skreśla się ust. 5 i ust. 6, a ust. 7 otrzymuje brzmienie: „Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę rodzaje działalności leczniczej i rodzaje podmiotów wykonujących tę działalność”.

Ta zmiana wynika z wprowadzenia do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta rozwiązań dotyczących możliwości pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych – tak to zostało określone w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W związku z tym, że przewidziane w ustawie ubezpieczenie obowiązkowe jest ubezpieczeniem następstw zdarzeń medycznych określonych w tej ustawie, konieczna jest zmiana redakcji tego przepisu, w tym odstąpienie od używania sformułowania „na rzecz pacjentów”, ponieważ nie wskazuje ono na rodzaj umowy ubezpieczenia, lecz odnosi się do sposobu zawarcia umowy ubezpieczenia.

W przypadku przyjęcia tej zmiany będziemy mieli do czynienia z jej konsekwencjami, czyli ze zmianami w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – tymi wymienionymi w materiale – i ze zmianami przepisów przejściowych i końcowych.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak, te dwie poprawki.
Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Kolejna propozycja dotyczy art. 26 ust. 1, a więc przepisów dotyczących zamówienia na udzielanie świadczeń medycznych, i rozszerza katalog podmiotów, którym można udzielać przedmiotowego zlecenia. Uzupełniany jest ust. 1 art. 26 – po słowach „podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą” dodaje się słowa „lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zwanym”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Kolejna propozycja dotyczy art. 29 ust. 1 pktu 1, który otrzymuje brzmienie: „gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne”. Mówiąc jak najbardziej wprost, jest to uzupełnienie przesłanki do wypisania pacjenta ze szpitala.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Też ją przejmuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Kolejna zmiana dotyczy art. 34 ust. 1 i 2. Polega na nadaniu nowego brzmienia ust. 1: „Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może na okres nieprzekraczający 6 miesięcy zaprzestać działalności leczniczej: 1) całkowicie, 2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń”. Ust. 2: „Czasowe zaprzestanie działalności, o której mowa w ust. 1, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wymaga zgody wojewody”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak jest. Przejmuję poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.

Kolejna zmiana polega na nadaniu nowego brzmienia art. 36. Chodzi o to, żeby na poziomie ustawy, a nie rozporządzenia, deklarować, jaki zakres danych muszą za-

wierać znaki identyfikacyjne dla pacjentów oraz gwarancje, że dane osobowe pacjenta nie będą dostępne dla osób nieuprawnionych.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.

Kolejna propozycja dotyczy art. 50 ust. 3, któremu proponujemy nadać nowe brzmienie: „Minister właściwy do spraw wewnętrznych w odniesieniu do podmiotów leczniczych, których jest podmiotem tworzącym, a minister właściwy do spraw zdrowia w odniesieniu do pozostałych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, dokonuje corocznej oceny realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, w trybie określonym w art. 118.”.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ta poprawka doprecyzowuje obowiązek kontroli w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia; wskazuje, który z ministrów kontroluje jakie podmioty lecznicze, a także doprecyzowuje zakres tejże kontroli.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.

Zmiana w art. 89 polega na nadaniu nowego brzmienia ust. 1, 4 i 6. Ust. 1: „Podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 1 i 2 pkt 2, oraz jest obowiązany do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia”. Następnie zmieniany jest ust. 4: „Udostępnienie, o którym mowa w ust. 2 i 3, następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej między uczelnią medyczną a podmiotem wykonującym działalność leczniczą, zwanym dalej «udostępniającym»”. I ust. 6: „Oznaczenia «klinika» albo «klinikum» oraz «uniwersytecki» mogą używać wyłącznie udostępniający oraz jednostki organizacyjne udostępnione w trybie ust. 2 i 3”.

Zmiana w ust. 1 polega na zastąpieniu wyrażenia „prowadzenia kształcenia” wyrażeniem „realizacją zadań polegających na kształceniu”, a wynika to stąd, że kształcenie prowadzi uczelnia medyczna, a nie podmiot leczniczy. Zmiana w ust. 4 ma charakter redakcyjny. Zmiana w ust. 6 polega na dodaniu po wyrazie „jednostki” wyrazu „organizacyjne” i ma za zadanie ujednolicienie terminologii zawartej w całym projekcie. Konsekwencją tej zmiany będzie zmiana art. 90, mianowicie otrzyma on brzmienie „Uczelnia medyczna jest obowiązana do przekazywania udostępniającemu środków finansowych na realizację zadań dydaktycznych i badawczych”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję te poprawki.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.

Zmiana do art. 100 polega na rozszerzeniu zakresu danych, jakie powinien zawierać wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Mianowicie dodane zostały punkty dotyczące formy organizacyjno-prawnej, numeru wpisu do KRS albo ewidencji działalności gospodarczej, numeru REGON, NIP i – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą – danych podmiotu tworzącego. Ponadto skreśleniu ulega ust. 1a i przepis w tym brzmieniu został dodany jako nowy art. 102a. I dodajemy ust. 5 w brzmieniu: „Dokumentem potwierdzającym spełnienie warunków jest, wydawana w drodze decyzji administracyjnej, opinia właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej”. Jest to doprecyzowanie ust. 4 wynikające ze zmian wprowadzonych w art. 18 i 19.

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner*: Przepraszam, czy mogę o coś zapytać?)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Jeżeli dobrze zrozumiałam, to jest tu nowe brzmienie art. 100, konsekwencją czego jest dodanie art. 102a. Tak?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak jest, czyli art. 101 i 102.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

To jest art. 100, a później jest zmiana w art. 101...

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Zmiana w art. 100 wymaga po art. 102 dodania art. 102a w brzmieniu: „Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru, z zastrzeżeniem art. 103”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę. Dobrze.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Zmiana dotycząca art. 101 rozszerza zakres danych, jakie powinien zawierać wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Tak więc dodawanych jest pięć punktów, w tym NIP, adres do korespondencji, posiadane specjalizacje, numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej. Zmiana ma na celu synchronizację przepisów, ujednolicenie danych zawartych we wniosku o wpis z danymi znajdującymi się w rejestrze.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Kolejna zmiana dotyczy tego samego, bo art. 102 rozszerza w identyczny sposób zakres danych – o te, które powinien zawierać wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: To jest konsekwencja.)

Tak jest.

O zmianie polegającej na dodaniu art. 102a, już mówiłem.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Tak jest.)

W art. 105 w ust. 3 dodaje się pkt 14 w brzmieniu: „informacje o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34.”.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Bożena Langner:

Czy są to poprawki nierozzerwalnie związane ze sobą? Czy tu jest jakaś konsekwencja?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Które, Pani Mecenasz?)

Te, które pan minister wymienił.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Art. 105 ust. 3, to są...)

Czy one tematycznie się wiążą?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tamte są łączne, a ta jest oddzielna.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Tak.)

Tę poprawkę też przejmuję.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Czyli do tej pory pan senator przejął poprawki dotyczące art. 102 i 105.)

Tak.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Kolejna propozycja zmiany dotyczy art. 147...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: ...Pktu 12.)

...pktu 12. Mianowicie zmienia się art. 53 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, rozszerzając krąg podmiotów, krąg osób, które mogą być zatrudnione przez lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, lub grupową praktykę lekarską, lub grupową specjalistyczną praktykę lekarską, o osoby, które mogą odbywać staż podyplomowy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak jest. Przejmuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.

Zmiana w art. 162 polega na dodaniu nowego brzmienia pktowi 1, czyli w art. 17 ust. 1 i 2 otrzymują nowe brzmienie. Ust. 1: „Laboratorium jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej”. I ust. 2: „Laboratorium może być także komórką organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, instytutu badawczego albo uczelni medycznej”. Zmiana ma charakter porządkowy, dostosowuje przepisy ustawy o diagnostyce laboratoryjnej do rozwiązań przyjętych na gruncie ustawy o działalności leczniczej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak. Przejmuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.

W art. 171 pkt 4, art. 33a ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej przysługują świadczeniobiorcy na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”. W art. 33a ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie: „szczegółowy sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładach leczniczo-opiekuńczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych”.

Zmiana pierwsza dotyczy skierowania, o którym jest mowa w tym przepisie, i dotyczy wyłącznie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Poprawka druga mówi o tym, że ogólne zasady odpłatności określone są w ustawie, w rozporządzeniu zaś – szczegółowe.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję.
Art. 180 pkt 6...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przepraszam bardzo, pan doktor Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Ile można mieć pytań do tego...

Panie Ministrze, chciałbym się dowiedzieć, jaki jest zakres gwarantowanych świadczeń medycznych i jaki jest zakres niegwarantowanych świadczeń w zakresie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Jakie są świadczenia gwarantowane i niegwarantowane? Chcę się dowiedzieć, jakie one są. No przecież wiadomo, o co chodzi.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Senatorze, co do zasady...

Czy mogę? Bo nie wiem...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Proszę.)

...W tym momencie mamy do czynienia z taką sytuacją, że jeśli chodzi o opiekę długoterminową, to wszystkie świadczenia, które są w jej ramach zagwarantowane, znajdują się w rozporządzeniu.

Poprawka mówi o tym, że skierowanie lekarza PUZ, lekarza powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, odnosi się do świadczeń gwarantowanych, a nie do świadczeń niegwarantowanych. W żaden sposób nie zmieniamy zakresu tych świadczeń, czyli to, co jest dzisiaj, będzie i jutro. Tak?

Jeśli chodzi o wymienienie świadczeń gwarantowanych i niegwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej, to nie wiem, czy w tym momencie byłoby mnie na to stać, chyba musiałbym jednak poprosić o chwilę przerwy i sięgnąć do materiałów źródłowych.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Senator Stanisław Karczewski:

Ja obawiam się czegoś innego...

Czy można, Panie Przewodniczący?

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Proszę.)

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Obawiam się czegoś innego, Panie Ministrze. Mianowicie z tego, co pamiętam, to te świadczenia w tej chwili są gwarantowane...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, ale jest to zapowiedź wprowadzenia usług niegwarantowanych. Taka właśnie pierwsza myśl wiąże się z tą poprawką, bo w całej tej ustawie nie używa się wyrazów „gwarantowane” i „niegwarantowane”.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę mi powiedzieć, w którym momencie i w jakim miejscu te świadczenia gwarantowane i niegwarantowane są enumeratywnie wymieniane i rozdzielane.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Prawda?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Już odpowiadam, Panie Senatorze. Zmiana w art. 171, czyli ta, o której w mówiłem, dotyczy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. I odnosimy się tutaj tylko i wyłącznie do skierowania, zakres świadczeń jest niezmienny. Tak więc ustalenie tego, jakie świadczenia są gwarantowane a jakie nie, odbywa się na gruncie rozporządzenia koszykowego dotyczącego świadczeń w opiece długoterminowej. I jeśli chodzi o to, o czym mowa dalej, w pkt 3, czyli o szczegółowy sposób ustalania odpłatności, to proszę zwrócić uwagę, Panie Senatorze, na to, że zarówno w ZOZ, jak i w ZPO mamy odpłatność. Ta odpłatność, o ile się nie mylę, wynosi 70% emerytury bądź renty. I o tej odpłatności jest mowa w przypadku opieki długoterminowej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Wystarczy, Panie Senatorze?

(Senator Stanisław Karczewski: Tak.)

Dziękuję bardzo.

Poprawkę przejąłem.

Proszę o następną.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Przepraszam bardzo, o którym artykule była teraz mowa?)

O art. 171. Przechodzimy do art. 180.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Tu jest tylko i wyłącznie zmiana redakcyjna, zmiana wyrazów „formie elektronicznej” na wyrazy „postaci elektronicznej”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Ostatnia propozycja dotyczy nadania nowego brzmienia art. 204 ust. 2: „podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr program dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r., zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sani-

tarnej. Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej”. Program dostosowania, który jest sporządzany przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, powinien być zweryfikowany przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej i opinia w tej sprawie wydawana jest przez inspekcję sanitarną w drodze decyzji administracyjnej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Również tę poprawkę przejąłem.

Czy i teraz pan senator chce o coś spytać?

(*Senator Stanisław Karczewski*: Tak, chcę, zgłaszałem się, ale pani również się zgłasza... Ustępuję. Proszę bardzo.)

Bardzo proszę, Pani Legislator.

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

Ponieważ wydaje się, że jest jednak potrzeba wniesienia do pewnych fragmentów ustawy uregulowań porządkujących i uściślających, to, jeśli państwo byliby skłonni, bardzo chciałabym prosić...

(*Zastępca Przewodniczącego Michał Okła*: Proszę podejść bliżej do mikrofonu.)

...o to, aby komisja była skłonna przyjąć kilka, a może więcej niż kilka, uściśleń. Udało nam się tę potrzebę zauważyć, również częściowo we współpracy z Ministerstwem Zdrowia. I tak w art. 2 w ust. 1 w pkt 6 chodzi o uściślenie definicji podmiotu tworzącego; o to, aby był to podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jednostki budżetowej. To jest jedna poprawka.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Strona rządowa?

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puzoń:**

Popieram.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Za. Przejmuję tę poprawkę.

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

W art. 6 w ust. 7 należałoby w zdaniu pierwszym wyraz „medycznej” zastąpić wyrazem „medycznych”. Pozornie jest to zastąpienie liczby pojedynczej liczbą mnogą, ale ta liczba może rzutować na merytoryczną treść, a w tym momencie mamy możliwość, aby wyeliminować ewentualne wątpliwości.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Strona rządowa?
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Przejmuję poprawkę.

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

Następna poprawka dotyczy uregulowań, które mówią o wykonywaniu działalności leczniczej w formie indywidualnych praktyk, a chodzi tu jedynie o uściślenie terminologiczne. Mianowicie wkradła się tu pewna potoczność, po prostu pretekstem do tej poprawki było użyte dwukrotnie określenie o pozbawieniu możliwości wykonywania zawodu lub też zawieszenia prawa jego wykonywania „z uwagi na zastosowany środek”. Chodzi tu o środek karny lub też środek zapobiegawczy – na podstawie kodeksu karnego jest jeden, na podstawie kodeksu postępowania karnego drugi. Mówiąc krótko, chodzi o pozbawienie możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem, a nie „z uwagi na zastosowany środek”, bo to jest po prostu język publicystyki gazetowej. Tak więc powinna być tu mowa albo o środku karnym, czyli zakazie wykonywania zawodu, albo o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu jako o zastosowanym środku zapobiegawczym. To odnosiłoby się do lekarzy, do praktyki lekarskiej.

Jest tu też pewna analogia do praktyk pielęgniarstwa...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.

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

Dziękuję bardzo.

W art. 19 jest pewna analogia do praktyk pielęgniarstwa i położnej, które również nie mogą być pozbawione możliwości wykonywania zawodu „z uwagi na” orzeczenie, tylko prawomocnym orzeczeniem przez sąd środka karnego, jakim jest zakaz wykonywania zawodu, mogą też być zawieszone w prawie wykonywania zawodu. Zastosowany byłby tu środek zapobiegawczy. Przy czym, w moim przekonaniu – jest to art. 19 ust. 1 pkt 3 lit. c – wydaje mi się, że należałoby tutaj skreślić lit. b, która po prostu w tym momencie jest o tyle zbędna, że w lit. c zawiera się środek zapobiegawczy, polegający na zawieszeniu możliwości wykonywania zawodu lub wykonywania pewnych czynności. W związku z tym w art. 19 w ust. 1 w pkt 3 należałoby skreślić lit. b, a lit. c otrzymałaby brzmienie, które przed chwilą przytoczyłam. Po prostu chodzi tu o pewne uściślenie terminologiczne.

Zastępca przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

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

Jeszcze chciałabym wspomnieć o art. 18 ust. 3 pkt 3, w którym zamiast wyrazu „posiadać” powinien być wyraz „wskazać”. Tu jest pewna terminologiczna analogia do artykułu, który dotyczy lekarzy. W ten sposób uzyskalibyśmy jednolitość terminologii. Tu chodzi o adres.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Też przejmuję tę poprawkę. Tak jest.

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

Następna poprawka, do zdania drugiego w art. 36. Wydaje się, że warto w tym momencie dokonać w nim jednak pewnego uściślenia, tak żeby nie stwarzać wrażenia, że znaki identyfikacyjne, które obowiązkowo będą noszone przez osoby zatrudnione, będą dotyczyły tylko osób pozostających w stosunku pracy, a więc w stosunku do których stosuje się kodeks pracy. Choć tamta poprawka została przedstawiona przez pana ministra i przejęta przez pana senatora, jednak wydaje się, że warto byłoby wskazać – tylko na użytek tej ustawy – że za osoby zatrudnione uważa się również osoby pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital. W obecnym brzmieniu ten przepis odnosi się tylko do osób pozostających w stosunku pracy, a wydaje mi się, że chyba nie to było celem wprowadzenia tego zapisu.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puzoń:**

Dziękuję bardzo.

Otóż, Wysoka Komisjo, uważamy, że byłaby to niepotrzebna nadregulacja, mogąca nawet prowadzić do pewnych nieporozumień. Wystarczy popatrzeć na art. 22 kodeksu pracy – za zatrudnienie do tej pory uważane jest i pozostawanie w stosunku pracy, i inne przypadki, w tym umowy cywilnoprawne. Wydaje się nam, że jeżeli tutaj wprowadzimy takie doprecyzowanie, mogą pojawić się wątpliwości na gruncie innych przepisów prawnych. Dziękuję bardzo.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Czy można?)

Bardzo proszę.

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

To byłoby doprecyzowanie wyłącznie na użytek tej ustawy. Znam treść tego artykułu kodeksu pracy, który pan dyrektor przytoczył, i z przykrością muszę powiedzieć, że pańskie rozumienie tego artykułu nie wydaje mi się prawidłowe. On działa bowiem w drugą stronę – on chroni osoby, które nie pozostają w stosunku pracy, de facto mając umowę cywilnoprawną. Chodzi o to, że każdy sąd pracy stwierdzi, że jest to stosunek pracy, ale że działa to w drugą stronę. Moim zdaniem, nie można mówić o zatrudnieniu w powiązaniu z umową o pracę, stąd potrzebne jest takie uściślenie, które będzie dotyczyć wyłącznie tego przepisu i tej ustawy.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Jeżeli pani mecenas proponuje brzmienie doprecyzowujące, to my oczywiście nie będziemy się tutaj upierać.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

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

Następna poprawka dotyczy art. 47 ust. 1. To również jest wyłącznie uściślenie, wiążące się z terminologią dotyczącą stosunku pracy, a więc podstaw stosunku pracy, w jakich pozostaje podmiot, który będzie kierownikiem podmiotu leczniczego. Przepisy mówią, jak rozumiem, że on może być w stosunku pracy na podstawie powołania, umowy o pracę, ale również na podstawie umowy cywilnoprawnej. To jest takie uściślenie, które nie zmienia idei, a jednak akcentuje pewien porządek.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

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

Następna poprawka dotyczy art. 49 ust. 3. Ona również wiąże się z terminologią stosunku pracy, choć w tym przypadku chodzi o konkurs. I jeśli chodzi o podmiot, to – ja tak to rozumiem – można z nim zawrzeć stosunek pracy, ale tutaj chodzi właśnie o niezawarcie umowy cywilnoprawnej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Też przejmuję.

Są jeszcze jakieś uwagi?

Proszę bardzo.
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Przejąłem, tak, tak.

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

Następna poprawka jest tą, o której wspominał pan senator Muchacki, do art. 52 ust. 2. Chodzi tutaj o to, żeby po wyrazie „umowy” dodać wyrazy „które dotyczą odpłatnych”. Tak? Rozumiem, że to dotyczy odpłatnych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, stąd propozycja, żeby po wyrazie „umowa” były wyrazy „które dotyczą odpłatnych świadczeń zdrowotnych”.

(*Głos z sali:* Który to artykuł?)

Art. 52... Nie, przepraszam, to jest art. 55 ust. 2.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak, chodzi o art. 55, o te umowy, których nie ma w art. 1.

Za – tak?

Przejmuję poprawkę.

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

Następna poprawka dotyczy art. 124. Mianowicie w pkt 4 w zdaniu wstępnym wyraz „tired”, zastępuje się wyrazami „zdanie końcowe”. Ta zmiana wynika z zasad techniki legislacyjnej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję.

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

Poprawka do art. 127 zmienia, o ile dobrze pamiętam, ustawę o wychowaniu w trzeźwości. Tutaj też chodzi o zastosowanie zasad techniki prawodawczej, a pominięto to, że zakład publiczny w kilku przepisach po prostu występuje w liczbie mnogiej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:* Przepraszam, tu chodziło o ustawę o postępowaniu w sprawach nieletnich, o ten typowy środek...)

Wiemy, o co chodzi.

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

Teraz wydaje mi się, że poprawka do art. 138 pktu 13 nie jest konieczna, ponieważ proponowane brzmienie odpowiada temu, co istnieje już w stanie prawnym. To przeoczenie związane jest chyba z tym, że do tej ustawy były wprowadzane zmiany, a proces legislacyjny rozciągnął się w czasie. W każdym razie nie znajduję potrzeby wprowadzania zmian w pktcie 13, wydaje mi się, że ta poprawka jest po prostu zbędna.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Wykreślić, tak?

Tak jest, przejmujemy poprawkę.

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

Jeśli można, chciałbym zwrócić uwagę na kwestie, które odnoszą się do czterech artykułów, do art. 139, 140, 141 i 142. Artykuły dotyczą ustaw o stosunku Państwa do Kościoła: Ewangelicko-Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej, Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej, Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej oraz Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej. I została w nich powielona pewna nieścisłość terminologiczna, odnosząca się do pojęcia obecnie obowiązującego, obowiązującego już przeszło od pięciu lat. Chodzi o uczelnie publiczne, państwowe szkoły wyższe, a niekiedy nawet...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję też tę poprawkę – wiemy, o co chodzi.

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: To jest technika...*)

Tak, tak, tak.

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

Następna poprawka dotyczy art. 157, w którym zmieniany jest art. 28, i wprowadza właściwe odesłanie do ustawy o publicznej służbie krwi. Tu chodzi o art. 27 pkt 10, ponieważ w obecnym stanie prawnym pktu 12 już nie ma.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Zgadzamy się.

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

Teraz nie wiem, czy moja propozycja jest trafna – bo może nie jest – ale wydaje mi się, że w art. 166 w pktcie 1 wyrazy „na rachunek” zastąpiono... Wydaje mi się, że

pan minister o tym mówił. I jeśli rzeczywiście ta zmiana wynika z przepisów, o których pan wspomniał, w takim razie wycofam poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Nie przejmujemy.

Dalej.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Tak? Dobrze to rozumiem?)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

**Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Alina Budziszewska-Makulska:**

W obowiązującym stanie prawnym istotnie mówi się o świadczeniu zdrowotnym w ubezpieczeniu w osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa o ubezpieczeniach, jednak w toku uzgodnień międzyresortowych Ministerstwo Finansów zgłosiło uwagę, żeby zastąpić sformułowanie „na rzecz”, sformułowaniem „na rachunek”. Stąd też nie możemy się zgodzić na poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dobrze.

Proszę o następną.

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

Następna poprawka dotyczy art. 169, nowelizacji ustawy o VAT. Nowelizacja ta nastąpiła bardzo niedawno i dotyczyła tego, o czym mówił pan senator Muchacki...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy. Wiemy, o co chodzi.

(Głos z sali: Ale o co chodzi? Ja nie wiem.)

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

Pan senator wskazywał na zbędność ust. 12.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Ten art. 12 jest niepotrzebny.)

Powiem tak w bardzo dużym skrócie: uważał, że zostanie pominięta część indywidualna. Proponowana terminologia odpowiada tej, która została przyjęta w ustawie o działalności leczniczej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo, proszę.

Ekspert Organizacji Pracodawcy RP Robert Mołdak:

Robert Mołdak, Pracodawcy RP.

Chodzi mi o to, że ten tekst jest z czasu, kiedy jeszcze nie była zatwierdzona ustawa, to znaczy on jest w wersji senackiej. I to dotyczy w szczególności pktu 18a – mówię w tekście ustawy o VAT – który został uchwalony chyba bez słów „wynikające bezpośrednio z procesu leczenia”. Proszę mi przypomnieć, ale pkt 18a został uchwalony w innym brzmieniu niż to, które jest tutaj. Bo najpierw była poprawka senacka, która dodała te słowa, po czym ta poprawka została w Sejmie odrzucona, a ustawa została podpisana przez prezydenta. Czyli ona została odrzucona, a tutaj mamy powrót do zapisu proponowanego w poprawce senackiej.

Jest więc pytanie – mówię tu o procedowaniu nad ustawą o VAT – czy chcemy z powrotem wprowadzić tę poprawkę, czy też dostosowujemy się do tego, co zostało już raz uchwalone.

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

W tej chwili jest niezgodność pomiędzy stanem prawnym, który chce wprowadzać ustawa o działalności leczniczej, a tym w ustawie uchwalonej już po zakończeniu wszystkich etapów postępowania legislacyjnego. Nie było innego sposobu, po prostu nie można było inaczej z tego wybrnąć, tylko trzeba było odnieść się do tego, co było w postępowaniu legislacyjnym, które przed momentem się zakończyło. Ponieważ jednak zmienia się stan prawny i zależy nam na tym, żeby była w tej chwili zgodność, sygnalizuję, że trzeba będzie jeszcze zmienić ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, ale proszę dać nam na to chwilę czasu. Zaproponujemy to w porozumieniu z państwem z Ministerstwa Zdrowia. I tyle mogę na ten temat powiedzieć. Taka jest intencja...

Ekspert Organizacji Pracodawcy RP Robert Mołdak:

Nie zrozumieliśmy się, Pani Mecenase. Mi nie chodzi o zmianę słownictwa, mi chodzi o słowa w pkt 18a ustawy o VAT „wynikające bezpośrednio z procesu leczenia”. Zapis z tymi słowami nie został przyjęty, on został odrzucony przez Sejm, to była poprawka senacka. I przegłosowanie tego zapisu „wynikające bezpośrednio z procesu leczenia” powoduje, że ta poprawka senacka jest znów wprowadzana do pktu 18a. I chciałbym zapytać, czy intencją jest wprowadzenie jej z powrotem, czy też jest to jakieś przypadkowe działanie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

W przepisach, których dotyczy poprawka, o której mówi pani mecenas, nie ma powracania do jakichkolwiek zapisów z innych etapów legislacyjnych czy do zapisów

z innych ustaw, w tym także z ustawy o podatku od towarów i usług. Brzmienie, które jest tutaj zaproponowane, w pełni odpowiada temu, z czym obecnie mamy do czynienia w uchwalonej ustawie o podatku od towarów i usług.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Proszę.

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

Ja mogę tylko powiedzieć, że była jednak pewna trudność. Mianowicie niestety nie byliśmy w stanie przedstawić wszystkim z państwa do wglądu brzmienia tej poprawki na piśmie. O ile dobrze pana zrozumiałam, to w poprawce wspomniane wyrazy zostają odpowiednio zastąpione innymi wyrazami, w związku z tym nie wydaje mi się, żeby było tu zagrożenie, że będzie jakaś nieścisłość, a w szczególności tak niedopuszczalna jak...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję, Pani Legislator.
Proszę, następna poprawka.

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

W art. 171 w pkt 12, który dotyczy art. 185, jest niewielkie uściślenie, jednak wydaje się, że jest ono konieczne, ponieważ to podmiot tworzący jest definiowany w ustawie o działalności leczniczej, a art. 185 jest w innej ustawie. Tak więc jeśli odsyłamy do podmiotu tworzącego, to wskażmy, że chodzi o uregulowanie, które jest zawarte w ustawie o działalności leczniczej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak. Przejmuję tę poprawkę.

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

Chciałabym tylko zasygnalizować, że poprawki dotyczące prawa o szkolnictwie wyższym i ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym będą jeszcze – mam nadzieję, że po konsultacjach z panem ministrem – przedstawione podczas debaty.

I teraz uściślenie do art. 213 ust. 7. Ono po prostu dotyczy terminologii i ma na celu pewne uporządkowanie, a chodzi o ten siedmiocyfrowy numer księgi rejestrowej. Wydaje się, że po prostu tutaj jest redakcja bardziej przystająca do terminologii ustawowej.

Mogę przeczytać. Ust. 7 otrzymuje brzmienie: „W dotychczasowym siedmiocyfrowym numerze księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 4:”.

I to jest wszystko.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak jest poprawniej stylistyczne.

Przejmujemy.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Bożena Langner:

I poprawka do art. 216 pktu 2. Po prostu chodzi o tytuł ustawy, który trzeba dokładnie przytaczać, a obecnie tam, gdzie powinien być przecinek, mamy spójnik.

Mam jeszcze jedną ogromną prośbę do państwa – chciałabym to też przekazać panu senatorowi – wykonaliśmy bowiem pewną pracę, która dotyczy redakcji, terminologii, w sumie jednego pojęcia, ale przełożyło się to na dwadzieścia trzy poprawki. I chciałabym poddać to pod rozagę komisji i dodać, że chodzi w nich o terminologię.

Art. 8 formułuje rodzaje działalności leczniczej. Rodzajami działalności leczniczej, zgodnie z art. 8 – my go nie ruszamy, nie zmieniamy – są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Po prostu podczas pisania tej ustawy takie zapisy zostały przyjęte, jednak z punktu widzenia poprawności językowej, co tu dużo mówić, jest ono niegramatyczne. Tak więc wszędzie tam, gdzie pojawia się redakcja odwołująca się do tych przepisów, to... Może przeczytam. Tak, tylko w tej chwili nie mogę tego znaleźć... Aha, jest: „w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne”. Tutaj chodzi po prostu o kwestię gramatyki. Oczywiście, jeśli państwo nie podzielacie takiego zdania, to tylko zwrócę państwu uwagę na to, że wtedy to pozostanie w treści. Pozwoliłam sobie to sformułowanie poprawić wyłącznie w taki sposób, że byłyby to „świadczenia polegające na udzielaniu”. Absolutnie nie wprowadziłam tu niczego, co wykraczałoby poza materię art. 8, definiującego rodzaje tych świadczeń. Propozycje zmian przekazałam panu senatorowi, przypomnę tylko, że to dotyczy dwudziestu trzech miejsc w tej ustawie lub w innych ustawach. Dziękuję.

(Rozmowy na sali)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Przewodniczący, generalnie jestem w stanie zgodzić się z panią mecenas, jednak jeśli chodzi o gramatykę czy też estetykę sformułowań, udałooby się znaleźć określenia lepsze. Z punktu widzenia całej ustawy określenie rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie art. 8 i później konsekwentne już nieposługiwanie się tymi definicjami tak naprawdę czyni tę ustawę dużo bardziej czytelną.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Przejmuję ktoś tę poprawkę? Nie.

(*Senator Stanisław Karczewski: Można?*)

Proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja, tak na gorąco, przejmuję tę poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Czy pani legislator ma jeszcze jakieś uwagi?

Nie ma już więcej wniosków.

Kto z państwa chce jeszcze zabrać głos?

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Wysoka Komisjo! Szanowni Goście!

Panie Przewodniczący, chciałbym zgłosić wniosek o odrzucenie ustawy w całości. Chciałbym go krótko uzasadnić.

Mam poprawki, ale one być może są... To również wynika z charakteru naszej pracy, bo jednak przeskakiwaliśmy z jednego artykułu na drugi i trudno było mi się zorientować, czy moje poprawki nie współbrzmiały z innymi. W związku z tym moich poprawek, a przygotowałem ich kilkanaście, nie będę w tej chwili zgłaszał, bo chciałbym skonfrontować je z tymi, które już są. Zgłoszę je więc już podczas debaty w Senacie.

Dlaczego chciałbym, abyście państwo jednak przyjęli wniosek o odrzucenie tej ustawy w całości? Mianowicie zgadzam się z tymi wszystkimi głosami, które mówią, że ta ustawa zmierza do komercjalizacji, a wypowiedzi pana ministra i strony rządowej jeszcze bardziej przekonały mnie do twierdzenia, że jest to nie tylko kierunek do komercjalizacji opieki zdrowotnej, ale również kierunek do pełnej jej komercjalizacji. Nie jest to zaniechanie misji, bo wiadomo, że nasza misja, misja lekarzy, misja pielęgniarek, będzie zachowana, jednak punkt ciężkości z pewnością zostanie przesunięty w stronę finansowania, w stronę ekonomizacji służby zdrowia.

Najlepszym tego dowodem jest wypowiedź pana ministra, którą przytoczę, mam nadzieję, w sposób dokładny: dobre szpitale to te, które mają dobry wynik ekonomiczny; dobre szpitale to te, które są zarządzane przez dobrych dyrektorów i dobry samorząd. Ja natomiast uważam, że dobre szpitale to te, które dobrze leczą, one wcale nie muszą mieć dobrego wyniku ekonomicznego. Powiedziałbym nawet, że jeśli ktoś leczy drożej, to jest duże prawdopodobieństwo, że leczy lepiej. Mam doniesienie mówiące o tym, że w krajach OECD, jeśli chodzi o środki na leczenie na jednego mieszkańca, mamy trzeci wynik od końca, „wyprzedzają” nas tylko Turcja i Meksyk.

Chcecie państwo, żebyśmy dobrze leczyli, byli efektywni za takie pieniądze, jakie mamy, a takiego celu nikt nie osiągnie. Byłbym nawet skłonny zastanowić się nad tym, czy nie zagłosować za tą ustawą, jednak zrobiłbym to tylko wtedy, gdyby równo-

legle zwiększyło się finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce. A to nie następuje. To nie następuje, to się nie dzieje. Państwo – mówię tutaj o Platformie Obywatelskiej – prawie cztery lata temu w swojej dziesięciopunktowej deklaracji wyborczej napisaliście, że będziecie likwidować Narodowy Fundusz Zdrowia i przywracać bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej. Wszyscy zgadzamy się z tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie został zlikwidowany, a ja śmiem jeszcze twierdzić, że państwo również oddalacie się od realizacji tego drugiego założenia, czyli przywrócenia bezpłatnego dostępu do opieki zdrowotnej.

Ta ustawa prowadzi do komercjalizacji, ona prowadzi do tego, że wynik ekonomiczny będzie ważniejszy od wyniku leczniczego, od wyniku leczenia chorego. I z tym nie można się zgodzić. Oczywiście państwo w tej swojej filozofii, w tym swoim mentalnym postępowaniu... Pan minister odpowiadając mi na pytanie – ono dotyczyło tego, w którym momencie zdecydowaliście się państwo odstąpić od obligatoryjnego przekształcania zakładów opieki zdrowotnej w spółki – był uprzejmy powiedzieć, że przedłużenie tego procesu może być i korzystne. Ja powiedziałbym, że ono jest o tyle korzystne, że być może ktoś będzie mógł ten proces odwrócić, zatrzymać, zlikwidować. Jestem bowiem przekonany, że nasza działalność, działalność opieki zdrowotnej, działalność lekarzy i pielęgniarek, polega przede wszystkim na leczeniu, a nie na liczeniu pieniędzy, choć oczywiście wszyscy powinniśmy te pieniądze liczyć. I państwo również powinniście liczyć pieniądze i wiedzieć, że w Polsce na leczenie jednego obywatela wydaje się sześć-, siedmiokrotnie mniej niż w innych krajach. Proszę państwa, za takie pieniądze nie można leczyć, zachowując dobry wynik ekonomiczny, bo jeżeli będziemy mieli dobry wynik ekonomiczny, to będziemy mieli zły wynik leczniczy.

Proszę państwa, często zastanawiacie się państwo... mówię to do dziennikarzy, których nie ma. Dziennikarze zastanawiają się, dlaczego na kolei jest tak źle, dlaczego doszło do takiego olbrzymiego chaosu, a tam wprowadzono właśnie to, co państwo w tej chwili wprowadzacie w opiece zdrowotnej: spółki, spółki, spółki. Tych spółek jest tam taka masa, że one ze sobą nie współgrają. W tej chwili będą tam tylko takie spółki, którym będzie się to opłacało, które będą przynosiły zysk, czyli które będą miały dobry wynik ekonomiczny.

Pan minister powiedział, że tu są niewielkie zmiany. Tu są olbrzymie zmiany, Panie Ministrze, choć nie są to zmiany gilotynowe, które wprowadzacie państwo z dnia na dzień. Pan minister mówił, że to są niewielkie zmiany, że one nie będą odbijały się na procesie leczenia...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, to można wyczytać ze stenogramu. Tak pan mówił, ja sobie tutaj skrupulatnie wszystkie sformułowania użyte przez pana ministra notowałem, tak więc to jest zapisane.

Mówił pan minister o tym, że to są zmiany niewielkie, a to są zmiany bardzo duże, systemowe, to są zmiany, które zupełnie zmieniają filozofię opieki zdrowotnej, filozofię funkcjonowania szpitali – a szczególnie chodzi mi tu o szpitale. To jest zupełnie inna jakość, zupełnie inna rzeczywistość. I to jest, w moim odczuciu, bardzo zły kierunek, niekorzystny szczególnie dla pacjentów. Jeżeli bowiem mówicie państwo, że to jest dobre dla pacjenta, że to jest właśnie dla pacjenta, to ja w to nie wierzę. Nigdy w to nie uwierzę. Byłem również samorządowcem i pamiętam, że jak zmieniały się ekipy, to przychodził nowy starosta i mówił: my będziemy leczyć taniej i lepiej. Proszę państwa,

to jest nieprawda. Nikt na świecie nie może leczyć lepiej i taniej, a państwo to proponuje, mówicie: leczcie lepiej, ale za mniejsze pieniądze. To jest po prostu niemożliwe. Nie będę już przypominał o herbacie, która nigdy nie stanie się słodsza od mieszania, a państwo mieszacie bardzo intensywnie, intensywnie politycznie mieszacie. Herbata od mieszania nie będzie słodsza... a cukier jest, niestety, coraz droższy, dziś rano byłem w sklepie, i kupiłem cukier za 6 zł, proszę państwa. Tak więc to już jest rekord.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeśli pan przewodniczący tak żartuje, to powiem, że też słyszałem dowcip o tym, że są trzy niezdrowe rzeczy, trzy białe śmierci: cukier, sól i służba zdrowia. I może państwo to właśnie wprowadzacie.

Proszę państwa, odniosę się również do poprawek dotyczących pielęgniarek, dotyczących kontraktów. Choć jestem zawodowym senatorem, to w dalszym ciągu funkcjonuję w systemie opieki zdrowotnej, pracuję, współpracuję z pielęgniarkami i często też z nimi rozmawiam. Chciałbym, żebyście państwo i pan minister potraktowali ten głos jako głos praktyka, który spotyka się z pielęgniarkami, który na dyżurach słucha tego, co one mówią, tego, w jaki sposób postrzegają swoje funkcjonowanie i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Muszę panu ministrowi i państwu powiedzieć, że oczywiście podzielałam opinię pań pielęgniarek, związków zawodowych i Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczącą systemu zatrudnienia pielęgniarek. Ten problem dotyczy jednak szczególnie młodych pielęgniarek, bo to im, kiedy podejmują zatrudnienie, proponowane są fatalne warunki pracy. I te, które przychodzą do pracy jako singielki, zostaną nimi do końca życia, bo nie będą miały nawet czasu na ślub, nie będą też miały możliwości, aby urodzić dziecko, nie będą miały możliwości powiększenia swojej rodziny, bo po prostu nie będą miały na to czasu. I to są fakty, Panie Ministrze. Pan w tej chwili powątpiewa w to, o czym mówię, ale to jest bardzo prosty rachunek.

Państwo nie chcecie zgodzić się na propozycje pielęgniarek, chociażby te dotyczące pracy tylko w szpitalach. Prawda? Ja w tej chwili nie mówię o opiece ambulatoryjnej, bo tu można różne przepisy zastosować, można to różnie interpretować. Pielęgniarka, która długo pracuje na kontrakcie – mówiła o tym pani przewodnicząca – jest nieefektywna. I nie tylko ona jest nieefektywna, ale również zwiększa się prawdopodobieństwo tego, że ona pomyli się podczas pracy, czyli jest nie tylko nieefektywna, ale i groźna dla pacjenta. Chciałbym, żeby pan minister o tym wiedział. Ja jestem lekarzem i, niestety, mam różne doświadczenia, widziałem i groźnych lekarzy, i groźne pielęgniarki. A groźną pielęgniarką jest ta, która pracuje na kontrakcie, bo ona pracuje za długo i jej praca nie tylko jest nieefektywna, ale i stanowi duże zagrożenie dla pacjenta.

Panie Przewodniczący, poprawki zgłoszę podczas posiedzenia plenarnego, bo chciałbym jeszcze dokładnie przejrzeć te, które zostały już zgłoszone.

W tej chwili oficjalnie zgłaszam jedynie wniosek o odrzucenie ustawy w całości. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, nie mogę zgodzić się z wieloma tezami wypowiedzianymi tu przez pana, z wieloma pańskimi założeniami, ponieważ jednak tych pieniędzy na ochronę zdrowia przybywa. Jeżeli zmniejszaniem jest zmiana kwoty, na przestrzeni kilku lat, z 37 miliardów do 55 miliardów zł, to liczymy w drugą stronę.

Oczywiście, jest to całkowita zmiana ustrojowa, jeżeli chodzi o funkcjonowanie jednostek ochrony zdrowia, ona nie ma jednak na celu tego, żeby odbiło się to negatywnie na opiece nad pacjentem. To raczej jest zmiana systemu zarządzania jednostkami ochrony zdrowia, zwiększająca ich samodzielność, bo pozwalająca na pozyskiwanie środków z różnych innych źródeł w celu ułatwienia dostępności pacjentów do szpitali, jak również polepszenia opieki nad nimi.

Widzę tutaj oczywiście o wiele więcej zalet tych zmian, tej transformacji, niż zagrożeń i wad. Wiele lat czekałem na taką ustawę i uważam, że bardzo dobrze się stało, że wreszcie ona jest. Ona nikomu niczego nie nakazuje – to jest ustawa alternatywna, ustawa, która pozwala na przekształcenia, ale nie zmusza do nich. Ustawa ta pozwala zatrudniać personel na kontraktach, ale nie zmusza do tego.

Myślę, że czas najwyższy, aby organy założycielskie jednak bardziej się sprężyły i bardziej zwracały uwagę na to, kogo zatrudniają jako prowadzącego daną jednostkę. Mianowicie zwiększenie nadzoru nad osobami, które prowadzą jednostki takie jak przekształcone szpitale, na pewno nie będzie groziło tym, że pielęgniarki będą musiały pracować dwa razy więcej, a lekarze trzy razy więcej. Nie dzieje tak się w żadnym szpitalu, pielęgniarki pracują na tych kontraktach przeważnie tyle, ile chcą pracować. Kontrakty nie narzucają bowiem czasu pracy – każdy wie, jak są konstruowane kontrakty i na jakiej podstawie obliczane są stawki godzinowe. Tak więc przykładem tego są osoby, które już pracują na kontraktach i wołami by ich teraz nikt nie zaciągnął, żeby zatrudniły się na podstawie umowy o pracę. W związku z tym myślę, że ta swoboda, którą proponujemy, wychodzi daleko, daleko naprzód, a o to chyba nam wszystkim chodzi.

Dlatego gorąco namawiam kolegów do tego, aby jednak tę ustawę przyjąć, przegłosować i wprowadzić ją w życie. Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa ma jeszcze jakieś wnioski o charakterze legislacyjnym?

Ponieważ najdalej jest idący wniosek pana senatora przewodniczącego Karczewskiego, proponuję go przegłosować.

Kto z państwa jest za odrzuceniem ustawy w całości? (1)

Kto jest przeciw? (5)

Kto się wstrzymał? (0)

Wniosek upadł.

W związku z tym teraz przegłosujemy poprawki.

Pani Mecenase, czy poprawki, które pani przedstawiła, możemy przegłosować łącznie?

(*Głos z sali:* Te językowe.)

Te językowe.

(*Głos z sali:* No tak, to jest właściwie jedna materia.)

Czyli poprawki od pierwszej do dwudziestej trzeciej możemy przegłosować łącznie.

Czy jest głos sprzeciwu?

(*Rozmowy na sali*)

Czy jest głos przeciwny przegłosowaniu tych poprawek łącznie? Nie.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (6)

Dziękuję bardzo.

Głosujemy dalej nad poprawkami.

Poprawka senatora Muchackiego, Pawłowicza i moja, do art. 163. Art. 87 ust. 2 otrzymuje brzmienie: „Apteki szpitalne mogą być tworzone w szpitalach i innych

przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, o których mowa w ust. 1 pkt 2”. Skreśla się ust. 2b i 3, a ust. 4 otrzymuje brzmienie: „W szpitalach i innych przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, w których nie utworzono apteki szpitalnej, tworzy się dział farmacji szpitalnej, do którego należy wykonywanie zadań określonych w art. 86 ust. 2 pkt 1 i 4, ust. 3 pkt 5, 7, 9 i 10 oraz ust. 4, który pełni funkcję apteki szpitalnej”.

Kto z panów senatorów jest za przyjęciem...

(*Senator Stanisław Karczewski*: Mam pytanie. Nie dyskutowaliśmy nad tą poprawką... Można zadać pytanie, czy nie?)

Dyskutowaliśmy nad nią.

Bardzo proszę, w drodze wyjątku.

Senator Stanisław Karczewski:

Chciałbym zapytać wnioskodawców o to, czy w takim dziale – bo, jak rozumiem, nie będzie apteki, tylko będzie dział...

(*Zastępca Przewodniczącego Michał Okła*: Może nie być apteki i wtedy musi być dział.)

To rozumiem, Panie Przewodniczący. Pan kiedyś mówił o inteligencji senatorów, a więc chciałbym się w to wpisać i powiedzieć, że ja to rozumiem. Ja tylko chciałbym zapytać, czy w tym dziale będzie zatrudniony farmaceuta, czy nie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Będzie. O tym decyduje dyrektor szpitala.

Pan doktor Pawłowicz.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Panie Senatorze!

Intencją tej poprawki było, aby kierownik jednostki organizacyjnej – mówię w tej chwili ogólnie – udzielającej świadczeń medycznych miał prawo decydowania, czy ze względu na rodzaje udzielanych świadczeń niezbędne jest utworzenie apteki, czy wystarczające jest utworzenie działu. I jest oczywistą oczywistością, że podstawową grupą pracowników, czy to w aptece, czy to w dziale, będą farmaceuci, magistrowie farmacji i technicy farmacji.

Tak na marginesie, jak już jestem przy głosie, to chcę powiedzieć, że cała wypowiedź, którą usłyszeliśmy z lewej strony sali, dotyczyła farmaceuty klinicznego. Pragnę państwa zapewnić, że w wielu polskich szpitalach są utworzone stanowiska farmaceuty klinicznego, który nie podlega kierownikowi apteki, tylko bezpośrednio dyrektorowi szpitala. Taka bowiem jest jego rola, jaką państwo zresztą tutaj wyartykułowaliście. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę, przystępujemy do głosowania nad poprawką.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka została przyjęta.

Następna poprawka, senatora Krajczego. Dotyczy ona art. 5 pktu 2 lit. a, jednoosobowej działalności gospodarczej. Tu chodzi o wykreślenie pielęgniarek z katalogu świadczeń w ramach kontraktów, czyli pielęgniarki mają być zatrudniane tylko na podstawie umowy o pracę, a nie na kontraktach.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (1)

Kto jest przeciw? (5)

Nie było głosów wstrzymujących się.

Poprawka nie została przyjęta.

Przechodzimy teraz do całego bloku poprawek przejętych przez nas, a zgłoszonych przez Ministerstwo Zdrowia.

Poprawka pierwsza w zasadzie jest językowa: w art. 4 ust. 3, dodaje się pkt 5... pamiętacie państwo brzmienie tego przepisu.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Dziękuję bardzo.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka druga, do art. 6 ust. 3 pktu 1.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Dziękuję bardzo.

Poprawki trzecia i czwarta, do art. 9, a w konsekwencji zmieniany jest też art. 12.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (6)

Dziękuję.

Poprawka piąta, do art. 10.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

„Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu.”.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (6)

Kto przeciw? (0)

Dziękuję bardzo.

Poprawka przyjęta.

Poprawki szósta i siódma dotyczą art. 17, są to poprawki językowe. Ich konsekwencją tego jest zmiana w art. 107.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (6)

Dziękuję.

Poprawka ósma polega na zmianie brzmienia art. 22 ust. 1. To też jest poprawka uściślająca.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję.

Poprawki dziewiąta i dziesiąta, dotyczące art. 25 i art. 171.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek?

Dziękuję bardzo.

Poprawka jedenasta dotyczy art. 26. To też jest poprawka uściślająca.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (6)

Dziękuję bardzo.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwunasta, do art. 29, dotyczy rodzaju stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych, wypisywania ze szpitala.

Kto jest za? (6)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka trzynasta, do art. 34, dotyczy zawieszenia działalności leczniczej przez daną jednostkę i wyrejestrowania jej u wojewody.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję.

Poprawka przyjęta.

Poprawka czternasta, do art. 36, o znakach identyfikacyjnych.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję bardzo.

Poprawka piętnasta, do art. 50. To też jest poprawka uściślająca.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Teraz poprawki szesnasta i siedemnasta, do art. 89. Ich konsekwencją jest zmiana w art. 90. Chodzi o badania dydaktyczno-badawcze.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję bardzo.

Pan senator jest...?

(*Senator Stanisław Karczewski*: Ja się wstrzymam od głosu.)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymuje od głosu? (0)

Dziękuję.

Bardzo proszę, poprawka osiemnasta, do art. 100, wyliczająca podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję.

Poprawka dziewiętnasta, do art. 101, dotycząca prowadzonego rejestru i składania go do organu prowadzącego.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta, do art. 102, dotyczy działalności pielęgniarstwa, jest podobna do poprzedniej. Oczywiście chodzi o składanie danych do rejestru.

Kto z państwa jest za? (6)

Poprawka dwudziesta pierwsza, do art. 102, mówi o tym, że działalność leczniczą można uzyskać po uzyskaniu wpisu do rejestru... One były razem. Tak? Aha, miały być przegłosowane łącznie.

I teraz poprawka do art. 105, o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej.

Kto z państwa jest za? (6)

Poprawka do art. 147, w pkcie 12. Chodzi tu o grupową praktykę lekarską lub grupową specjalistyczną praktykę lekarską.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka do art. 162, uściślająca.

Kto z państwa jest za? (6)

Poprawka do art. 171 – świadczenia gwarantowane, opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjne.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję bardzo.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka do art. 180 – redakcyjna.

Kto za? (6)

Poprawka przyjęta.

I poprawka do art. 204 – również redakcyjna.

Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję.

Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy wraz z poprawkami...

(Rozmowy na sali)

Które? Już je przegłosowaliśmy.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Te dwadzieścia trzy poprawki już poszły.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Ja odczytałam z materiału roboczego.)

Aha. Możemy nad nimi również głosować łącznie?

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: One aż tak ściśle ze sobą się nie łączą.)

To proszę przedstawić te, które możemy przegłosować łącznie. One były omówione. Tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tylko te, które możemy przegłosować łącznie.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: To na pewno te do artykułów dotyczących kościołów, czyli do art. 139, 140, 141 i 142.)

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (6)

Dziękuję bardzo.

Proszę o następne.

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

Teraz właściwie każda poprawka jest uściślająca, porządkująca; albo uzupełniająca, albo dostosowująca do terminologię w systemie prawnym.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

W takim razie możemy je przegłosować łącznie.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena

Langner: Tak.)

Kto jest za przyjęciem pozostałych poprawek? (6)

Kto jest za przyjęciem ustawy wraz z przegłosowanymi poprawkami?

Kto jest przeciw?

Dziękuję bardzo.

(Głos z sali: Jeszcze raz.)

Było głosowanie.

Kto jest za przyjęciem ustawy wraz z poprawkami? (5)

Kto jest przeciw? (1)

Sprawozdawca?

Pan senator Muchacki, bardzo proszę.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie ma mniejszości. Jaka mniejszość? Stanowimy jedność, Panie Senatorze.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 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