



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(101)**

9. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 23 stycznia 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat planu działań resortu.
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (druk senacki nr 39, druki sejmowe nr 82, 116).
3. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (druk senacki nr 41, druki sejmowe nr 79, do druku 79, 111, do druku 111, 115, 115-A).

*(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 00)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ponieważ wniosek złożony przez senatorów opozycji adresowany do pani minister zawierał prośbę o jej osobiste uczestnictwo, to – choć jest z nami pan minister – sprawy związane z planami ministerstwa odłożymy na później, do czasu przybycia pani minister. Zaczniemy od rozpatrywania projektów ustaw. Czekamy jeszcze tylko na legislatora.

A tymczasem witam przybyłych na posiedzenie przedstawicieli ministerstwa, pana ministra Twardowskiego, panów dyrektorów, panią senator i panów senatorów.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Witamy pana ministra. Dzień dobry.

Jesteśmy już wszyscy, zatem otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam serdecznie przybyłych gości, panów wiceministrów, prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, przedstawicieli Naczelnej Izby Aptekarskiej i wszystkich zaproszonych gości – pleno titulo.

Już o tym mówiłem, ale ponieważ doszło trochę osób, to powtórzę, że pani minister się spóźni, wobec czego proponuję zmienić porządek obrad i najpierw rozpatrzeć projekty ustaw. A gdy pani minister przyjdzie, to oddamy jej głos.

Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, to uznam, że państwo senatorowie zaakceptowali zmianę porządku. Nie słyszę sprzeciwu.

Przystępujemy zatem do rozpatrywania projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Kto w imieniu rządu będzie referował tę ustawę? Pan minister.

Bardzo proszę, pan minister Twardowski.

*(Brak nagrania)*

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

Ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich ma przede wszystkim na celu implementację prawa unijnego i w tym celu została stworzona. Zanim ta ustawa do państwa dotarła, przeszła już przez kolejne etapy procedury, na których nie wzbudzała większych kontrowersji. Wszystkie możliwe do wprowadzenia poprawki zostały wprowadzone, przegłosowane przez Sejm i w związku z tym zwracamy się do senackiej Komisji Zdrowia o przyjęcie projektu tej ustawy.

*(Brak nagrania)*

---

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy jest to tylko implementacja? Czy może też przy okazji uzupełniono ustawę o zapisy dotyczące innych spraw?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie, nie. Pan minister rozpoczął od izb aptekarskich, no to z tym jedziemy. Omawiamy ustawę o izbach aptekarskich.

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

No, zgodnie z porządkiem posiedzenia – w punkcie drugim jest ustawa o izbach aptekarskich, tak?

*(Głos z sali: Tak.)*

Czyli jest to zgodne z porządkiem.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak. Bardzo proszę.

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

Są to uregulowania dotyczące przede wszystkim uznawania kwalifikacji zawodowych farmaceutów, jeżeli chodzi o uprawnienie do wykonywania tego zawodu w Polsce, i standardu kształcenia, czyli odbywania również praktyki zawodowej, a także przyznawania w Polsce prawa wykonywania zawodu farmaceuty. Wprowadzono również instytucję czasowego, okazjonalnego wykonywania czynności zawodowych farmaceuty na terytorium RP – to jest transpozycja przepisów dyrektywy 2005/36/WE.

Powinno to zostać implementowane do 20 października, ale z różnych przyczyn tak się nie stało, w związku z tym czynimy to teraz. Tak jak mówiłem, ale chciałbym to jeszcze podkreślić, w pracach nad tym brała również udział strona społeczna, zostało to przedyskutowane w szerokim gronie, niektóre zapisy zostały dookreślone. Ta ustawa nie wzbudzała szczególnych kontrowersji i w związku z tym wnosimy o jej przyjęcie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Chciałbym prosić panią mecenas o stanowisko Biura Legislacyjnego w tej sprawie.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji  
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Jest jedna drobna terminologiczna uwaga do art. 1 pkt 6. Chodzi o „tymczasowe i okazjonalne” a termin „czasowy”. Jeśli mogłabym, to poproszę o pewien komentarz do tego, bo to jest kolejna ustawa, która implementuje tę dyrektywę. Przed zakończeniem kadencji, jeszcze przed 20 października została przyjęta nowelizacja ustaw pielęgniarskich, tam też jest podobna sytuacja. Mnie chodzi o relację okazjonalnego i tymczasowego wykonywania zawodu do systemu ubezpieczeń społecznych, ponieważ w tej ustawie również nie ma do tego żadnego odniesienia. Terminologia tej ustawy odbiega od terminologii ustawy o systemie ubez-

pieczeń społecznych, nie odnosi się do niej w żaden sposób. To budzi moje zaniepokojenie z punktu widzenia systemowego. Chciałabym usłyszeć komentarz do tego, zwłaszcza że w następnej ustawie, o zawodzie lekarza, również proponuje się wykonywanie zawodu w tej formie. A więc jeśli by można, to proszę o odniesienie się do tego. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę panią dyrektor o udzielenie odpowiedzi.  
Proszę bardzo.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
w Ministerstwie Zdrowia**

**Katarzyna Chmielewska:**

Dzień dobry.

Katarzyna Chmielewska, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Pani Mecenas! Szanowni Państwo Senatorowie!

Faktycznie tak jest, pani mecenas ma absolutną rację, w ustawie podstawowej nie wyodrębniamy tego rodzaju działalności, działalności tymczasowej. Ale problem polega na tym, że tak naprawdę obowiązkiem tego ubezpieczenia w ustawie zasadniczej nie są wprost objęci ci cudzoziemcy, którzy przyjeżdżają do nas wykonywać zawód w sposób tymczasowy. Niestety, może zaistnieć taka sytuacja, że oni będą objęci obowiązkiem tego ubezpieczenia, kiedy zdecydują się podpisać jakąś umowę, np. cywilnoprawną typu zlecenie, mimo że to będzie tylko tymczasowe świadczenie usług.

My nie jesteśmy w stanie tego rozstrzygnąć. Dlatego też ani minister pracy, ani minister gospodarki, ani minister finansów nie zgłaszali nam postulatu, żeby w ustawie zasadniczej dokonywać wyłączenia. Ten artykuł ustawy, o którym mówimy, wprost implementuje artykuł dyrektywy, dlatego też tak to pozostawiliśmy i bylibyśmy bardzo wdzięczni za rozpatrzenie możliwości pozostawienia takiego zapisu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo za wyjaśnienie.

Jak rozumiem, przyjmujemy to wyjaśnienie? Tak, Pani Mecenas?

*(Główny Specjalista do spraw Legislacji w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Przyjmujemy.)*

Czy są pytania do pana ministra?

*(Senator Janina Fetlińska: Ja mam pytanie.)*

Bardzo proszę, pani senator Fetlińska.

**Senator Janina Fetlińska:**

Mam wątpliwości, czy chodzi o ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej?

*(Brak nagrania)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tu chodzi o ubezpieczenie społeczne.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**Senator Janina Fetlińska:**

To ja bym prosiła jednak o szerszą interpretację, bo ja to pytanie miałam jako sprawozdawca ustawy pielęgniarskiej i wątpliwości pozostały mi do dzisiaj. To dzisiejsze wyjaśnienie też mi nie daje pewności, że ja to dokładnie rozumiem. Prosiłabym o rozszerzenie tego wyjaśnienia.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Katarzyna Chmielewska:**

Pani Senator, w ustawie zasadniczej, o której powiedziała pani mecenas, w dwóch miejscach dotyka się tego problemu, o którym w tej chwili mówimy. Po raz pierwszy czyni się to w miejscu, gdzie definiuje się osoby, które podlegają ubezpieczeniu społecznemu – w tym artykule nie ma kategorii pracowników, którzy wykonują usługi w sposób tymczasowy. Zatem można by domniemywać, że w ogóle nie byłoby problemu, ponieważ oni w ogóle nie są objęci w ustawie zasadniczej obowiązkiem zgłaszania się do ubezpieczenia. Ale w naszym rozumieniu nie do końca tak jest. Może zaistnieć taka sytuacja, że lekarz czy farmaceuta, bo to dotyczy wszystkich grup objętych dyrektywami sektorowymi, może wykonywać te usługi na podstawie dodatkowej umowy cywilnoprawnej, którą będzie chciał zawrzeć. I my o tym nie będziemy wiedzieć, bo on nie musi nas o tym informować, nie musi też o tym informować okręgowej izby aptekarskiej. Tak naprawdę to jest jego sprawa, w jaki sposób on będzie w sposób tymczasowy realizował te świadczenia. I dlatego też, żeby być w zgodzie z dyrektywą i wprost implementować dyrektywę do naszych przepisów prawnych, zawarliśmy w tym artykule ustawy o zmianie ustawy o izbach aptekarskich przepis, który wyraźnie pokazuje, że on tym obowiązkiem objęty być nie musi, czyli nie musi składać zgłoszenia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dalej jest powiedziane, że on musi tylko podać informację w momencie, kiedy po raz pierwszy wjeżdża na terytorium Polski, a to nie jest zgłoszenie w rozumieniu przepisów ustawy zasadniczej.

**Senator Janina Fetlińska:**

Ale to oznacza, że obywatele Unii będą na specjalnych prawach. U nas każdy kto pracuje, musi płacić do ZUS składkę, nawet jeżeli jest na kontrakcie, to też płaci odpowiednią składkę. Czy to jest równoprawne traktowanie obywateli?

**Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Katarzyna Chmielewska:**

Pani Senator, ale oni objęci są tym obowiązkiem w swoim państwie członkowskim. To jest ta zasada swobodnego przepływu osób, opłacanie składki w swoim państwie członkowskim skutkuje tym, że w Polsce nie trzeba już płacić jej drugi raz.

*(Senator Janina Fetlińska: Dziękuję.)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy są inne pytania?  
Bardzo proszę.

**Senator Stanisław Gogacz:**

Chciałbym zapytać, czy obowiązuje zasada wzajemności, jeżeli chodzi o kwestię przed chwilą przedstawioną.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Katarzyna Chmielewska:**

Dyrektywa dotyczy obywateli wszystkich państw członkowskich, w związku z tym powinna być implementowana w przepisach każdego prawa narodowego w taki sam sposób, czyli powinna być taka zasada, bo to jest obowiązek wynikający z dyrektywy.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tyle tylko, że to regulują już same zasady akcesji i przepisy, jakie obowiązują na danym terenie.

Czy są jeszcze jakieś pytania w tej sprawie? Nie.

Otwieram dyskusję.

Czy któraś z osób obecnych chce w tej sprawie się wypowiedzieć?

Przed wejściem na posiedzenie komisji przedstawiciele Naczelnej Izby Aptekarskiej mieli...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Zaraz, ale przedtem zgłosił się pan prezes Radziwiłł.

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

*(Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł: Dziękuję bardzo.)*

Pan wiceprzewodniczący Karczewski bardzo pilnuje porządku, wspiera mnie najlepiej jak może. Tak że najpierw pan prezes.

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Naczelna Rada Lekarska zgłaszała kilkakrotnie pewną wątpliwość już w trakcie prac nad projektem tej ustawy. Niestety, mimo naszych interwencji, niewiele się zmieniło w ustawie, konkretnie chodzi mi o definicję wykonywania zawodu farmaceuty, zapisaną w projektowanym art. 2a w ust. 1, która składa się z dwunastu czynności.

Nie śmiałbym nawet zabierać głosu na ten temat, gdyby nie to, że na tej liście czynności, uważanych za wykonywanie zawodu farmaceuty, znalazła się sprawa, która z całą pewnością nie jest wykonywaniem żadnych dyrektyw Unii Europejskiej, jest zupełnym novum wprowadzonym do tej ustawy w sposób, powiedziałbym, mało przygotowany. Mianowicie pkt 7 mówi o tym, że jedną z czynności farmaceuty jest sprawowanie opieki farmaceutycznej, dokumentowanej, polegającej na tym, że farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta.

Samorząd lekarski ma bardzo poważne wątpliwości co do tego zapisu, przede wszystkim dlatego, że jest on pełen nieścisłości i brak rozwinięcia tego w ustawie. Wydaje się, że nie zostało to odpowiednio przygotowane. Ponieważ trudno sobie wyobrazić, żebyśmy na tym etapie prac legislacyjnych proponowali państwu senatorom opisanie poszczególnych elementów tej czynności, mam prośbę – zwłaszcza do tych z państwa, którzy są lekarzami i być może jeszcze lepiej rozumieją, na czym problem polega – o wykreślenie tego punktu z ustawy.

A chciałbym to uzasadnić w sposób następujący. Mowa jest o tym, że opieka farmaceutyczna ma być dokumentowanym procesem. Nie ma w ustawie w żadnym miejscu mowy o tym, jak ta dokumentacja miałaby być prowadzona: czy za zgodą pacjenta, w jakim miejscu, w jakich warunkach, w jakim formacie? Czyli jest to rozwiązane zupełnie inaczej niż w przypadku innych zawodów medycznych, w szczególności zawodu lekarza i lekarza dentystry, gdzie są specjalne rozporządzenia. W tej ustawie nie ma nawet delegacji do wydania rozporządzenia, w którym miałyby zostać określone, jak ta dokumentacja ma wyglądać. Pojawia się też pytanie: gdzie ta dokumentacja ma się znajdować? Czy ona ma być w aptece najbliższego miejsca zamieszkania pacjenta, czy w każdej, do której on się zgłosi? A tak naprawdę to czym ma być właściwie ta opieka farmaceutyczna?

Chcę bardzo mocno podkreślić, że nie jesteśmy jako samorząd lekarski, jako środowisko, przeciwni idei opieki farmaceutycznej, ale wydaje się, że to jest zagadnienie, które wymaga znacznie obszerniejszego, porządnego opisanie, a także postawienia pewnych warunków.

Proszę państwa, opieka farmaceutyczna, która ma polegać na tym, że farmaceuta przez okienko w aptece, w towarzystwie kolejki stojącej za pacjentem, będzie omawiał sprawy pacjenta, jest nieporozumieniem. Są takie kraje, w których istnieją określone specjalne warunki jak na przykład posiadanie osobnego pomieszczenia, w którym farmaceuta może z pacjentem rozmawiać. Wydaje się, że w Polsce znaczna część farmaceutów nie jest przygotowana do takiej pracy i w związku z tym ze strony samorządu lekarskiego jest propozycja, żeby po prostu tę sprawę odroczyć.

Proszę również zwrócić uwagę na opis tej czynności. Oprócz tego, że ma być ona dokumentowana, jest opisana jako czuwanie nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii. Przede wszystkim odpowiedzialny za prawidłowy przebieg farmakoterapii jest lekarz, a nie aptekarz. Nałożenie na aptekarza czy farmaceutę takiego obowiązku... No taki obowiązek w żaden sposób nie może być zrealizowany poza sporadycznym, najczęściej jednorazowym kontaktem pacjenta z aptekarzem, kiedy wykupuje leki. Zupełnie niezrozumiała jest końcówka tego zdania, gdzie mówi się, że to czuwanie ma na celu uzyskanie określonych efektów w farmakoterapii. Jako żywo, ja przynajmniej nie rozumiem o co chodzi, co to są „określone efekty” i to w dodatku poprawiające jakość życia pacjenta. Jako lekarz muszę powiedzieć, że jakość życia jest tylko jednym z celów farmakoterapii, często ratowanie życia jest jej celem, a nie poprawianie jakości.

W związku z tymi wszystkimi wątpliwościami proszę państwa senatorów o to, żeby ktoś z państwa przejął proponowaną przez nas poprawkę, polegającą na skreśleniu pktu 7 z art. 2a ust. 1 ustawy. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Zapraszamy panią minister tutaj.

Szanowni Państwo, przerywamy w tej chwili dyskusję, bo tak jak mówiłem...



(*Minister Zdrowia Ewa Kopacz*: Nie, proszę kontynuować. Ja sobie posiedzę i posłucham.)

Dobrze. W takim razie moja propozycja jest taka, żeby dokończyć dyskusję na temat ustawy o izbach aptekarskich, a następnie przejść do punktu pierwszego.

Bardzo proszę, zgłaszali się państwo z Naczelnej Izby Aptekarskiej.

**Wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej Wojciech Giermaziak:**

Wojciech Giermaziak, wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej.

Odpowiem na kilka kwestii poruszonych przez pana prezesa Radziwiłła. Mianowicie, opieka farmaceutyczna jest gałęzią nauki farmaceutycznej od pięćdziesięciu lat funkcjonującą nie tylko w Europie, ale również w Stanach Zjednoczonych i nie zasada się na tym, że aptekarz obojętnie gdzie, czy w szpitalu, czy przez okienko apteczne informuje pacjenta, jak mu poprawić jakość życia, bo nie od tego jest.

Gdyby tak szerzej można było, Szanowni Państwo, wprowadzić opiekę farmaceutyczną w polskich warunkach, to uniknęlibyśmy trochę bardziej zjawiska polipragmazji, ominęlibyśmy zatrucia polekowe i parę innych rzeczy. Bez wątplenia aptekarz jest do tego przygotowany, nie tylko przez zakres swoich studiów, ale również poprzez praktykę zawodową i kształcenie ustawiczne.

Do czego zmierzam? Proszę państwa, jesienią tego roku – mówię to dla zilustrowania pewnego faktu, państwo podejmiecie decyzję – odbyła się w Krakowie pierwsza w Polsce światowa konferencja poświęcona opiece farmaceutycznej. Chcę powiedzieć, że tradycje opieki farmaceutycznej sięgają już pięćdziesięciu lat, funkcjonujące w Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych podręczniki są efektem pięćdziesięcioletnich doświadczeń. A zatem, nie mówmy, że to jest coś nowego, czego nie znamy. Powinniśmy to znać, a jeżeli znamy, to spróbujmy to wdrożyć. To absolutnie się mieści w opisanych dyrektywach, tych, o których mówiła pani Chmielewska.

Ale do czego zmierzam? Nie wyobrażam sobie, Szanowni Państwo, żeby ten artykuł wykreślić, bo jest to uzasadnienie ustawowe działalności farmaceuty nie tylko w lecznictwie ogólnodostępnym, w sensie apteka ogólnodostępna, ale przede wszystkim w zamkniętym lecznictwie, a dokładnie w szpitalnictwie. Po to jest specjalizacja szpitalna, po to jest specjalizacja kliniczna wśród aptekarzy, żeby można było tę opiekę farmaceutyczną, zgodnie z normami unijnymi i światowymi, sprawować. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale tutaj, jeśli dobrze zrozumiałem wystąpienie pana prezesa, rzecz nie dotyczyła kontestowania roli farmaceuty, tylko sposobu zapisu, który jest ogólnikowy, nieprecyzyjny i nie daje odpowiedzi na pytania, które zostały przez pana prezesa postawione, na przykład: jak ma wyglądać dokumentacja, gdzie ma być przechowywana, czy przystępujemy od razu do ataku na całym froncie leczniczym, czy może bardziej chodzi o farmaceutę szpitalnego? Tego dotyczyły obawy i bardzo bym prosił pana prezesa o ustosunkowanie się nieco bardziej konkretnie do podnoszonych przez Naczelną Izbę Lekarską problemów.

Bardzo proszę, jeszcze pan przewodniczący Karczewski.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Jeśli można, Panie Prezesie – zwracam się do prezesa Naczelnej Izby Aptekarskiej... Te elementy, o których pan mówił, są zawarte w pkt 6, prawda?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

W większości. I z tymi zapisami ja bym się oczywiście zgodził. Ale z tym pkt 7 faktycznie... No podobnie jak pan prezes Radziwiłł mam wątpliwości co do formy zapisu i do rozległości tego punktu.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...po przecinku „a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych”, prawda? Właściwie można by w tym momencie wykluczyć lekarza i tę dokumentację prowadzić z innymi przedstawicielami. Moje pytanie: z którymi i z jakimi przedstawicielami zawodów medycznych? No bo to nie jest napisane.

**Wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej Wojciech Giermaziak:**

Ja nie chciałbym dyskutować z państwem na temat technicznej strony zapisu, bo nie jestem prawnikiem. Chcę odpowiedzieć na podstawowe pytanie dotyczące innych zawodów, które pan przewodniczący był uprzejmy sformułować. No to na tej zasadzie bezcelowe jest również to, że wszyscy uczestniczymy, i lekarze, i aptekarze, i prawnicy, i księży, w komisjach bioetycznych. A osobiście uczestniczę w tym od wielu lat...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Panie Prezesie, nie rozumiemy się.

*(Wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej Wojciech Giermaziak: Być może.)*

Powrócę do interpretacji wystąpienia pana prezesa Radziwiłła. Pan prezes nie kwestionuje potrzeby zwiększania aktywnego uczestnictwa farmaceuty, kwestionuje jakość prawa, które ma temu służyć. I wobec tego mam pytanie do państwa prawników z ministerstwa: jak się państwo odnoszą do uwag pana prezesa Radziwiłła?

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski: Bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi panią dyrektor.)*

Bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Katarzyna Chmielewska:**

Szanowni Państwo!

Jeśli mogę, to odniosę się do tego w szerszym kontekście, bo problem jest bardzo istotny, bardzo ważny. Cieszę się, że pan prezes Radziwiłł poruszył ten problem, bo on ma już w tej chwili odzwierciedlenie i społeczne, i medialne. Zarówno w „Gazecie Lekarskiej”, jak i w „Gazecie Farmaceutycznej” ukazują się w każdym kolejnym numerze artykuły i stanowiska dotyczące problemu opieki farmaceutycznej. Wczoraj uczestniczyłam w konferencji dziekanów wydziałów farmaceutycznych, gdzie problem nauczania, a także wdrażania opieki farmaceutycznej w praktykę zawodową farma-

ceutów był bardzo szczegółowo omawiany. Są to oczywiście kolejne spotkania poświęcone temu zagadnieniu. Otóż chciałabym państwu powiedzieć, że zajęcia z opieki farmaceutycznej realizowane są na piątym roku studiów, w dość dużym wymiarze, w ramach przedmiotu farmacja praktyczna, na który przeznaczone jest minimum sześćdziesiąt godzin, a oczywiście może być to uzupełniane i jest uzupełniane o godziny dodatkowe przez uczelnię. Zagadnienia opieki farmaceutycznej są bardzo szczegółowo opracowane, jeśli chodzi o model opieki farmaceutycznej, dlatego że tych modeli opieki farmaceutycznej, zarówno na świecie, jak i w państwach Europy, jest kilka. My to musimy w tej chwili przetransformować na nasz system opieki zdrowotnej w Polsce.

Problem polega na tym, że bez tego zapisu nie będą możliwe badania naukowe w tym obszarze. Wtedy uczelnie, a konkretnie przodujące w tym zakresie Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz uniwersytet poznański, nie będą mogły prowadzić pogłębionych badań naukowych w przypadku konkretnych aptek, a dzisiaj w Polsce już jest ponad trzydzieści takich aptek, które w ramach programu uczestniczą w sprawowaniu opieki farmaceutycznej nad pacjentami z konkretnymi schorzeniami jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, wpisując się w zagadnienia związane z profilaktyką i nie tylko profilaktyką. I to jest ogromnie, bardzo pozytywnie postrzegane przez lekarzy rodzinnych, głównie lekarzy rodzinnych, bo tu jest bardzo ścisła współpraca farmaceuty z lekarzem rodzinnym. Dlatego też dokumentowany proces faktycznie polega na... Jest przygotowana cała dokumentacja, która będzie możliwa do wdrożenia, ale w tym momencie, kiedy my ją zweryfikujemy w sposób zgodny z metodologią badań naukowych. Jeżeli tego nie będzie, to nie ma w ogóle szans na rozwój opieki farmaceutycznej w Polsce. Byłaby to duża strata dla farmacji, ale nie tylko, także dla nauki.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale czy wobec tego nie powinno być w ustawie odpowiedniej delegacji dla ministra, takiej jak w przypadku dokumentacji medycznej? Czy nie powinniśmy wprowadzić tu jakiegoś uprawnienia dla ministra do określenia wzorów tej dokumentacji i zasad jej przechowywania, udostępniania? Wiecie państwo, myśmy przeszli tę ścieżkę dotyczącą dokumentacji medycznej, chyba nawet w ustawie o zawodzie lekarza ponownie pojawia się kwestia dokumentacji medycznej, a w tej ustawie ona jest poruszona, mówiąc delikatnie, tak mimochodem. W związku z tym pytania, jakie stawia prezes Radziwiłł, są w pełni zasadne. Czy nie należałoby zatem skorygować zdaniem pana ministra, pani minister, tej części ustawy?

Bardzo proszę, jeszcze raz pan prezes Radziwiłł.

### **Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

W zasadzie nic dodać, nic ująć, jeśli chodzi o to, co pan przewodniczący powiedział. Ja bardzo gorąco chcę podkreślić... Zresztą dziękuję, że pani dyrektor przytoczyła tę dyskusję, która się toczy i to nie – jakby ktoś z zewnątrz mógł zrozumieć – osobno w „Gazecie Farmaceutycznej” a osobno w „Gazecie Lekarskiej”, tylko jako wspólna akcja obu tych gazet, obu tych środowisk. Z całą pewnością sprawa jest bardzo ważna i trzeba o niej mówić. Potrzeba opieki farmaceutycznej nie jest negowana

przez środowisko lekarskie. Ale, proszę państwa, nie zgadzam się ze zdaniem pani dyrektor, że bez tego zapisu nie można prowadzić badań naukowych w tym obszarze, bo to by oznaczało, że dotychczasowe osiągnięcia w tym zakresie nie byłyby możliwe, gdyż takiego zapisu nie było. A są możliwe, o czym mówił pan wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. Wydaje się, że po prostu sprawa jest po pierwsze, delikatna, a po drugie, wymaga opisanie. Chyba rzeczywiście, tak jak pan przewodniczący powiedział, byłoby dobrze, gdyby takiemu zapisowi, który wprowadza nową jakość do polskiego prawa dotyczącego wykonywania zawodu farmaceuty, a w zasadzie szerzej opieki nad pacjentem, towarzyszyła jakaś poszerzona definicja z opisaniem tych problemów, które mogą się pojawić.

A jakie to są problemy? Pierwszy i podstawowy, który może być, moim zdaniem, wręcz obalającym całą tę ideę, to jest kwestia właśnie tej dokumentacji. Proszę państwa, co to znaczy, że prowadzi się dokumentację tego procesu? Czy to znaczy, że aptekarz w swoim kalendarzu zapisuje, że udzielił porady, czy też ma on prowadzić indywidualną dokumentację każdego pacjenta? I pytanie bardzo podstawowe, bo moim zdaniem, to co jest tutaj zapisane nie jest podstawą do tego: czy taka dokumentacja ma być prowadzona dla każdego, kto się zgłosi do apteki, czy też dla tych, którzy na przykład wyrażą na to zgodę? Nasi prawnicy mają bardzo poważne wątpliwości, czy taki zapis upoważnia aptekarza do tego, żeby założyć, no, mówiąc krótko, kartotekę będących pod opieką pacjentów. Wydaje się, że nie. To nie jest ustawowe upoważnienie do prowadzenia rejestru danych nie tylko osobowych, ale danych więcej niż osobowych, bo to są dane szczególnie wrażliwe, jak mówi ustawa o ochronie danych osobowych. Wobec tego wydaje się, że ten zapis jest po prostu zwyczajnie ułomny.

Ja jeszcze raz podkreślam: to nie jest walka z opieką farmaceutyczną, tylko to jest prośba o to, żeby w tej chwili, w związku z tym, że jesteśmy na takim etapie legislacji, że naprawić się tego teraz nie da, wycofać ten zapis i po prostu przygotować cały pakiet. Chodzi o to, żeby przygotować opis, czym jest opieka farmaceutyczna, bo ten opis jest niedoskonały, o czym już mówiłem. Trzeba opisać, jak wyglądają przede wszystkim relacje nie ze wszystkimi przedstawicielami zawodów medycznych, ale z tymi, którzy mają uprawnienie do ordynacji, czyli to jest lekarz, lekarz dentysta, felczer oraz starszy felczer. I wydaje się, że powinny być opisane relacje tylko z tymi profesjonalistami.

Rzeczywiście, byłoby dobrze, ponieważ sprawa jest bardzo szeroka, żeby ustawa dała upoważnienie dla ministra zdrowia do wydania rozporządzenia mówiącego o tym, czym tak naprawdę jest ta opieka farmaceutyczna i w jaki sposób powinna być prowadzona. Wydaje się, że jest to wyjście znacznie poza to, co jest możliwe w każdej aptece. Proszę zwrócić uwagę na to, że na przykład lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską musi spełnić pewne wymogi, żeby móc otworzyć taką praktykę. Ja jeszcze raz powtarzam, że trudno sobie wyobrazić rzeczywistą, prawdziwą opiekę farmaceutyczną z zadawaniem pytań i udzielaniem odpowiedzi przez, że tak powiem, okrągłą dziurę w szklanym okienku w towarzystwie innych ludzi stojących w aptece. To jest po prostu niemożliwe.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: O tym prezes mówił...)*

Przepraszam, że to powtarzam. A więc krótko mówiąc proszę o wycofanie tego zapisu nie dlatego, żeby torpedować opiekę farmaceutyczną, tylko dlatego żeby wprowadzić w przyszłości, nawet niedalekiej przyszłości, dobre zapisy, które to całe zjawi-

sko opisać. A ten zapis wprowadzi więcej pytań niż rozwiązań, zwłaszcza w obszarze tej dokumentacji sprawa jest niezwykle kontrowersyjna z punktu widzenia zgodności z ogólnymi zasadami, przede wszystkim z ochroną danych osobowych, a szczególnie ochroną danych szczególnie wrażliwych, jakimi są dane medyczne. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Zwracam uwagę na to, że w drugiej ustawie, którą dzisiaj będziemy omawiać, wprowadza się zapisy dotyczące obowiązku prowadzenia dokumentacji przez lekarza i określa się zasady udostępniania dokumentacji przez lekarza. Jeśli jest decyzja, żeby tego typu zapisy wprowadzać na mocy ustawy, to powiem, że znacznie słabiej ta sprawa jest uregulowana w ustawie aptekarskiej. I stąd moje pytanie do pana ministra: co z tym fantem mamy zrobić? Bardzo też proszę naszą panią mecenas o przygotowanie się do odpowiedzi na to pytanie.

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

Dziękuję bardzo.

Chciałbym jasno zaznaczyć, że omawiany tutaj punkt siódmy, mówiący o sprawowaniu opieki farmaceutycznej, nie wziął się z czyjegoś chęćstwa. My implemujemy prawo europejskie, a w Unii Europejskiej takie pojęcie jak opieka farmaceutyczna niewątpliwie istnieje. Spór w tej chwili jest o jedno sformułowanie, mówiące o dokumentowanym procesie.

Przypomnę też... Pani dyrektor Chmielewska i pan dyrektor Puzoń zaraz odpowiedzą państwu konkretnie, jeżeli pan przewodniczący udzieli im głosu, ale ja również chcę jasno powiedzieć, że nieco mnie dziwi, że rozgorzała w tej chwili taka dyskusja. Pan prezes Radziwiłł był obecny na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia i ani słowem się o tym nie zająknął. Ale to jest taki mój drobny komentarz.

Bardzo proszę o udzielenie głosu pani dyrektor Chmielewskiej.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Katarzyna Chmielewska:**

Szanowni Państwo, ja tylko pragnę zwrócić uwagę na to, że zawód farmaceuty jest wyjątkowym zawodem, ponieważ jest regulowany w ustawie o izbach aptekarskich, o samorządzie. W Ministerstwie Zdrowia jest już w tej chwili przygotowywany projekt, nad którym cały czas pracujemy, cały czas zastanawiamy się nad wszystkimi tymi aspektami, o których mówił pan prezes, wraz ze środowiskiem naukowym, ze środowiskiem zawodowym. I myślę, że niedługo przedstawimy projekt ustawy, który będzie kompatybilny do ustawy o zawodzie lekarza, czyli projekt ustawy o zawodzie farmaceuty. I to jest właściwe miejsce do uregulowania całego obszaru zagadnień, o których pan prezes mówi.

Ustawa o izbach aptekarskich, a szczególnie ta ustawa, która jest implementacją konieczną, bardzo szybką implementacją przepisów prawa wspólnotowego, nie jest właściwym miejscem, w naszym rozumieniu, do tego, żeby te sprawy rozstrzygać. Dlatego bylibyśmy jednak wdzięczni za możliwość utrzymania, nawet w opinii pana prezesa wadliwego, bardzo niedoprecyzowanego przepisu, i szansę na dopracowanie całej procedury w projekcie ustawy o zawodzie farmaceuty.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jeszcze tylko poproszę panią mecenas o krótką ocenę prawną.

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Panie Przewodniczący, czy ja mógłbym ad vocem? Przepraszam, jedno zdanie.

To nie jest prawdą, że to jest implementacja prawa europejskiego. Ta sprawa oczywiście występuje w Europie, ale to nie jest implementacja. Panie Ministrze, z całym szacunkiem, naprawdę nie mamy obowiązku pisać w naszej ustawie o tej akurat sprawie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Pani Mecenas.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji  
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Ja tylko mogę powiedzieć, że to jest niewątpliwie kwestia merytoryczna i dość istotna. Przestrzegalabym przed takim dość pochopnym podejmowaniem decyzji, ponieważ jednak pewne kwestie są natury ustawowej, a odsyłanie do rozporządzeń wymaga na pewno zachowania daleko idącej rozwagi. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos?

Pan minister, bardzo proszę.

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

Bardzo proszę jeszcze pana dyrektora Puzonia, dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia o zabranie głosu.

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

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Mogę tylko potwierdzić to, co pani mecenas powiedziała, że w istocie kwestia sprowadza się do zagadnień merytorycznych. Z punktu formalnoprawnego mogę powiedzieć tylko jedną rzecz: jest to tak zwana ustawa unijna, mamy do czynienia wyłącznie z implementacją dyrektywy i nie powinniśmy zawierać tutaj żadnych treści nie-

związanych z implementacją, bo wtedy to będzie zupełnie innego rodzaju nowelizacja i będzie podlegała na etapie prac rządu innym procedurom – nie będzie rozpatrywana wyłącznie przez Komitet Europejski Rady Ministrów, tylko w normalnym trybie przez Komitet Stały Rady Ministrów. A więc zupełnie inne procedury wówczas obowiązują i zupełnie inne treści merytoryczne wtedy możemy zamieszczać. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Nie budzą pana obaw te zastrzeżenia, jakie zgłasza pan prezes?

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

Dla merytystów jest to pojęcie znane i rozumiane, więc jako prawnicy uważamy, że nie ma potrzeby go definiować. Skoro jest to znane w praktyce i znane dla tej grupy zawodowej i jest to niezbędne dla kontynuowania prac, tak jak zrozumiałem, głównie naukowych, to wydaje się, że...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

I jeszcze pan minister, proszę.

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

Zgadzam się z panią mecenas, że jeżeli to jest regulowane w ustawie, to nie wszystko musi być dookreślone w rozporządzeniu. I w związku z tym my nie proponujemy dookreślenia tego w rozporządzeniu, ale w ustawie o zawodzie farmaceuty, która to ustawa jest na ukończeniu i w niedługim czasie będzie poddana procedowaniu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos w dyskusji? Nie.

Zamykam dyskusję.

Rozumiem, że jest propozycja poprawki pana prezesa Radziwiłła. Pytam: czy ktoś chce przejąć poprawkę zgłoszoną przez pana prezesa, polegającą na wykreśleniu pktu 7?

*(Senator Waldemar Kraska: Ja.)*

Dobrze, pan senator Kraska przejmie poprawkę pana prezesa. I na tym kończymy...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pan przewodniczący Karczewski chce jeszcze zgłosić jakąś poprawkę?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**Wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej Wojciech Giermaziak:**

Myślę, że wobec kluczowej kwestii, jaką jest pkt 7, Naczelna Izba Aptekarska nie będzie zgłaszała poprawki do art. 3.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

A więc zamykam dyskusję.

Witamy formalnie panią minister, pana ministra.

(*Głos z sali: A głosowanie?*)

Poczekajcie, głosowania będą na końcu, po omówieniu drugiej ustawy, bo jeszcze powrócimy do kwestii dokumentacji. Na tym etapie zamykamy dyskusję nad punktem drugim, głosowania odbędą się pod koniec posiedzenia komisji.

Bardzo cieszę się, że pani minister w swoim pracowitym dniu, a nie tylko zresztą dniu, bo widzę „podbite” oczy, znalazła czas, żeby się spotkać z komisją. (*We-sotość na sali*)

Jeszcze przypomnę tylko, że zaprosiliśmy panią minister na wniosek senatorów PiS, którym bardzo zależało na tym, żeby osobiście móc spotkać się z panią minister i posłuchać, jaki jest program działań resortu. Oddaję zatem głos pani minister.

Bardzo proszę.

**Minister Zdrowia Ewa Kopacz:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Dwa wyjaśnienia na wstępie.

Moje oczy nie są „podbite”, może posiniałe, co świadczy o tym, że rzeczywiście ostatnio trochę krócej śpiam.

I druga uwaga, odniesienie do tego, o czym państwo mówicie, bardziej deklaratywna. Chcielibyśmy, aby w prawie, które w tej chwili będzie tworzone, szczególnie w tych aktach prawnych, które będą firmowane przez koalicję rządzącą, czyli Platformę Obywatelską i PSL, było jak najmniej delegacji w ustawach, żeby to prawo było prawem bardzo związłym, przejrzystym i czystym, a tych delegacji było jak najmniej. Jeśli będą projekty ustaw, które będą do państwa trafiać, to chcielibyśmy, aby na wstępie procedowania projekty rozporządzeń, komplementarne, również były do państwa wglądu. To mogę obiecać. Będzie o tyle prościej, że państwo będziecie mogli kompleksowo to oceniać przed podjęciem decyzji, czy państwo przyjmujecie taką formę, czy też nie. To takie dwie krótkie uwagi.

I teraz przejdę do głównego celu mojej wizyty u państwa.

Dziękuję, Panie Przewodniczący, za zaproszenie. Dziękuję przedstawicielom senackiej Komisji Zdrowia.

Ja postaram się mówić bardzo krótko, tym bardziej, że przed nami jest jutrzejsza duża, ważna debata na temat sytuacji w ochronie zdrowia. Myślę, że wtedy będę miała szansę – oczywiście będzie to też konieczność – na przedstawienie państwu bardzo szczegółowych kwestii dotyczących obecnej sytuacji. Pokrótkę będę też próbowała przedstawić nasze projekty rozwiązań, dotyczące konkretnych problemów, które dzisiaj pozwalają tylko na jedno – określenie służby zdrowia jako niekoniecznie przyjaznej nie tylko dla pacjentów, ale również pracowników ochrony zdrowia.

Zacznę od tego, co minister zdrowia i jego gabinet zrobili w ciągu tych kilku tygodni. Zaczęliśmy od tak zwanej diagnozy, czyli wyszukania tych wszystkich nieprawidłowości, które bezwzględnie trzeba w szybkim tempie naprawiać. To nie jest tylko i wyłącznie realizacja naszych programowych założeń, czyli projekty ustaw, ale przede



wszystkim jest to naprawa tego, co dzisiaj pozwala na pewnego rodzaju omijanie prawa, a wręcz powoduje zagubienie się w gąszczu niekiedy sprzecznych ze sobą przepisów. Zidentyfikowane zostały oczywiście te dysfunkcjonalne obecnie przepisy prawa, będziemy nad nimi systematycznie pracować. Nie jest ich mało. Muszę państwu powiedzieć, że w naszym sprawozdaniu na czterdziestu stronach maszynopisu są tylko tytuły tych ustaw, w których istnieją zapisy aktów prawnych wzajemnie się wykluczających. Mało tego, jest to o tyle niebezpieczne, że wiele aktów prawnych na dzień dzisiejszy jest niekonstytucyjnych. Co prawda nikt ich w tej chwili nie zaskarżył, ale... Najprostsza rzecz, chociażby akredytacja, którą dzisiaj tak na dobrą sprawę należałoby oceniać w tej hierarchii. Otóż przepis, który obecnie funkcjonuje, podaje w wątpliwość, czy decyzja o zakończeniu procesu akredytacji jest tą właściwą, bo sam przepis nie ma obecnie mocy prawnej. A więc musimy pewne rzeczy uporządkować.

Dlaczego przywiązuję do tego aż taką wielką wagę? Bo sami państwo wiecie, że jak nie ma dobrego prawa, to nie ma również dobrego działania; jak nie ma dobrego działania, to rodzi się patologia; jak się rodzi patologia, to najłatwiej wskazywać winnych. Ja daleka jestem od tego, żeby dzisiaj pokazywać winnych i mówić, że jest diabelnie źle w służbie zdrowia. Wolałabym mówić o tym, że dajemy sobie określony czas na to, żeby naprawić to, co jest źle. Przyjeliśmy taką strategię w Ministerstwie Zdrowia, że do końca pierwszego półrocza postaramy się wyłapać wszystko, co jest możliwe, a do końca roku te wszystkie uchybienia prawne wyprostować na tyle, na ile się da, jeśli one nie będą wymagać oczywiście nowelizacji pewnych aktów prawnych, które, jak wiecie państwo, muszą przejść swoją ścieżkę legislacyjną. A więc to jest podstawowa sprawa.

Kolejna kwestia – identyfikacja tego, co powinno być tak naprawdę naprawiane w ramach naszej strategii usprawniania służby zdrowia. Podzieliłam to sobie na trzy obszary. Pierwszy obszar to jest pacjent, drugi obszar to świadczeniodawca i trzeci obszar – płatnik.

Może zacznę od trzeciego obszaru, bo powiem państwu szczerze, to jest najbardziej dotkliwe w tej chwili, powoduje, że ta druga grupa, czyli świadczeniodawcy, ma dzisiaj wiele kłopotów. Ma wiele kłopotów dlatego, że wszystkie szczegółowe warunki kontraktowania są dziś kulą u nogi, a nie pomocą dla dyrektorów. Sposób rozliczania procedur, które mają miejsce, i niesumowania tych procedur powoduje, że nasza sprawozdawczość i statystyka, którą się dzisiaj zajmują dyrektorzy, jest w większości niewiarygodna.

Drobny przykład. Jeśli pacjent trafia na OIOM z powodu urazu nogi i głowy, jest na tym oddziale przez kilka dni, a potem zostaje skierowany na neurochirurgię lub na ortopedię, to Narodowy Fundusz Zdrowia rozliczy tak naprawdę tylko i wyłącznie procedury tańsze i tylko z jednego oddziału. Gdybyśmy chcieli zsumować i ten OIOM, i tę neurochirurgię lub ortopedię, to musielibyśmy najpierw tego pacjenta z OIOM wypisać do domu, po czym ponownie go przyjąć, żebyśmy mogli to rozliczyć. Jeśli mamy jednakowy kod tych samych chorób, no to, niestety, przykro mi bardzo, ale moglibyśmy to zrobić w odstępie dwóch tygodni. Wydawać by się mogło, że to jakiś paradoks i zupełne pomieszanie pojęć, bo w końcu i na OIOM był pacjent leczony, i na innych oddziałach. Ale to jest efekt nieprawidłowości, które w jakiś tam sposób ograniczają, po pierwsze, możliwości finansowe danego świadczeniodawcy, mimo że wykonał jakąś robotę, leczył tego pacjenta, a po drugie, zmuszają poniekąd do tego, aby w doku-

mentacji znajdowały się rzeczy nieprawdziwe. Za pierwszym razem, na OIOM, będziemy tego pacjenta kwalifikować pod jednym kodem, pod jednym numerem, a za drugim razem na tej neurochirurgii dyrektor go już wykaże pod innym numerem, pod kodem innej jednostki chorobowej, żeby dostać pieniądze i za jedno, i za drugie. Podaję państwu taki drastyczny przykład. Dlaczego? Dlatego że zarówno szpitalne oddziały ratunkowe, jak i oddziały intensywnej opieki są najbardziej kosztotwórcze w placówkach służby zdrowia.

A to, co się dzieje na chwilę obecną w Narodowym Funduszu Zdrowia, czyli naszym płatniku – nazywam go dość odważnie, i pewnie jest zgoda państwa na tę moją nazwę, monopolistą, bo to on narzuca pewnego rodzaju zasady gry i wypłacania tych pieniędzy – jest przykre. Ja sobie pozwoliłam porównać koszty utrzymania Centrali płatnika, które są w tej chwili na poziomie 47 milionów zł, to dla przykładu państwu podam, z kosztami wszystkich jego oddziałów, szesnastu plus te placówki regionalne, terenowe, które mają tylko 40 milionów zł – jeśli chodzi o tak zwane czynności dodatkowe, mówię o zleceniach i paru jeszcze innych rzeczach. A więc szesnaście oddziałów jest tańsze w utrzymaniu niż jedna nasza Centrala.

Dla przykładu podam państwu, że to właśnie tam, w Narodowym Funduszu Zdrowia jako jedynej placówce związanej tak bezpośrednio z rynkiem ochrony zdrowia, płace wzrosły w ciągu ostatniego roku o ponad 100%. To są fakty, które wskazują na to, że nasze publiczne pieniądze, o których my mówimy: szanujmy je, bo one służą pacjentom, niekoniecznie wszędzie są szanowane. A więc mój pomysł polega na decentralizacji tego płatnika, bardzo dokładnej analizie, na co idą te publiczne pieniądze i czy one są na pewno kierowane zgodnie z naszym założeniem – ja tu mówię o Platformie Obywatelskiej i PSL – w kierunku usług dla pacjenta, wokół którego chcemy budować naszą przyszłą ochronę zdrowia, czy one rzeczywiście są zgodnie z tą zasadą wydawane.

Mogłabym pewnie tu państwu przytoczyć również mnóstwo faktów dotyczących wzrostu w newralgicznych sferach ochrony zdrowia, jak chociażby refundacja leków, której koszty systematycznie od trzech lat sobie rosną: od 4 miliardów zł do 7 miliardów zł. To tyle, jeśli chodzi o refundacje leków. Ale tu też musimy sobie zadać pytanie: czy tak ma być w Polsce? Czy ma być dokładnie odwrotnie? Z czego to dokładnie wynika? Te pytania sobie postawiliśmy. Robimy pełne analizy i myślę, że niebawem państwu takie analizy przedstawimy, jak również przedstawimy państwu analizy dotyczące zarządzania pewnymi placówkami służby zdrowia na poziomie powiatu, województwa, kliniki. Będziecie państwo wówczas mieli pełen obraz tego, co się dzieje w polskim systemie ochrony zdrowia.

Otóż, patrząc na podział środków na tym samym poziomie referencyjnym – mówię na przykład o szpitalach powiatowych – zauważycie państwo, że jest dyrektor, który przeznaczą w swojej placówce dokładnie 33% na koszty płacowe i jest dyrektor, w bardzo podobnej strukturalnie placówce w innym powiecie, który na koszty osobowe, czyli wynagrodzeń, mówiąc na skróty, przeznaczą 68%. Dysproporcje wynikające z gospodarowania pieniędzmi, jak również nieprawidłowości wynikające z transferu pieniędzy między płatnikiem a świadczeniodawcą zmusiły nas do tego, żebyśmy mając wiarygodny obraz wyciągnęli wnioski, dlaczego tak się dzieje, że u jednych właśnie 33% idzie na płace, a u drugich aż 68%. Braliśmy oczywiście pod uwagę różne formy zatrudnienia, bo wiadomo, że w tej chwili trudno wyciągać wnioski wiedząc, że w jed-

nym zakładzie zawierane są tylko i wyłącznie umowy cywilnoprawne, w innym pracuje się w równoważnym systemie, jeszcze w innym w zmianowym, a w jeszcze innym, mimo że już w tej chwili Państwowa Inspekcja Pracy negatywnie się co do tego wyraziła, przed południem ludzie pracują w ramach umowy o pracę, po południu, na dyżurach, w ramach umów cywilnoprawnych.

Dzisiaj wiemy, to jedno jest pewne, że abyśmy mieli pełen obraz tego, co się naprawdę dzieje, musimy mieć dobrą i sprawną, wcale nieskomplikowaną, wręcz przeciwnie, uproszczoną sprawozdawczość. Musimy mieć też jednakowy rachunek kosztów. Każdy z dyrektorów musi liczyć koszty w swoim zakładzie według takiego samego, obowiązującego wszędzie schematu. Mało tego, powinniśmy mieć jednolity plan kont, w którym będzie się pokazywać – ważne dla tych przede wszystkim, którzy analizują sytuację ochrony zdrowia – to co jest niebezpieczne, czyli zadłużenia szpitali. Jednolity plan kont, jak również jednolity rachunek liczenia kosztów w zakładach pozwoli uniknąć zadłużania się. Ktoś, kto był dyrektorem, wie, jak bardzo prosto można zrolować swój dług i pokazać – wtedy, kiedy jest to dla nas wygodne – swojemu organowi założycielskiemu, że jesteśmy świetnymi dyrektorami, niekoniecznie się tak źle u nas dzieje.

A więc pełen obraz ochrony zdrowia będzie się rysował tylko wtedy, kiedy ta wiedza będzie docierała nie tylko do ministra zdrowia, ale również do organów założycielskich, do przedstawicieli rządu w terenie, czyli wojewodów, według jednego schematu i będzie dawała odpowiedź, czy już należy reagować, czy też jeszcze nie. To tyle na ten temat.

Myślę, że państwa przekonałam, iż nie może być tak, aby płatnik, dysponujący publicznymi pieniędzmi... Jak wiecie państwo, od 1999 r. mamy ubezpieczeniowo-budżetowy system finansowania ochrony zdrowia, czyli gros pieniędzy pochodzi z naszych ubezpieczeń i to jest skoncentrowane w Narodowym Funduszu Zdrowia. Część budżetowa wynosi niewiele ponad 4 miliardy zł. No i jest jeszcze drobna, bardzo drobna część, płynąca z samorządu, bo samorząd wspiera swoje placówki służby zdrowia remontami, zakupem sprzętu. Jest też część unijna oczywiście, z której nasze polskie zakłady opieki zdrowotnej już nauczyły się korzystać. Mówię tu o dwóch programach, jednym, który już obowiązuje i mam pełne zastrzeżenia co do tego, że jeszcze nie zafunkcjonował – chodzi mi o norweski program – i drugim, szwajcarskim, który dopiero będzie wchodził, a to jest bardzo dobry program, obejmujący również sprawę szkoleń i nie tylko szkoleń, ale również sprawę chociażby zakupu sprzętu dość drogiego i potrzebnego. I to są jak gdyby wszystkie finanse, które wchodzi do tego systemu.

Dzisiaj stajemy przed dylematem i odpowiedzią na pytanie: czy tak naprawdę wpływające do Narodowego Funduszu Zdrowia środki, z roku na rok zwiększające się, bo tylko te na poziomie budżetowym utrzymują się na stałym poziomie, w jakikolwiek zdecydowany sposób spełniają oczekiwania naszych pacjentów? Jak państwo wiecie, składka rosła o 0,25% co roku. Czy dzisiaj każdy pacjent w Polsce albo przynajmniej jakaś wybrana grupa może powiedzieć, że w ramach zwiększonej o te chociażby 0,25% składki ich życie, że tak powiem, jako pacjentów poprawiło się? Można by było powiedzieć: no niby tak, bo mamy nowsze procedury, jest lepsza dostępność do lepszej aparatury. Choć z tym bym mogła już dyskutować, bo zrobiłam bardzo dokładną analizę czasu oczekiwania na różne procedury u nas w Polsce. Zrobiłam oczywiście analizę liczby przeszczepów i procedur wysoko specjalistycznych. Zrobiłam również analizę

czasu oczekiwania na pewne świadczenia i porównałam to z danymi z ościennych krajów. I powiem państwu szczerze, że w niektórych przypadkach jesteśmy zdecydowanie lepsi niż kraje europejskie. Tam kolejki są zdecydowanie dłuższe. Ale skandaliczne są kolejki i długość oczekiwania do jednego, jedyne rodzaju świadczeń, mianowicie z zakresu onkologii. Jak państwo wiecie, tu idzie tak zwana ciężka maszyna. Onkologia nie może sobie pozwolić na oczekiwanie, bo to czy przyjmimy pacjenta w takim czy innym stadium zaawansowania jego choroby decyduje niekiedy o jego życiu.

A więc jedno jest pewne. Będziemy – i to jest nasze kolejne zadanie – cywilizować kolejki oczekiwania z uwzględnieniem tych priorytetów, o których dość często mówiliśmy, jak choroby onkologiczne, pediatria, osoby w podeszłym wieku, osoby niepełnosprawne.

Dzisiaj mam takie poczucie, że te kolejki są niesprawne i nie jest to tylko i wyłącznie wina urzędników. To jest również wina naszego systemu albo informacji docierających do pacjentów, czyli niekiedy braku świadomości pacjentów. Co robi pacjent? Zapobiegliwie zapisuje się w pięciu różnych kolejkach, no bo gdzieś może będzie szybciej. Tylko szybko się zapisał w pięciu różnych kolejkach, ale zapomniał, jak już go gdzieś przyjęli, wypisać się z czterech pozostałych. I te kolejki sobie rosną w taki sposób, w jaki sobie rosną. Jest totalny bałagan.

Nie chcę wspominać o czarnej stronie tej kolejkowej historii, mianowicie takiej, że te kolejki tak naprawdę, oprócz tych formalnych, które są w okienku, tworzą się w paru jeszcze innych miejscach w danej placówce. To pewnie ci, którzy mają coś wspólnego ze służbą zdrowia, dokładnie wiedzą, nie będziemy o rzeczach przykrych tu mówić. A więc ucywilizowanie tych kolejek jest również korzyścią dla pacjenta – jeśli my potrafimy pacjenta zmusić do tego, żeby on się zapisał do jednej kolejki. A jeśli zapisał się już do trzech kolejek, to jego obowiązkiem a nie prawem będzie wykreślenie się z pozostałych, co jednocześnie skróci czas oczekiwania, bo na jego miejsce już ktoś tam sobie wejdzie. A więc cywilizowanie kolejek jest niewątpliwie rzeczą ważną, jeśli chodzi o zwiększenie dostępności.

Powrócę jeszcze na chwilę do płatnika. Pewnie czasu nie jest zbyt wiele, a chciałabym powiedzieć jak najwięcej, więc będę te wątki trochę obocznie rozbudowywać przy okazji płatnika. Powiem teraz coś, co pewnie państwa zdziwi: nie chciałabym, aby dzisiaj pieniądze, które od płatnika wychodzą do świadczeniodawców, były przeliczane zgodnie z algorytmem, mniej lub bardziej chorym. Co się stało po ostatniej zmianie ustawy w poprzedniej kadencji? Przypomnę, że na końcu poprzedniej kadencji mieliśmy okazję uchwalić zmianę algorytmu z 0,56 na 0,65. Ano stało się tak, że nagle podzieliliśmy nasze regiony na mniej lub bardziej rentowne. Wcale nie na bardziej chore lub mniej chore, tylko na bardziej rentowne i mniej rentowne. I dzisiaj z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, stojąc na wprost mapy, że cała prawa strona, czyli wschodnia część, łącznie z Podkarpaciem, jest w tej chwili po prostu mocno uderzona przez taki a nie inny algorytm. A tymczasem Mazowsze ma się zupełnie nieźle, Śląsk ma się zupełnie nieźle. Ale to nie znaczy wcale, że te pieniądze nie powinny trafić na wschodnią ścianę.

Co ja mogę powiedzieć? Wychodzę z założenia, że pieniądze za pacjentem powinny trafić do dobrych placówek. Tak jak uważam, że pieniądze z Narodowego Funduszu Zdrowia, do których dostęp powinny mieć w równej mierze publiczne i niepu-

bliczne placówki, powinny trafiać tylko do tych dobrych. Jeśli świadczeniodawca jest zły, to bez względu na to czy on jest publiczny, czy niepubliczny, należy go w ogóle wyciąć, powiedzieć: nie masz dostępu do publicznych pieniędzy. Dlaczego o tym mówię? Otóż w wielu niepublicznych zakładach w tej chwili robi się manewr. Tam możemy się bilansować, tam jesteśmy lepsi, a tylko dlatego, że my przyjmujemy to, co opłacalne, a wszystko to co kosztotwórcze, czyli wszystkie powikłania spychamy na placówki publiczne. Musi być mechanizm, który będzie kontrolował i regulował przepływ tych środków. Te pieniądze są znaczone, one mają iść na świadczenia zdrowotne. A więc dostęp ma być równy, ale kontrola płatnika i Ministerstwa Zdrowia ma być tak mocna, żeby eliminować nieuczciwych. Zrobiłeś coś źle, jest powikłanie, zapłać to hospitalizacją u siebie.

I jeszcze jedną rzecz chcę powiedzieć. Użyłam słowa „hospitalizacja”, ale my nie chcemy hospitalizować, my chcemy leczyć. Hospitalizować można, tak jak mówi płatnik: za zapalenie płuc będziemy płacić tylko wtedy, kiedy pacjent będzie hospitalizowany co najmniej siedem dni. A ja chcę za jego wyleczenie już po pięciu dniach zapłacić. Po co on ma jeszcze dwa dni leżeć na łóżku, tylko po to, żeby następnego dnia dyrektor mógł go wpisać do tabelki i wykazać, że za niego trzeba zapłacić?

A więc jest mnóstwo roboty, jeśli chodzi o płatnika. To próbujemy w tej chwili usystematyzować. To się wiąże również z tym, że dzisiaj wydajemy łącznie... Po naradzie i po wielu dyskusjach z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, ustaliliśmy następujące kwestie.

Po pierwsze, nastąpi złagodzenie szczegółowych warunków kontraktowania, łącznie z obsadą dyżurów i wymogami, jakie dotyczą lekarzy dyżurnych.

Po drugie, chcemy, aby była pełna kontrola nad tymi rodzajami świadczeń, o których mówiłam, czyli nieprzepychaniem tych pacjentów z jednego miejsca na drugie i tworzenia kosztów tylko w publicznej służbie zdrowia.

Po trzecie, chcę, aby zrezygnować z tak zwanego algorytmu przeliczania pieniędzy, a płacić za migrację. Pacjent ma prawo wybrać placówkę. On ma prawo, w momencie, kiedy my damy mu szansę, aby skorzystał nie tylko z jednego ubezpieczyciela, zdeponować swoje pieniądze w formie składki u wybranego ubezpieczyciela i wskazać placówkę. A tenże ubezpieczyciel powinien mieć szansę podpisania umowy z każdym dobrym szpitalem, nie tylko tym w jego regionie, pod którego oddziałem i opieką znajduje się dany szpital. To tyle, jeśli chodzi o płatnika.

Teraz przejdę do świadczeniodawcy. Pewnie się państwo zgodzicie z tym, że szpital szpitalowi nierówny, to w dużej mierze zależy od tego, kto zarządza tym szpitalem. Ja sama byłam i lekarzem, i zarządzającym placówką i nie uważam, aby najlepszym rozwiązaniem było to, by zarządzaniem szpitalem zajmował się lekarz, nawet jeśli on ma przygotowanie menedżerskie, co oczywiście jest na jego plus. No ale w większości naszych polskich placówek służby zdrowia zajmują się tym lekarze bez tych dodatkowych studiów. Może warto byłoby, żeby to była firma lub zarządzający, którego organ założycielski wynajmuje jako profesjonalistę. Nawet byłabym tak daleka w tym swoim liberalizmie, żeby dać mu procentowy udział od tego, jak dobrze sprawuje swoją funkcję, czyli monitorować jego prace – nie na zasadzie wynajętem cię na kontrakcie bardzo wysokim, a ty teraz rób, co możesz zrobić, tylko podzielić płace, wydzielić płacę zasadniczą i powiedzieć mu: jeśli uda ci się wyprowadzić szpital ze zobowiązań, dostajesz procentowo podwyżkę swojej płacy. Jest to motywacja niewątpliwie do tego, aby ten menedżer, który trafi do tej placówki, starał się.

Wcale nie jest powiedziane, że jeden menedżer ma zarządzać tylko jedną placówką. Może to być firma, nie tylko jedna osoba. A jeśli mamy dobrą firmę, która chce zarządzać profesjonalnie, to niech zarządza nawet wszystkimi szpitalami, które są na terenie powiatu, a które i tak ze sobą muszą współpracować. To by była kwestia zarządzania.

Kwestia kontraktu, czyli tego co państwo dostaniecie, będzie niewątpliwie w przyszłości trochę odmienna od tego, co w tej chwili jest. Dlaczego? Wejdzie w życie system HRG. Chcemy ten system bardzo szybko wprowadzić jako pilotaż. I myślę, że albo od lutego, albo od marca wejdzie on w dwóch województwach jako pilotaż, tak żeby od 1 lipca, czyli w drugim półroczu można było już w tym nowym systemie kontraktować i sprawozdawać. Uważam, że to będzie bezwzględnie korzystniejsze. Ale nie na dzień dzisiejszy. Dlaczego? Dlatego że tego nowego systemu kontraktowania, przeniesionego z Anglii, gdzie do końca jeszcze dopracowują ten system, musimy nauczyć się w polskich warunkach. Przede wszystkim dlatego, że w Anglii jest tylko i wyłącznie niepubliczna służba zdrowia, czyli zupełnie inna, rynkowa. My dzisiaj w tym totalnym bałaganie, gdzie mamy placówki publiczne, niepubliczne, one się mieszają ze sobą, są jeszcze samorządowe, a przy tym organy założycielskie na różnym szczeblu referencyjności, będziemy mieli duży problem, będziemy musieli nauczyć się pewnych rzeczy i trzeba wiedzieć, że w tym naszym pomysle referencyjności szpitali może okazać, że dyrektorzy będą się gubić.

Ja nie jestem przeciwnikiem tego, żeby polski pacjent, który płaci składkę, miał wycinany wyrostek w klinice. Ale dlaczego ma go mieć w klinice, a nie w swoim dobrym powiatowym szpitalu? Stąd mój pomysł dotyczących referencyjności. Jak on chce bardzo w tej klinice i u tego dokładnie profesora wyciąć ten wyrostek, to niech on ma szansę to zrobić, ale za dopłatą. Ta klinika dostanie za to dokładnie tyle samo co szpital powiatowy, a z dodatkowego ubezpieczenia pacjent zapłaci za komfort, za to, że ma to zrobione w klinice i u pana profesora, bo taki był jego wybór. On nie miałby wcale gorzej wykonanej operacji w swoim powiatowym szpitalu.

A więc to co po drodze mówiąc o kontraktowaniu... Instrumenty dla tego dobrego menedżera, który idzie po kontrakt, mają być bardzo oczywiste. Czyli to jak on policzył koszty... No i on ma mieć partnera, który musi to uwzględnić. A żebyśmy mogli to uwzględnić, to musimy mówić niestety o pieniądzach, które są w systemie i odpowiedzieć sobie na pytanie, czy płatnik dysponuje określoną ilością pieniędzy, którą moglibyśmy dzisiaj zgodnie z uczciwie policzonymi kosztami zaoferować naszym placówkom. Trzeba sobie odpowiedzieć na dwa pytania. Czy tych szpitali w Polsce, których menedżerowie przyjdą po kontrakty, jest za dużo czy za mało? Czy tych pieniędzy, które dzisiaj są w systemie, wystarczy dla wszystkich tych, których zostawimy? Żeby odpowiedzieć na te pytania, musimy odpowiedzieć pacjentom, czy ta składka, którą płacą, spełnia rolę pakietu podstawowego, w ramach którego oni będą się czuli bezpiecznie i w ramach którego ktoś będzie ratował ich życie. A więc musimy odpowiedzieć na pytanie: co jest koszykiem świadczeń gwarantowanych, czyli ofertą, którą oni dostają za składkę? Jeśli już wiemy, ile jest świadczeń, mamy dobrą, sprawną, niepodrasowaną, bo papier wszystko przyjmie, sprawozdawczość, to wiemy, jakie są tak naprawdę realne potrzeby zdrowotne na danym terenie.

Dla przykładu powiem państwu coś, choć zabrzmie to paradoksalnie. Podczas ostatnich strajków, tych które miały miejsce tu w Warszawie, i zamykania nie całych szpitali, ale oddziałów, było o dwanaście tysięcy hospitalizacji mniej. I co się nagle

wydarzyło? Czy w jakikolwiek sposób śmiertelność wzrosła? Nie. Hospitalizacje są generowane. Ja bardzo dzisiaj chcę, aby powiedzieć, że do szpitala przyjmujemy dlatego, że lekarz pierwszego kontaktu i specjalista sobie nie poradzi. Ale ten trójkąt, o którym bardzo często mówimy, niestety się w Polsce odwrócił. My dzisiaj mamy zupełnie inną sytuację niż w krajach europejskich. W innych krajach europejskich szeroka podstawa trójkąta to podstawowa opieka zdrowotna, a wierzchołek to szpital, a u nas jest to odwrotnie. Wszystko to, co powinno być wykonane w pierwszej kolejności, a nie jest niekiedy z powodu ograniczeń wykonywania badań i paru jeszcze innych rzeczy, ale przede wszystkim finansów, jest kierowane szerokim strumieniem do szpitala. Jeśli chcielibyście państwo przeanalizować, jak to się dzieje w innych krajach, to ja państwu jutro tę statystykę przedstawię, jest tam zupełnie odwrotnie niż u nas w Polsce.

I chcę powiedzieć, że u nas w Polsce, co jest dość charakterystyczne, jeszcze w 2000 r. mieliśmy na leczenie szpitalne dokładnie 9 miliardów zł, w 2007 r. na leczenie szpitalne poszło z Narodowego Funduszu Zdrowia ponad 19 miliardów zł. Proszę mi powiedzieć: co się zmieniło dla pacjentów? Dzisiaj pacjent pewnie jest jedynym, którego można pytać, czy system ten jest dobry. To będzie ten wiarygodny miernik, czy ten system jest dobry.

Jeśli dzisiaj mówę o tym, że w Polsce trzeba zweryfikować szpitale, to nie chodzi mi o to, żeby jedno zamykać, drugie otwierać. Nie. Trzeba dzisiaj zdać sobie sprawę z tego, że wskaźnik ostrych łóżek w Polsce to 5,1 na tysiąc mieszkańców, kiedy w Anglii i we Francji to jest 3,6, 3,8. A więc my dzisiaj rzeczywiście wszystko leczymy na ostro. A może lepiej wykorzystać te łóżka na łóżka długoterminowe? Wszystkie statystyki świadczą o tym, że najczęściej i najwięcej korzystają z leczenia ludzie w ostatnim okresie swojego życia, czemu trudno się dziwić. Jak będę stara, pewnie też będę schorowana, choć już jestem, no i będę więcej korzystać z tej polskiej służby zdrowia. Może te łóżka długoterminowe powinny znaleźć się w zasięgu mojej ręki.

Pamiętajcie państwo również o tym, że wszystkie zakłady pielęgnacyjno-lecznicze, zakłady pielęgnacyjne funkcjonują dzisiaj na zupełnie innych zasadach, inaczej są finansowe niż ostre łóżka. Tam pacjent już współpłaci za pobyt. A więc jeśli ktoś dzisiaj do mnie mówi, że potrzeba współpłacenia pacjentów, to ja pytam, do czego jeszcze mają dopłacać. Dopłacamy do leków, do stomatologii, do sanatoriów, do sprzętu ortopedycznego i pomocniczego. A teraz będziemy współpłacić za podstawową pracę szpitali? W zakładach pielęgnacyjno-leczniczych też już współpłacimy. I to wcale nie ma. Jeśli ktoś ma swoją rodzinę w takim zakładzie, to wie, ile to kosztuje.

A więc to nie jest sprawa likwidacji łóżek, ale przekwalifikowania tych łóżek, pełnego rozeznania i dopiero potem przekwalifikowaniach tych łóżek. Nad tymi pacjentami musi się ktoś pochylić i opiekować się nimi.

Czy mamy dostateczną liczbę pielęgniarek i lekarzy? Dzisiaj odpowiadam: nie. Ale jest również niebezpieczeństwo, jedno niebezpieczeństwo, które wynika z tego, że zamknięto gdzieś po drodze licea pielęgniarskie. Ja powiem państwu szczerze, że miałam do czynienia z pielęgniarkami, które były uczone w liceach pielęgniarskich. One przychodziły do powiatowego szpitala i tak naprawdę uczyły się praktycznej roboty. A dzisiaj mamy pielęgniarki po wyższych studiach. I chwala im za to, bo mogą i zarządzać szpitalem, i pewnie ich wiedza jest większa. Ale przecież chodzi o praktykę, o to, co tak naprawdę ta pielęgniarka powinna robić. A ona powinna umieć zacewnikować, powinna umieć założyć sondę, powinna umieć wykonać te czynności, w któ-

rych mogłaby w sposób zgodny z prawem zastąpić lekarza. Mam wątpliwości, czy to nasze kształcenie zmierza w dobrym kierunku. Dobrze byłoby również, aby pielęgniarki w jakimś stopniu, nie tylko formalnym i papierkowym, zastępowały lekarzy, żeby potrafiły to zrobić i miały do tego prawo.

Kompetencje, które są zapisane w aktach prawnych... Gdybyście państwo dzisiaj przeczytali te ustawy, na przykład ustawę o ratownictwie medycznym, sztandar, który miał być takim wielkim sukcesem... Autentycznie mam wrażenie, że pisał tę ustawę ktoś, kto nie zna realiów pracy w pogotowiu. Jeśli dzisiaj ratownik, który jedzie w zespole bez lekarza, ma prawo podania leku narkotycznego – a wszyscy lekarze wiedzą, że w przypadku leków narkotycznych może dojść do ostrego zablokowania ośrodka oddechowego – i jednocześnie temu samemu ratownikowi zakazuje się intubacji, to przepraszam bardzo, po co mu wpisywać coś, co może spowodować taką sytuację, że do szpitala dowiezie się trupa, nic innego. To są te akty prawne, które musimy dzisiaj pozmieniać, chociażby w zakresie kompetencyjnym, bo one wcale nie są rewelacyjne. To jest następny element naszych prac.

Mówiłam o pielęgniarkach. Warto byłoby zastanowić się nad tym, my nie chcemy na siłę nikogo uszczęśliwiać. To środowisko pielęgniarskie powinno dzisiaj przyjść z propozycją i powiedzieć: my chcemy takiego systemu kształcenia. Obowiązkiem państwa jest dać im jak największą szansę, znaleźć pieniądze, mówię tu o środkach unijnych, żeby kształciły się tak, jak chcą, żeby były jak najlepsze. Dajmy tę szansę pielęgniarkom, żeby one powiedziały, w jakim systemie chcą się kształcić. Pracujemy nad tym z Departamentem Pielęgniarstwa, niebawem będziemy mieli taką panią, która będzie doradcą ministra zdrowia do spraw pielęgniarstwa. To jest pani, która zajmuje się tym od lat, od kilku lat pracuje również w Brukseli, zna realia innych krajów, to będzie osoba, która będzie ten program prowadzić.

I sprawa lekarzy. Nie oszukujmy się. Może niektórzy lekarze poczują się dotknięci jak to powiem, ale jesteśmy w takim gronie, że warto powiedzieć sobie prawdę. Dlaczego tak jest, że dzisiaj nie znajdujemy chętnych na specjalizację z neonatologii, ale za to mamy pełną blokadę, jeśli chodzi na przykład o ginekologię, o psychiatrię, o neurologię? Bo mamy ograniczoną liczbę tych miejsc specjalizacyjnych w tej konkretnej dziedzinie. I niech nikt nie opowiada, że nie wynika to z tego, że gdzieś tam po drodze jest jakaś grupa, która mówi: my tu jesteśmy najlepsi, po co tu nam inni, którzy wchodziłoby nam w to nasze poletko?

My chcemy zrobić jedno: nie ograniczać dostępu do specjalizacji, choć on oczywiście musi pokrywać się z mapą, jaką chcę stworzyć, i potrzebami zdrowotnymi. Na te potrzeby nałożymy liczbę specjalistów. Dzisiaj dzieje się to dla zasady. Gdzieś na południu Polski brakuje neurologów – jako przykład oczywiście to podaję, to nie ma pokrycia w żadnej statystyce, także w tej, którą mam właśnie przed sobą – a na północy brakuje na przykład endokrynologów, albo odwrotnie, ale my blokujemy przyjęcia i na endokrynologię, i na neurologię, a zachęcamy do zupełnie innych specjalizacji. A więc chcę, żeby ci młodzi ludzie kształcili się w tych kierunkach, w których chcą. Nie chcę blokować dostępu do specjalizacji, chcę to odblokować, niech młodzi ludzie wchodzi w zawód i kształcą się zgodnie z potrzebą, jaką na tej mapce będą miała, na te potrzeby zostanie naniesiona liczba specjalistów zgodnie z wymogami unijnymi po uwzględnieniu polskich warunków jak czas oczekiwania, bezpłatność i jeszcze parę innych rzeczy. Oczywiście też prawa pacjenta, do których za chwilę dojdę.



Czyli kadra, kształcenie tej kadry plus promocja młodych lekarzy, o której nie będę tu mówić, bo i tak ostatnio dość często o tym mówiłam, łącznie z corocznym podnoszeniem ich wynagrodzenia, w każdym budżecie. Ponieważ niebawem zaczną się prace nad nowym budżetem, chciałabym uwzględnić podwyżkę dla młodych lekarzy, czyli stażystów, rezydentów, jak również stażystek pielęgniarstwa, czyli tej kadry medycznej, o której mówiłam.

Zaczynam teraz... Zgubiłam się... Co?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Teraz przejdę do pacjentów.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

A nie, jeszcze pozostanę przy świadczeniodawcy. Powiem, że sprawny szpital to jest szpital, w którym i pielęgniarka, i technik, czyli pracownicy medyczni, mają szansę zarobić więcej. Ja sobie nie wyobrażam, żeby dyrektor, któremu wisi na karku komornik, myślał o jednym: jak dać podwyżkę swoim pracownikom. Nie może dać tej podwyżki, bo szpital jest w kiepskiej kondycji, i lepiej, żeby te szpitale były w lepszej kondycji. Logika na to wskazuje. A żeby szpitale były w lepszej kondycji, muszą być zawierane dobre kontrakty i dyrektor musi dobrze zarządzać tym swoim szpitalem. Ale również muszą być warunki prawne, które zmuszą do tego pana dyrektora, który odpowie za złe zarządzanie nie tylko tym, że straci stanowisko – straci je w jednym szpitalu i za chwilę jako szwagier pana starosty pójdzie do drugiego szpitala jako dyrektor. Jeśli był kiepski, to nie tylko straci stanowisko, ale jeszcze osobiście odpowie za to, nawet swoim majątkiem, że był niegospodarny.

Ustawa, którą my wnieśliśmy, czyli ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, nakłada obowiązek nie tylko na dyrektora, ale nakłada również obowiązek na organ założycielski. My chcemy, żeby to były spółki handlowe. Te spółki handlowe nijak się mają do tego, czym straszy się w tej chwili naszych polskich pacjentów – do prywatyzacji. Wymienię za chwilę dwa szczegółowe zapisy w tej ustawie, które powodują, że tej spółki tak naprawdę sprywatyzować nie będzie można. A poza tym... Niech ci wszyscy, którzy nagle się boją, że ktoś się uwłaszczy na tym majątku za złotówkę, wiedzą, że są dwa zapisy, które świadczą o tym, że tak nie będzie. Po pierwsze, i budynek, i grunt zostają oddane w dzierżawę i w użytkowanie. Nawet jeśli ta spółka upadnie, to budynek i grunt nie będą podlegały masie upadłościowej, bo są własnością w dalszym ciągu samorządu. Po drugie, nie można zbyć tego poniżej progu, jakim jest 51% udziału. Czyli samorząd w dalszym ciągu będzie kontrolował to, co dzieje się w tej spółce. Jednocześnie w tych zakładach opieki zdrowotnej, które nie będą przekształcane w spółki, my będziemy mieli szansę, aby pana dyrektora i organ założycielski zmusić do bilansowania co trzy miesiące tego, co jest powyżej 60% kontraktu. W przypadku, kiedy dany zakład opieki zdrowotnej będzie tracił płynność finansową, nakładamy na samorząd obowiązek... Notabene ten obowiązek samorząd już ma w tej chwili, tylko nie można wyegzekwować jego realizacji, bo nie jest to nigdzie czytelnie zapisane. Obecnie samorząd może albo przejąć zadłużenie, albo zlikwidować szpital, który się zadłuża, a my mówimy: niech on go restrukturyzuje, niech nie spędza ludzi z powiatu w obronie tego szpitala, tylko co trzy miesiące niech wyrównuje ten niedobór, jeśli wybrał takiego a nie innego zarządzającego. A więc spółki handlowe, oczywiście w zgodzie z kodeksem spółek handlowych, czyli bardzo czytelne prawo, nikt niczego nie musi się domyślać.

Wiemy, że od podejmowania decyzji, czy będzie ogłoszona upadłość i postępowanie upadłościowe, jest sąd, jak wiemy jedyny w Polsce niezawisły organ, który o tym może decydować. I sąd może na przykład powiedzieć: nie trzeba w tej chwili przeprowadzać całego procesu upadłości, trzeba dać szansę i restrukturyzować placówkę. Ale to będzie decyzja sądu, a nie pana starosty, nie dyrektora.

Jeśli chodzi o spółki, proszę państwa, to one mają jeszcze jedno zabezpieczenie. Pracownicy bardzo boją się tego, że w pewnym momencie zostaną wyrzuceni na bruk, nie będą mieli pracy. Przy takiej liczbie kadry medycznej, jaka obecnie jest... Pamiętajcie o tym, że to jest taki rynek, na którym tak naprawdę popyt jest nieograniczony. Jeśli nie będzie jednej czy drugiej struktury, to kolejna struktura natychmiast przejmie tych ludzi. Nie bójmy się tego! Tylko ja bym chciała, żeby to przejmowała lepsza struktura, a nie ta, która akurat jest pod ręką, równie zła, która za kilka miesięcy znowu upadnie.

Jeśli mają być podmioty, podmioty typu spółki, to niech one między sobą konkurują – o jakość, o pacjenta i również o pieniądze z Narodowego Funduszu Zdrowia. Ale niech ten fundusz nie będzie monopolistą, niech ta spółka może korzystać z każdego z tych płatników, a będziemy ich mieli na rynku szczęściu, którzy też będą między sobą konkurować o te szpitale i o te spółki, którzy przyjdą po te kontrakty. To jest nasz pomysł, jeśli chodzi o obieg pieniędzy.

Teraz przejdę do pacjenta, który nagle będzie miał możliwość skorzystania ze swojego prawa. Chciałabym przy tej okazji, przy pokazywaniu koszyka świadczeń gwarantowanych, powiedzieć, że on musi być determinowany pewnymi ogranicznikami. To co będzie w koszyku musi być przede wszystkim bezpłatne, ale musi być określony również czas przyjęcia, czyli ogranicznik czasowy, musi być powiedziane, w jakim czasie ma być zrealizowane świadczenie. I wreszcie jakość tego świadczenia. To będzie najtrudniejsze, bo to będzie podstawa, zapisana w naszej ustawie o prawach pacjenta, do tego, żeby pacjent mógł dochodzić swoich praw. Jednocześnie nakładamy na pacjentów pewnego rodzaju obowiązek, który pokazuje jak dzisiaj pacjent nie odpowiada za swoje zdrowie, bo czytając art. 68 Konstytucji RP wszyscy twierdzą, że wszystko im się należy i to za darmo. To nie jest tak, tam jest zapisany równy dostęp, ale nie dostęp nieodpłatny. A więc co zrobić, żeby ten pacjent mógł mieć szansę wypełnienia tego koszyka świadczeń gwarantowanych łącznie z tymi ogranicznikami? Mówimy o skróceniu czasu oczekiwania na daną procedurę. Jedyna szansa na to, proszę państwa, tak naprawdę, to jest stworzenie możliwości, żebyśmy mogli ten czas, który jest poza wykonanym kontraktem, a więc te niewykorzystane siły i ludzkie, i sprzętowe, wykorzystać. Gdybyście państwo poszli dzisiaj do paru szpitali, to zobaczylibyście, że tak naprawdę na wielu oddziałach, na salach operacyjnych pali się niebieskie światełko, tomograf stoi, aparat do USG stoi – z dwóch powodów: albo nie ma lekarza, który mógłby zrobić badanie, albo nikt się tym po prostu nie zajmuje i sprzęt sobie odpoczywa. Powiem państwu szczerze, że choćby była to forma liniowa amortyzacji, którą byście państwo zastosowali... Ten sprzęt stojąc bardziej się niszczy, niż używany, on powinien być używany. A więc używajmy tego sprzętu! Czyli poza limitem, który jest określony w kontrakcie, wykorzystajmy zarówno zasoby materiałowe, sprzętowe, jak i ludzkie. Dlaczego? Bo doktor chętniej przyjdzie po południu i zrobi badanie USG, jeśli dostanie za to kasę. I powinien ją dostać, a sprzęt powinien być używany. Co w związku z tym się zadzieje? Ten normalny pacjent, który stoi w kolejce... Po drodze mamy tych,

którzy mają dość dużo kasy i mogą tę kolejkę ominąć zupełnie inaczej. Wszyscy wiemy, że to czynią, ale niech ją w sposób formalny omijają. Taki pacjent pójdzie w tym trybie ponadprogramowym, pójdzie na to badanie po południu, na przykład matka z dzieckiem, żeby sprawdzić stawy biodrowe, pójdzie sobie po południu idąc na spacer na badanie i wykorzysta to USG, nie będzie stała w kilometrowej kolejce, a jednocześnie skróci te kolejki dla tych ludzi, którzy dodatkowo ubezpieczyć się nie mogą.

A więc dodatkowe ubezpieczenia jako dodatkowy wpływ pieniędzy do systemu. To nie są duże pieniądze, bo wiemy, że i oferta nie będzie duża. Ale jak włożymy w tę ofertę również refundację leków, które dzisiaj nie są na liście leków refundowanych, to ta oferta się już rozszerzy. A więc warto o tym pomyśleć, żeby wejść na rynek dodatkowych ubezpieczeń. Wtedy te pieniądze, które krążą tak naprawdę pod stołem, zaczną krążyć w sposób legalny, one wejdą po prostu do systemu. Przecież pieniądze za to wykonane USG, rentgen, tomografię, za te dodatkowe badania, trafią od tego dodatkowego ubezpieczyciela do tego szpitala, który to wykona, a więc wzmocnią finansowo tę placówkę. Musi być tylko wola, musi się chcieć i mieć, kim robić. No i trzeba mieć dobry sprzęt.

O sprzeczcie już mówiłam. Są odpowiednie programy, warto kiedyś usiąść i o tym porozmawiać. Muszę państwu powiedzieć, że tam też jest wiele patologii. My nie umiemy jeszcze korzystać ze środków europejskich. Ja dokładnie to przeanalizowałam i jestem przerażona, że przyjdzie taki okres, w którym tych pieniędzy nie wykorzystamy. Może warto byłoby na poziomie właśnie komisji senackiej i sejmowej zrobić, nie wiem, jakąś akcję promocyjną, która by tego dotyczyła, zebrać dyrektorów, może organy założycielskie, pokazać, jak łatwo można z tych pieniędzy skorzystać i że warto z nich skorzystać. To jest sprawa dodatkowych ubezpieczeń.

Pokazałam państwu trzy ustawy: ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, o prawach pacjenta i dodatkowych ubezpieczeniach. Chcę powiedzieć jeszcze o jednej rzeczy, niezbędnej do tego, żeby ustawa o zakładach opieki zdrowotnej funkcjonowała nie jak śmietnik, bo jak państwo wiecie ustawa ta była nowelizowana ponad trzydzieści razy i tak naprawdę został z niej tylko i wyłącznie tytuł. Gdybyśmy dzisiaj chcieli uporządkować, powinniśmy pewne kwestie z niej wyłączyć. I tak też zrobiliśmy.

Wyłączyliśmy akredytację, prawa pracownicze, w tym czas pracy, i konsultantów. To są trzy zagadnienia, które odrębnymi aktami prawnymi zostały wyłączone z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. I teraz ona nareszcie staje się przejrzysta, bo jak było wszystko w tej jednej ustawie, to mieliśmy groch z kapustą. Efekt tego był taki, że większość zapisów gdzieś tam po drodze uciekła, kolejna nowelizacja powodowała, że ustalaliśmy, czy kiosk ruchu i fryzjer może być w holu umieszczony, bo to już jest działalność gospodarcza. Sama pamiętam jeszcze prace nad tą ustawą w poprzedniej kadencji. Albo dyskutowano o tym, jak zakład pogrzebowy ma funkcjonować.

Myślę, że pewne akty prawne muszą być bardzo przejrzyste. W myśl tego, co mówimy w tej chwili o prawach pacjenta, te akty muszą być możliwe do odczytania również przez normalnego pacjenta, takiego, który nie jest prawnikiem, parlamentarzystą czy senatorem... Senator też jest parlamentarzystą, tak?

*(Głos z sali: Też.)*

No właśnie.

*(Głos z sali: Tak się dziwnie złożyło.)*

Przepraszam.

*(Wesołość na sali)*

A więc ten akt prawny ma służyć ludziom, a nie komplikować im życie. Jak człowiek przeczyta ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, to powinien dokładnie wiedzieć, co jest szpitalem – my to wreszcie definiujemy w tej ustawie – mało tego, co jest zakładem pielęgnacyjno-leczniczym i na jakich zasadach to funkcjonuje, również zasadach finansowych. To też jest zawarte w tej ustawie. Do dzisiaj państwo mieli ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie nikt nie zdefiniował tak naprawdę, co to jest szpital. Gdybyście państwo wszystkie te nowelizacje wzięli sobie po kolei, to zobaczylibyście, że tam nie ma tej definicji. My porządkujemy to prawo, tworzymy dodatkowe akty prawne, o których mówiłam, częściowe, które będą bardzo kompatybilne z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, będą ją uzupełniać.

To co chcemy w przyszłości zrobić, w bardzo niedalekiej przyszłości, to przygotować nowelizację ustawy o ratownictwie medycznym. Nie ma jeszcze ustaleń, ale bardzo chciałabym i pewnie będę tu szukała wsparcia, abyśmy pomyśleli, czy to ratownictwo nie powinno jako najbardziej kosztochłonne być przejęte w całości pod skrzydła budżetu państwa. Będzie to duża operacja, kosztowna, więc trzeba na to zgody, również zgody politycznej, ale warto o tym myśleć i rozmawiać. Na tym etapie oczywiście jest to niemożliwe, bo w tej chwili mamy kupę rzeczy do zrobienia. Ustaw, które są zaplanowane w pierwszym półroczu, już zatwierdzonych na posiedzeniu Rady Ministrów jako plan na pierwsze półrocze, jest dziesięć. I to właśnie ich terminami jesteśmy zdeterminowani. Niestety, termin implementacji unijnego prawa do prawa polskiego już dawno minął, więc narażamy się na wszelkiego rodzaju kary z tym związane.

I wreszcie, proszę państwa, powiem to, co jest dla mnie oczywiste i co powinniście państwo wiedzieć. Nie powinniśmy się spieszyć, jeśli chodzi o strategiczne ustawy. Dzisiaj wróć do jednego mojego wystąpienia, które tuż po objęciu przeze mnie stanowiska ministra wzbudziło tyle emocji, chociażby wśród pracowników ochrony zdrowia. Dwa lata zwlekaliśmy z tym, żeby wprowadzić przepisy o czasie pracy lekarza, mówię o przystosowaniu dyrektywy unijnej, zapisanej w ustawie. A wiecie państwo dlaczego to powiedziałam? Ja po prostu czułam i głęboko byłam przekonana o tym, że symulacja kosztów wdrożenia tej ustawy nie będzie tą, jaką podano w ustawie, inne będą koszty wdrożenia tej ustawy. My na dzień dzisiejszy daliśmy 1 miliard zł, a teraz w zmienionym planie finansowym pójdzie na to blisko 1 miliard 400 milionów zł z powrotem do szpitali. Ruszymy następne rezerwy, które będą po zakończeniu roku obrachunkowego i zakończeniu bilansu, w granicach jednego, może półtora miliarda. Zobaczcie państwo, ile... Mamy w tym roku w systemie blisko o 5 miliardów więcej w planie Narodowego Funduszu Zdrowia i to wszystko to jest za mało na to, żeby zaspokoić roszczenia, które wynikają z wdrożenia tej ustawy. Gdyby ktoś tak naprawdę dzisiaj pomyślał i powiedział mi, że 3 miliardy 366 milionów zł z Funduszu Pracy, psujące zupełnie coś innego... Dla mnie pracujący odprowadzający składkę wyższą niż 26 zł, a taką płaci państwo za bezrobotnego, jest dużo większym wzmocnieniem dla systemu. I jest to na pewno mniej kontrowersyjne, jeśli chodzi o psucie systemu. Wzięcie tych pieniędzy nie spełniłoby oczekiwań, bo dzisiaj oczekiwania płacowe – a mamy rozpoznanie na poziomie szpitali, jeśli chodzi o lekarzy i średni personel – są na poziomie 14 miliardów zł.

Proszę mi powiedzieć: kto był przygotowany do wdrożenia takiego aktu prawnego? Ja się czuję poniekąd oszukana i przyciskana do muru w tej chwili, mówi się, że winnam rozwiązać problem, który mógł być rozwiązany na poziomie 750 milionów zł.

Ja bym powiedziała tak: to ja dzisiaj powinnam ziewać, bo ten 1 miliard zł to już dawno na to poszedł, więc wszyscy będą mieli potąd pieniędzy, tak? Tylko że mnie w tej chwili brakuje dokładnie tyle, ile państwu powiedziałam, 13 miliardów 250 milionów zł – według naszych szacunków.

Dzisiejsza sytuacja nie jest łatwa i to trzeba rozwiązać. Będziemy to rozwiązywać wspólnie. Te wszystkie działania, o których mówimy, oprócz prac legislacyjnych, wymagają pewnego zrozumienia. Nikt dzisiaj nie podniesie z dnia na dzień składki o 3%. Kto z państwa poszedłby do naszych polskich pacjentów i powiedział: Kochani, nic wam się nie zmieni – ja mówię tylko o tym, ile potrzeba na płace, a dla was nic się nie zmieni. Kolejka się nie skróci, leki nie będą tańsze, ale zapłacicie 3% składki więcej. Czy ktoś z państwa miałby odwagę pójść i powiedzieć tym pacjentom, że tak ma być? Ja takiej odwagi nie mam i powiem szczerze, że byłoby to w moim odczuciu, choć oczywiście mogę się w tym różnić od państwa... Gdybym ja nie zrobiła pewnych rzeczy, najpierw nie poszukała pieniędzy w tymże systemie i wystąpiła tylko z taką ofertą, oferując pacjentom tylko i wyłącznie jedno, że przy skróconym czasie pracy lekarzy, będą mieli kolejki niestety dłuższe, bo jak lekarz będzie pracował krócej, to nie będzie więcej robił, tylko będzie robił mniej, w statusie pacjenta nic się nie zmieni, żeby oni dali mi więcej kasy... Gdybym tak zrobiła, to nie byłoby uczciwe.

I dlatego ja chcę zrobić coś innego. Wyobraźcie sobie państwo, że macie dom, jest zima, jest kaloryfer i na oścież otwarte okno, przez które oczywiście zimne powietrze wpływa sobie do tego domu i jest zimno. Będą tacy, którzy powiedzą: trzeba dostawić kaloryfery, a ja mówię: najpierw trzeba zamknąć okno, a dopiero potem dostawić kaloryfery. Tak to obrazowo wygląda. Choćbym nie wiem ile dostawiła tych kaloryferów, to i tak to zimne powietrze będzie się pchało, jak okno będzie otwarte. Jest to obrazek poprzez który ja tłumaczę moim pacjentom pewne rzeczy. I warto to robić.

I warto mówić również o tym, co chcemy zrobić, jeśli chodzi o rynek ubezpieczycieli prywatnych. Chcemy ten rynek otworzyć w 2012 r. W 2010 r. chcemy, zgodnie z harmonogramem, dokonać decentralizacji płatnika, byłoby ich sześciu, ale jednocześnie przy ubezpieczeniach dodatkowych chcemy wprowadzić Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych po to, żebyśmy nie mieli pomysłu na to – ja nie mówię my, ale będą pewnie tacy, którzy mogliby mieć taki pomysł – żeby w jakiś tam nieuczciwy sposób zdefraudować pieniądze obywateli. Taki urząd musi powstać, bo każdy z tych płatników to musi być taka instytucja, która zanim wejdzie na rynek, musi być sprawdzona bardzo dokładnie, czy ma zabezpieczenie finansowe, żeby jednak te nasze polskie pieniądze w formie tych składek dodatkowych były bezpieczne.

I wreszcie powiem teraz to, o czym pewnie wszyscy marzą, czyli żeby sobie dać odpowiedź na pytanie, jak ma to wszystko funkcjonować, jeśli chodzi o poziom dostosowywania naszego systemu do Unii Europejskiej. Jest to odpowiedź, która musi w debacie publicznej zaistnieć. Czy chcemy mieć służbę zdrowia na poziomie najnowocześniejszych procedur, czy dochodzenia do tych procedur, którymi będziemy leczyć swoich pacjentów, czy to będą tylko takie procedury, które będą zabezpieczać życie, będą bezpieczne dla pacjentów, ale niekoniecznie drogie? I tę odpowiedź, niewątpliwie bardzo trudną, musimy dać jako propozycję tego koszyka, który nie może być koszykiem stałym. Będzie to koszyk, który będzie raz w roku uaktualniany. Kiedy będziemy mieli więcej pieniędzy w systemie, to zawsze będę mogła wyjść i powiedzieć: dzisiaj ta oferta, proszę państwa, jest dla was taka, a innym razem powiem: nie-

stety tylko taka, bo na więcej nas w Polsce nie stać. Ale to trzeba wreszcie odważnie powiedzieć. Jak dopłyną te pieniądze, ten system będzie szczelny, sprawny, to tę ofertę w ramach tego będziemy państwu rozszerzać. I będziemy ją rozszerzać, jeśli te pieniądze, które będziemy mieli w systemie, będziemy racjonalnie wydawać.

Nie wiem, starałam się mówić szybko i o wszystkim, więc może... No brzmiało to tak, jak brzmiało, ale w tak krótkim czasie... Możemy sobie jeszcze gadać, ja mogę tu o szczegółach gadać na przykład, ale myślę, że przed jutrzejszą debatą mnie oszczędzicie, a jutro możemy sobie zadawać pytania na sali. Tak?

*(Senator Michał Okła: Senatorowie nie mogą jutro zadawać pytań, tylko parlamentarzyści.)*

*(Głos z sali: Ale ten Michał jest złośliwy.)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję, Pani Minister.

*(Minister Zdrowia Ewa Kopacz: Niestety, już jest wpół do piątej, muszę więc lecieć, bo zaczynają się nasze głosowania...)*

Jeszcze parę minut proszę z nami zostać.

Czy są jakieś pytania do pani minister?

Bardzo proszę, pan senator Pawłowicz.

**Senator Zbigniew Pawłowicz:**

Pani Minister, ja przepraszam, że się ośmielam w ogóle zapytać, ale pani mnie do tego niechcący sprowokowała...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Chciałbym panią poprosić, żeby pani nie zamykała tego okna w tym pięknym domu, o którym pani powiedziała.

*(Minister Zdrowia Ewa Kopacz: Dlaczego?)*

Niech pani je szeroko otworzy, bo trochę świeżego powietrza do tego systemu potrzeba wpuścić. Ja bym prosił, żeby nie zamykać tego okna.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Mam kilka nie pytań, a propozycji, o których rozważenie, jeśli można, na już bym prosił. Dyskusja będzie szeroka, zabrakłoby czasu.

Rezydenci. Czy nie można by wprowadzić doraźnie takiego rozwiązania, żeby szpitale, które przyjmują rezydentów, partycypowały w części ich płac? Co się teraz dzieje, Pani Minister? Rezydenci są u specjalistów wojewódzkich, a ja i tak płacę pełną pensję, u mnie rezydenci mają dwa sześćset...

**Minister Zdrowia Ewa Kopacz:**

Ale w wielu szpitalach Panie Senatorze,...

*(Senator Zbigniew Pawłowicz: Jest tak samo lub podobnie...)*

Mało tego, wskazówkę taką piszemy, żeby dyrektor nie ograniczał się tylko do...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**Senator Zbigniew Pawłowicz:**

Nie, nie, nie chodzi o to, żeby akademia medyczna, która zabiera całą pulę... 50% akademia, 50% minister zdrowia. Nie będą brali, bo to jest dodatkowe finansowanie.

I następna sprawa. Wspomniała pani krótko o programie norweskim. Prosiłbym o spotkanie w tej sprawie, ja pokażę dokumentację kolejnych odrzucanych projektów, właśnie na Miodowej.

*(Minister Zdrowia Ewa Kopacz: No właśnie.)*

Właśnie na Miodowej. Pani minister porusza problem, że nie idą projekty w ramach programu norweskiego. A kto je wycina?

**Minister Zdrowia Ewa Kopacz:**

Pan senator mnie źle zrozumiał. Ja chcę właśnie zrobić tak, żeby skorzystać z tych środków, uprościć to, sprawić, żeby już nie ucinano.

**Senator Zbigniew Pawłowicz:**

Dziękuję.

Onkologia. Też króciutko. Chciałbym uprzejmie panią prosić odnośnie do dużej sprawy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Czy nie można dzisiaj otworzyć dla sześciu, ośmiu ośrodków, nie ma znaczenia jakich... Powiedziała pani, że jest to priorytetem, żeby oddziały płaciły za swoich pacjentów. To jest zmorą kolejek. Dzisiaj 25% pacjentów w ośrodku w Bydgoszczy jest spoza województwa i oddział bydgoski za to nie płaci. Czy dziś prezes funduszu nie może wydać dyspozycji – przecież cena tej procedury jest ta sama – żeby zapłacił oddział macierzysty, bo tam właśnie według wskaźnika naliczono te pieniądze.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale może na początek, doraźnie w marcu czy w lutym, prawda, bez żadnego przedłużania?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ogólnie powiem... Mam uwagę do ustawy o ZOZ i o spółkach prawa handlowego. Jednego w tym brakuje, Pani Minister, proszę o rozważenie tego, mianowicie całkowitego wydzierżawienia majątku przez spółkę komercyjną, to nie jest 51%, 75%. Jest inwestor, organ założycielski wydzierżawia mu wszystko i on prowadzi firmę. Dziękuję.

*(Brak nagrania)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak.

*Nolens volens*, musimy się pogodzić z tym, że pani minister ma inne obowiązki.

Dziękujemy bardzo za przyjście. Jak rozumiem, zostają z nami panowie ministrowie, więc jeszcze mogą być pytania.

Pani Minister, bardzo dziękujemy.

*(Minister Zdrowia Ewa Kopacz: Muszę zabrać ministra Grzegorka, który też będzie głosował na sali, ale pan minister Twardowski zostaje do państwa dyspozycji i zostają nasi dyrektorzy departamentów.)*

I pan minister Włodarczyk.

(*Minister Zdrowia Ewa Kopacz*: Tak, pan minister Włodarczyk, który sobie tam skromniutko jak myszka usiadł, widzicie?)

Widzimy.

(*Minister Zdrowia Ewa Kopacz*: Pytajcie go, może trzeba go jeszcze popytać, trochę go pomęczyć.)

Ale on mówi, że chce już wychodzić. Dobrze, to dziękuję bardzo.

**Minister Zdrowia Ewa Kopacz:**

Ja chciałabym podziękować panu przewodniczącemu i państwu. Rzeczywiście, czuje się tu klimat izby wyższej, naprawdę. Muszę powiedzieć, że jest tu sympatycznie, jest spokojnie...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę?

(*Senator Stanisław Karczewski*: Jest spokojnie, bo nie możemy zadawać pytań.)

Dlaczego, Panie Senatorze Karczewski?

(*Senator Stanisław Karczewski*: Bo nie możemy zadawać pytań.)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Ależ możecie, oczywiście... Ale pan chyba jako ten, który mnie prywatnie zna od co najmniej dwudziestu lat, najmniej tych pytań powinien mieć.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*) (*Wesołość na sali*)

(*Senator Stanisław Karczewski*: Całą listę miałem.)

To będziemy musieli się spotkać.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękujemy.

(*Minister Zdrowia Ewa Kopacz*: Dziękuję bardzo.)

Mam nadzieję, że to początek. Bardzo dziękujemy pani minister i zapraszamy ponownie.

**Minister Zdrowia Ewa Kopacz:**

Ja bardzo chętnie będę uczestniczyć w trudnych nawet spotkaniach. Warto byłoby pogadać również o tych regulacjach dotyczących środków unijnych. Dobrze by było, żebyśmy sobie usiedli i porozmawiali o tym, bo to jest ważna rzecz, a pieniądze są wcale niemałe.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze.

Dziękuję bardzo.

Minister Grzegorek uchodzi na sucho, bez żadnego pytania, ja nie wiem, jak to jest możliwe w izbie wyższej, no ale trudno.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)



*(Głos z sali: Jak zwykle mu się udało)*

Udało mu się.

*(Minister Zdrowia Ewa Kopacz: Pewnie najwięcej pytał by senator Okła, którym razem z panem posłem zarządzał szpitalem...)*

Tak, tak.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Dobrze.

Dziękuję bardzo. Króciutka przerwa techniczna.

Czy są jeszcze pytania do przedstawicieli ministerstwa?

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Szanowni Państwo, czy są pytania do pana ministra? Są.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Bardzo proszę.

**Kierownik Sekcji Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Stomatologii  
w Wydziale Lecznictwa Ambulatoryjnego  
w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia  
Krzysztof Klichowicz:**

Krzysztof Klichowicz, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, ja chciałbym poddać pod rozwagę pewną kwestię wynikającą z wypowiedzi pani minister, mówiącej o nieefektywności instytucji płatnika.

Zastanówcie się państwo, czy instytucja płatnika, jakkolwiek instytucja płatnika, może efektywnie i skutecznie działać wtedy, kiedy na koszty administracyjne tego działania ma zagwarantowane ustawowo 1% pieniędzy, którymi obraca. Nie znam takiej instytucji ubezpieczeniowej na świecie, finansowej, która potrafi za takie pieniądze skutecznie działać. Efektywność tej instytucji wynika z kosztów finansowych, które są ponoszone. Nie jest prawdą, nie wiem skąd pani minister wzięła dane, że płace w Narodowym Funduszu Zdrowia w ciągu tego roku dwukrotnie wzrosły...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jaka szkoda, że już nie ma pani minister. Ojej...

**Kierownik Sekcji Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Stomatologii  
w Wydziale Lecznictwa Ambulatoryjnego  
w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia  
Krzysztof Klichowicz:**

Biorę udział w pracach komisji konkursowych w trakcie postępowań rekrutacyjnych w Narodowym Funduszu Zdrowia. Proszę państwa, nie ma chętnych na te kokosy.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Rozumiemy.

Widziałem, że pan minister Twardowski się zgłaszał, tak?

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

Tak. Chciałbym się jeszcze odnieść ad vocem do wypowiedzi pana senatora Pawłowicza. Pan zapytał, czy pieniądze mogą pójść za pacjentem. Tak, Panie Senatorze.

(*Senator Zbigniew Pawłowicz:* Niedokładnie zostałem zrozumiany przez panią minister.)

Chodziło panu o zapłatę za pacjenta leczonego na oddziale onkologii?

**Senator Zbigniew Pawłowicz:**

Moje pytanie dotyczyło tego, czy Ministerstwo Zdrowia, prezes NFZ może wydać doraźną dyspozycję, powiedzmy od drugiego kwartału, pozwalającą na to, żeby w wybranych onkologicznych ośrodkach referencyjnych wystawiać faktury do oddziałów macierzystych pacjentów tam leczonych. Chodzi mi konkretnie o to, żeby oddział macierzysty zapłacił za leczenie, a nie oddział, z którym dany ośrodek ma podpisany kontrakt.

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

Panie Senatorze, w obecnym stanie prawnym nikt nie może wydać takiej dyspozycji. To było możliwe kiedyś, jak były kasy chorych, ale ich już nie ma. W kasie chorych, jak pan pamięta, była promesa, czyli przyrzeczenie zapłaty, i tak było. Zlikwidowano kasy, powstał Narodowy Fundusz Zdrowia, zlikwidował tę możliwość. Obecnie zbliża się już koniec roku obrachunkowego. Narodowy Fundusz Zdrowia stworzył zasady, jeżeli chodzi o funkcjonowanie tego, co nazywamy szpitalnictwem, czyli leczeniem zamkniętym. To musi być opracowane jednolicie, onkologia nie może być z tego wyłączona, bo będą protesty innych grup, hematologii i tak dalej, które również mają tego typu kłopoty.

Ale, co pan senator wyraźnie usłyszał, w tej chwili nastąpi przesunięcie środka ciężkości, czyli nie będzie tak jak przez te ostatnie kilka lat, kiedy nacisk był głównie na choroby układu krążenia. W tym zakresie osiągnięto już znaczący postęp, ludzie już tak nie umierają na zawały. Wiemy na co teraz umierają. I dlatego, Panie Senatorze, będziemy na pewno rozważać to, o czym pan mówił, zastanawiać się, co się da w tej materii zrobić. Ponieważ szpitale mają kontrakty do końca kwietnia, przeprowadzimy pilotaż nowych rozwiązań, a od 1 lipca będzie to już finansowane nieco inaczej. Są kwestie prawne do przedyskutowania z funduszem, w związku z tym zobaczymy, co się da zrobić. Tyle mogę panu powiedzieć.

My problem kosztów onkologii i płacenia za pacjentów rozumiemy. Tych ośrodków jest znacznie mniej i w związku z tym te ośrodki, które są, zbierają w cudzośłowniu pacjentów z całej Polski, leczą całą Polskę, a nie swoje województwo. W związku z tym płacenie za to tylko ze środków oddziału funduszu danego województwa oczywiście to województwo w jakiś sposób upośledza, jeżeli chodzi o nie samo. Rozumiem to.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

Pan senator Gogacz.

**Senator Stanisław Gogacz:**

Ja mam pytania w związku z proponowanymi zmianami ustrojowymi, o których raczyła powiedzieć pani minister.

Czy to jest moralne, że zanim doszliśmy do pewnego standardu, jeżeli chodzi o finansowanie świadczeń medycznych w skali kraju, czyli do 6% PKB – bo chyba taki jest standard, jeżeli chodzi o podstawowe kraje europejskie – oceniamy dyrektorów, świadczeniodawców, mówimy generalnie, że oni wszystko źle robią? Czynimy to zanim my czy to poprzez wycenę punktów, czy przez liczbę punktów za daną procedurę doprowadziliśmy do tego, żebyśmy z kasy publicznej przeznaczyci 6% PKB. Czy to jest moralne? To jest pierwsze.

I drugie pytanie. Pani minister raczyła powiedzieć o tym, że organy założycielskie, dyrektorzy, są niegospodarni i że takich dyrektorów powinno się wyrzucić, przepędzić i tak dalej. Z informacji, jakie w tym gronie na pewno wszyscy posiadamy – ja nie chcę generalizować – wynika, że główny powód zadłużenia jest taki, że nie płaci się za tak zwane nadwykonania. Nadwykonania nie są opłacane i to jest główny powód zadłużania się szpitali. A dlaczego są te nadwykonania? Panie Ministrze, dlaczego są te nadwykonania?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jeżeli mogę skończyć pytanie...

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski: Przepraszam.)*

Dlaczego są nadwykonania? Mamy ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie w artykule trzydziestym którymś mówi się w ten sposób, że niezależnie od tego, czy świadczeniodawca wykonał już kontrakt, czy go nie wykonał, ma obowiązek przyjąć pacjenta.

*(Rozmowy na sali)*

Nie wiem, do kogo mam zaadresować pytania?

Niezależnie od tego, czy świadczeniodawca wyczerpał już kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy nie wyczerpał, ma obowiązek przyjąć pacjenta. To jest zapis ustawy o ZOZ. A jeżeli państwo wprowadzicie dodatkowe ubezpieczenia, które mają być realizowane przez spółki, takie czy inne, to czy te spółki będą obarczone również takim zapisem, że w momencie kiedy wykonają kontrakt zawarty z takim czy innym ubezpieczycielem, mają obowiązek przyjąć pacjenta, jeżeli pacjent się zgłosi do świadczeniodawcy? Czy taki pacjent będzie odsyłany do ZOZ, które jak mi się wydaje, nadal będą funkcjonowały?

I kolejne pytanie. Muszę powiedzieć, że najbardziej przeraziło mnie to, co powiedziała pani minister odnośnie do tego, że po południu w ramach tego samego świadczeniodawcy będą wykonywane komercyjne świadczenia. Proszę państwa, nie ma zakazu w obecnym stanie prawnym, ażeby istnieli świadczeniodawcy niepubliczni i publiczni. Problem polega na tym, że w ramach jednego świadczeniodawcy nie wykonuje się świadczeń komercyjnych i niekomercyjnych. Są doświadczenia niemieckie, włoskie... Sam rozmawiałem z lekarzami z tych krajów, którzy przestrzegają nas przed tym. Państwo chcecie doprowadzić do takiej sytuacji, że ci pacjenci, którzy będą u lepszego ubezpieczyciela, czy też będą mieli więcej pieniędzy, będą wyprzedzali tych pacjentów, którzy tego nie będą mieli.

I jeszcze jedno. Proszę państwa, dlaczego nie chcecie, ażeby ubezpieczyciel, czyli ten, z kim będą zawierane dodatkowe ubezpieczenia w ramach ubezpieczeń zdrowotnych, mógł zainwestować w infrastrukturę, w ramach której byłyby realizowa-

ne te świadczenia zdrowotne, tylko chcecie dopuścić ubezpieczycieli prywatnych do realizacji świadczeń w publicznych zakładach opieki zdrowotnej? Dziękuję bardzo.

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

Ani pani minister, ani pan premier nie postponuje dyrektorów szpitali, starostów i wojewodów – żeby była jasność.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Momencik.

Należy odróżnić tych, którzy szpitalami zarządzają dobrze, od tych, którzy są nieudacznikami.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Panie Senatorze, po kolei.

53% szpitali nie ma wymagalnych długów, a 47% je ma. Czy jest tak drastyczna różnica w finansowaniu szpitali w Polsce, jeżeli chodzi o procedury? Jest pewna różnica, ale ona nie jest drastyczna. A nie ma żadnej, jeżeli chodzi o obręb danego województwa. Ja panu mogę dać wiele przykładów, że w obrębie tego samego województwa, przy takim samym finansowaniu tych samych procedur, jeden szpital ma 3 miliony zł zysku rocznie, a drugi ma 200 milionów zł długu. I kto za to odpowiada? Narodowy Fundusz Zdrowia, minister zdrowia, czy nieudacznicy z nadania politycznego, gdzie kolega kolesia wsadził na stanowisko dyrektora? Tak było i ta jest w wielu miejscach, świetnie pan o tym wie. Nikt niczego nie próbuje przetrząsnąć na dyrektorów. Mówimy tylko o tym, że dyrektorzy, menedżerzy zarządzający placówkami ochrony zdrowia powinni mieć zapewnioną pewną stabilność, a w tej chwili jej nie mają. Jest tak, gdyż podlegają organowi założycielskiemu, który nazywa się starostą w dużej części Polski, a to jest polityk. W związku z tym dyrektor przez długą część swojej kadencji się trzęsie, czy w zależności od tego, jak zarządza, utrzyma się, czy nie. Jeżeli mamy możliwość stworzenia spółek handlowych – powtarzam: możliwość a nie konieczność – organ założycielski zdecyduje, czy sam się będzie chciał z tym borykać, czy da to firmie zarządzającej, czy menedżerowi, który będzie to prowadził niezależnie od tego, jakie będą układy polityczne przy wyborach starosty co cztery lata. To jest odpowiedź na to pytanie. My żadnego dyrektora nie osądzamy imiennie, nie czynimy go odpowiedzialnym za to, co dzieje się w Polsce. Ale nie rozumiemy na przykład, czemu podpisuje kontrakty czy umowy narażając szpital na wielomilionowe długi, wiedząc, że tych długów nigdy nie będzie miał z czego spłacić. A dowody na to, że tak jest, Panie Senatorze, są w każdym województwie, przy takim samym finansowaniu.

Spółki. Dlaczego one mają tak a nie inaczej funkcjonować? 51% wynika z tego, że chcemy, by było bezpiecznie, bo wszyscy zarzucali obecnemu rządowi, że rozkradnie szpitalnictwo. W związku z tym jeszcze jedno chciałbym powiedzieć. Najpierw minister finansów wyda rozporządzenie o waloryzacji, o prawidłowym szacunku majątku, czyli zostanie przeszacowany grunt, budynki i majątek szpitali, a dopiero potem będą mogły być przekształcane według woli organu założycielskiego.

My mamy taki pomysł, żeby zarządzali tym głównie marszałkowie, aczkolwiek będzie spór na ten temat. Będzie spór. Było spotkanie, na które zaprosiłem marszałków i wicemarszałków. Na piętnastu trzynastu chciało natychmiast to przejąć, dwóch miało inne zdanie. Z jednego województwa marszałek nie przybył. Oczywiście przyjechali ludzie ze Związku Powiatów Polskich, którzy przekształcili szpitale, mają je dochodowe jako spółki handlowe i oni są temu przeciwni. Ja ich rozumiem. Ale nie przyjechali ci, którzy spowodowali zadłużenie tych szpitali w Polsce na 10 miliardów zł.

I w związku z tym pytanie brzmi: czy jeżeli zostawimy to tak, jak jest, to cokolwiek się zmieni w szpitalnictwie? Państwo wiecie, że się nie zmieni. Chciałbym zobaczyć starostę w Polsce, który się nie zachowa jak Rejtan, jeżeli ktoś by chciał zmieniać obraz szpitala, nie mówię likwidować, ale ze szpitala tak zwanego ostrego przekształcać go w zakład opiekuńczo-leczniczy. Chciałbym wiedzieć, czy na to któryś starosta pozwoli? Przykład – Tomaszów Mazowiecki, dobrze znana mi sytuacja, której się szczególnie przyglądałem na prośbę pani minister. Tamtejszy szpital miał 50 milionów zł długu, w 2007 r. wygenerowano 5 milionów 200 tysięcy zł straty. Żeby szpitala nie zlikwidować... I to nie dyrektor zarządzający tą jednostką około miesiąca, bo każdy poprzedni dyrektor odchodził, coraz bardziej zadłużając tę jednostkę – on był Bogu ducha winny... To starosta nakazał dyrektorowi, z punktu widzenia politycznego, podpisać to, czego chcieli strajkujący czy żądający, a co spowodowało kolejnych 9 milionów zł długu. Jak tak kazał, to niech ten dług pokryje. My chcemy stworzyć takie prawo, żeby wreszcie polscy podatnicy przestali odpowiadać za tego typu decyzje. Jeżeli organ założycielski będzie chciał tak zrobić, to proszę bardzo, pani minister powiedziała wyraźnie: niech pokryje ten dług, dołoży te 9 milionów i nikt nie będzie się wtedy wtrącał. Taki mamy pomysł. Mamy też odwagę to powiedzieć, w odróżnieniu od tego, co do tej pory tchnęło socjalizmem z poprzednich rządów, nie mówię o żadnym rządzie z punktu widzenia politycznego.

Każdy uważa, że dalej tak to można ciągnąć i będzie dobrze. Ale jeżeli jest tak dobrze, to czemu wszyscy chcą to zmieniać? Rząd Platformy Obywatelskiej i PSL zdecydowanie chce to zmienić po to, żeby wreszcie polski podatnik, który może tyle, co dzisiaj płacić składki, a może inaczej... Premier wyraźnie na tak zwanym białym szczycie powiedział, że rząd również ma na uwadze te wszystkie rzeczy, o których ludzie w Polsce mówią. Ale na razie nie podejmuje w tej materii decyzji, bo chce policzyć, ile tak naprawdę pieniędzy w systemie potrzeba. Jak było w 1999 r. 25 miliardów zł, to wszyscy krzyczeli, że jest strasznie mało. Gdyby wtedy dołożyć 5 miliardów zł, to mielibyśmy kraj wiecznej szczęśliwości. A teraz jest 47 miliardów zł, według moich szacunków będzie 50 albo 51 miliardów zł i wszyscy mówią, że jest kraj nieszczęśliwości wiecznej. No coś z tym trzeba zrobić. Trzeba te koszty wreszcie policzyć i zobaczyć, jak to funkcjonuje. Żeby to policzyć, oczywiście musi być RUM, muszą być elektroniczne karty ubezpieczenia zdrowotnego. Ale zobaczcie państwo, że ustawa obowiązuje od 27 sierpnia 2004 r. i jeszcze nikt tego nie zrobił. Też mamy problem, bo wiemy, że system trzeba uszczelnić. Uszczelnienie systemu to oczywiście jest RUM, to oczywiście są karty elektroniczne i to zrobimy, tylko odpowiednio przygotowani, żeby nie było znowu błędów i żeby ktoś za rok czy dwa lata nie musiał poprawiać tego, na co się wyda sporo pieniędzy.

O co pan senator jeszcze pytał?

**Senator Stanisław Gogacz:**

Najważniejsze moje pytanie było związane z zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tym, że świadczeniodawca, jakim jest zakład opieki zdrowotnej, kiedy już wyczerpie kontrakt, ma obowiązek przyjąć pacjenta, który się zgłosi. A jak zachowują się spółki?

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

Już panu odpowiadam. Spółki się zachowują tak samo, ponieważ spółki będą miały taki obowiązek. Mówimy głównie o spółkach, które będą przecież nadal szpitalami, w związku z czym rzeczywiście w przypadkach zagrażających zdrowiu i życiu będą te

usługi mogły świadczyć. I za te usługi będą miały zapłacone. Notabene bardzo wiele za nadwykonania, szczególnie udokumentowane, które dotyczyły właśnie tych przypadków... Obecnie są zawierane ugody sądowe i za wiele takich nadwykonań w ubiegłym roku już zapłacono. Pani minister cały czas mówi o tym, że za tego typu nadwykonania, kiedy rzeczywiście będzie udokumentowane, że chodziło o ratowanie zdrowia i życia, Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci, a w przyszłości sześć funduszy będzie za to płaciło. Rozumiemy, że w takich przypadkach tym spółkom nie będzie można odmówić, jeżeli człowiek będzie potrzebował pomocy. Ale musimy to odróżnić od wszystkiego innego, bo jeżeli państwo chcecie wiedzieć, to liczba hospitalizacji radykalnie wzrosła, odkąd powstał system ubezpieczeniowy. Już w tej chwili wszystkim wycięto żyłaki, których przedtem przez trzydzieści lat nikt nikomu nie chciał wyciąć. I świetnie jako lekarze o tym wiemy.

To jest problem, bo jeżeli tych pieniędzy w sposób niekontrolowany będziemy cały czas dokładać, to liczba hospitalizacji będzie cały czas rosła. W związku z tym musimy się zastanowić, do czego będziemy dopłacać. Procedury ratujące zdrowia i życie – tak, ale pewne rzeczy, które nie są tymi procedurami, nie mogą być opłacane w sposób nieograniczony, bo tak w Unii Europejskiej nie ma. Po prostu jeżeli na coś, co cieszy się popytem, nigdy się nie nałoży pewnych regulatorów, to popyt na to będzie wciąż rósł. Tak mówi szef banku światowego. I wie co mówi.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze są pytania? Nie widzę zgłoszeń...

*(Senator Stanisław Karczewski: Ja jeszcze chciałbym...)*

Bardzo proszę.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym tak powiedzieć: my zgłosiliśmy formalny wniosek odnośnie do posiedzenia poświęconego planom Ministerstwa Zdrowia, było to jeszcze przed tak zwanym białym szczytem. Nie wiedzieliśmy wtedy jeszcze, że jutro odbędzie się dodatkowa debata sejmowa, w przeciągu trzech dni będzie duża dawka informacji na temat planów, zamierzeń Ministerstwa Zdrowia.

Serdecznie dziękuję za to, że doszło do tego spotkania. Pani minister bardzo szybko i dużo powiedziała, z wieloma sprawami się zgadzam, z wieloma się nie zgadzam, ale nie chciałbym w tej chwili rozwijać dyskusji. Chciałbym, Panie Przewodniczący, nawet zgłosić formalny wniosek o to, żebyśmy już zaprzestali dyskusji na temat planów Ministerstwa Zdrowia i przeszli do rozpatrywania kolejnych ustaw.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przepraszam, czy to jest wniosek formalny?

Chwila, jest wniosek formalny...

*(Senator Stanisław Karczewski: Za chwilę go przedstawię, za chwilę wniosę...)*

Aha, bo już go chciałem poddać... Ale sprytnie, zobaczcie, jak on to robi. Jeszcze będzie mówił, a potem złoży wniosek, żeby już dalej nie mówić. No dobrze.

*(Wesołość na sali)*

**Senator Stanisław Karczewski:**

Ograniczę się tylko do jednego.

Panie Ministrze, fundamentalna sprawa to pieniądze, a tutaj mylicie się, mówicie ciągle coś innego. Ja słyszałem, jak pan premier i pani minister mówili: najpierw musimy sprawdzić, czy pieniędzy wystarczy w systemie, czy nie jest ich za dużo. Pan przed chwilą powiedział, z czym się zgadzam, że tych środków jest za mało i musimy dowiedzieć się, o ile. Zdecydujcie się państwo, czy tych środków jest wystarczająco, dużo, czy nie. Jeżeli druga osoba w państwie, pan marszałek Komorowski, mówi w jednym wywiadzie, w drugim wywiadzie, że być może tych środków wystarczy, to być może jest to wprowadzanie wyborców, naszych podatników i społeczeństwa, w błąd. My wszyscy wiemy doskonale, że tych środków jest za mało. I pan to wie, i pani minister, i pan premier. Ale państwo nie chcecie tego powiedzieć, że środków na funkcjonowanie służby zdrowia jest za mało. Państwo w sposób nieuczciwy oszukujecie społeczeństwo mówiąc o uszczelnianiu systemu, o usprawnianiu systemu. System na pewno nie jest sprawny, będziemy go usprawniać, państwo będziecie usprawniać, następny rząd będzie usprawniał i za osiem lat też będzie usprawniany, bo on nigdy nie będzie ani zupełnie szczelny, ani zupełnie sprawny.

Ale w tej chwili fundamentalna sprawa, o której państwo nie chcecie mówić i omijacie ją mówiąc o dziesiątkach, o setkach różnych spraw, to fakt, że nie ma pieniędzy, po prostu nie ma pieniędzy. Jest za mało środków. Nie wiem, czy brakuje 14 miliardów zł, czy 40 miliardów, bo pan minister Religa mówił niedawno o 40 czy o 20 miliardach zł. Tak że ja bym bardzo prosił o to, żebyście państwo nie wprowadzali opinii społecznej w błąd mówiąc, że należy się zastanowić nad tym, czy wystarczy tych środków. To jest moja jedyna uwaga do tego. Oczywiście wiele różnych spraw chciałbym tutaj omówić bardziej szczegółowo, ale chyba jest za mało czasu.

Teraz wniosek formalny, faktycznie o to, żeby...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jest wniosek formalny o zamknięcie dyskusji. A czy jest kontrwniosek?

Jest, tak?

(*Senator Henryk Woźniak: Mam jedno krótkie pytanie. Myślę, że wyczerpiemy wszystko...*)

Ale chwileczkę, tylko wniosek formalny, tryb...

(*Senator Henryk Woźniak: No inaczej nie mógłbym zadać jednego pytania.*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

A więc wniosek jest wycofany.

Bardzo proszę o pytanie. Pan minister ma też oczywiście prawo do odpowiedzi. Bardzo proszę.

**Senator Henryk Woźniak:**

Henryk Woźniak.

Panie Przewodniczący, mam pytanie do pana ministra na temat projektu dotyczącego zarządzania długami szpitali. Wiemy, jakie będzie mieć konsekwencje przekształcenie, utworzenie spółek prawa handlowego: oczywiście dobre z punktu widze-

nia zarządzania, ale są długi, które obciążają organy założycielskie. Jaka jest projekcja zarządzania tym długiem, sekurytyzacja długów, umożliwienie spłaty długów w długim terminie przy pomocy Skarbu Państwa – tak ja sobie to wyobrażam.

Jeszcze kwestia, której dotknął pan minister, bo ją dobrze zna, ja również: szpital wojewódzki w Gorzowie, bo tych 200 milionów zł ciąży na tym szpitalu, a inny szpital...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

No, nie trzysta. Samorząd wyemitował obligacje, to jest bardzo złożona...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Dwieście dziewięćdziesiąt dziewięć.

To jest bardzo, bardzo złożona kwestia, ale są dobre doświadczenia i o tych dwóch dobrych chciałbym wspomnieć. To jest rejestr usług medycznych, prowadzony w części województwa – i to jest dobre doświadczenie – oraz zarządzanie przez podmiot prywatny szpitalami – małym szpitalem w Skwierzynie i dużym szpitalem powiatowym w Kostrzynie przez spółkę know-how Adama Roślewskiego. To są dobre doświadczenia i myślę, że warto je uwzględnić także przy projekcji spółek, mając odwagę oddania majątku w zarządzanie spółek, bo jeżeli ma być 51% kapitału publicznego, to moim zdaniem nie ma obaw przed odważną decyzją co do wywianowania tych podmiotów w majątek. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę pana ministra o krótką odpowiedź.

#### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:**

Najpierw odpowiem panu senatorowi, odpowiem nie politycznie, ale uczciwie. Nie wiem, czy pieniędzy jest dużo za mało, czy dużo za dużo, czy wystarczająco. Dokładnie panu odpowiem, podam jeden krótki przykład, ale może bez nazwy miasta. Kiedy słyszę, wiem na pewno, że dwustutysięczne miasto ma cztery zakontraktowane oddziały ginekologiczno-położnicze, to mną szarpie, bo jest również inne byłe wojewódzkie miasto, które ma sto pięćdziesiąt tysięcy mieszkańców i jeden oddział ginekologiczno-położniczy. Zarówno w tym, jak i w tym, świadczone są podobne usługi, różnica w liczbie mieszkańców nie jest duża. Dopóki w jednym mieście będziemy utrzymywać cztery budynki z czterema oddziałami ginekologiczno-położniczymi, a w drugim mieście jeden, to, Panie Senatorze, nie wiem, czy jest za dużo, czy jest za mało. I tak mógłbym po kolei. To jest odpowiedź ad vocem na to pytanie, bo naprawdę tak się dzieje.

W związku z tym jeżeli marszałkowie podejmą się tego bardzo trudnego zadania i oni, nie minister zdrowia, nie premier, oni popatrzą na mapę swojego województwa, popatrzą racjonalnie, jak to szpitalnictwo ma wyglądać – wyraźnie mówię tutaj, że z punktu widzenia naszego rządu nie mówimy o jakiegokolwiek polityce likwidowania szpitali, żeby być dobrze zrozumianym, my nie będziemy niczego likwidować – ale jeżeli marszałek tak popatrzy, to będzie musiał zdecydować, czy ma być medycyna archaiczna sprzed trzydziestu lat, czy ma być mały szpital powiatowy mający sto dwadzieścia łóżek i cztery podstawowe oddziały – mógłbym posłużyć się nazwą takiego szpitala z województwa lubuskiego – gdzie leczenie polega na tym, że pacjent przywo-



żony z udarem albo z zawałem podlega hospitalizacji i po dwóch albo trzech dniach, czyli długo za późno, jest przewożony do innego, nowocześniejszego szpitala, leżącego o trzydzieści kilometrów dalej, gdzie jest tomograf komputerowy, jest inwazyjne całodobowe leczenie zawałów serca i koronarografia. Czyli w tym momencie płatnik, cokolwiek byśmy o nim powiedzieli, płaci za dwie hospitalizacje: pierwszą byle jaką, dlatego nie wymieniam nazwy tego szpitala, i drugą profesjonalną, gdzie pacjent znajduje wszystko, co powinien. Musimy wybrać, czy nas stać na utrzymywanie tego dualizmu, nieracjonalnego z punktu widzenia naszego rozumowania, czy chcemy dalej utrzymywać taką fikcję i podwójnie za to płacić. To jest nasz wybór. A czy przy trzyestu milionach samochodów osobowych rodzinom odwiedzającym trudno będzie pokonać dziesięć kilometrów lub piętnaście więcej? Pytam państwa, czy to jest racjonalne, czy nie?

Stoimy przed takimi dylematami i marszałkowie chcą się podjąć tego zadania. Popatrzą na mapę województwa i racjonalnie zdecydują, na co nas stać, kogo dofinansować, bo powinniśmy mieć nowoczesną medycynę, a nie podwórkową.

Jeżeli chodzi o bezpieczeństwo funkcjonowania szpitali, zabezpieczamy to po prostu na tej zasadzie, żeby nie było awantury politycznej i w ogóle awantury medialnej, żeby 51% należało do samorządów. I tutaj jest to bezpieczeństwo.

Teraz sami sobie stawiamy pytanie. Jeżeli chcielibyśmy pozyskać do tego również inwestorów, którzy zainwestują w to kapitał, czy na pewno cały zysk ma iść na działalność sensu stricto statutową? Ale takie pytanie i odpowiedź na nie chcemy dać również organowi założycielskiemu i radzie nadzorczej, która zgodnie z kodeksem spółek handlowych zostanie powołana i ona zdecyduje, czy interes będzie polegał na tym, że na pewno 100% musi iść na działalność statutową, czy może interes będzie taki, żeby, powiedzmy, 10 czy 20% szło na coś innego, a za to pozyska się inwestora, który ulokuje dużo środków i spowoduje dużo nowocześniejsze działanie tego szpitala.

To są pytania, przed którymi będą stawiali ci, którzy te spółki handlowe będą powoływali, my natomiast chcemy dać społeczeństwu gwarancję, że nikt tego nie rozkradnie, że to dalej będzie rzeczywiście własnością społeczną, bo samorządowa to społeczna.

Pan senator jeszcze pytał o...?

### **Senator Henryk Woźniak:**

O sekurytyzację długu, to jest podstawowa kwestia. O tym, o czym mówi pan minister, pisałem dwa lata temu i to jest oczywiste w sferze projekcji, a jak będzie na papierze, zobaczymy. Co z długami?

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:**

Powiem panu tak: jest to decyzja, która nie może zapaść na poziomie ministra zdrowia – i nie zapadnie. To jest decyzja na poziomie premiera i ministra finansów. Pan minister Rostowski zna temat i w tej chwili w Ministerstwie Finansów trwają prace nad stanowiskiem w tej sprawie. Na pewno jedno jest jasne: żadnego prostego umorzenia tych długów nie będzie, bo już wielokrotnie było. Musi się skończyć sytuacja, w której ci, co spowodowali duże długi, zostaną znowu nagrodzeni za to, co zrobili, a ci, którzy się restrukturyzowali, dokonali dużego wysiłku bardzo często kosztem za-

łogi, co było również podkreślane podczas „białego szczytu”, zostaną za swoją gospodarność i pracę ukarani. Tego nie będzie.

Czy to będzie sekurytyzacja, czy to będzie konwersja itd., to jest pytanie, a nad odpowiedzią na to pytanie pracuje Ministerstwo Finansów. Tyle mogę dzisiaj powiedzieć. Ale niedawno na spotkaniu w Ministerstwie Gospodarki, gdzie też byłem, pan minister finansów jasno powiedział: takiego oddłużania jak było do tej pory, a było kilkakrotnie, państwo wiedzą, nie będzie.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jeszcze w tej sprawie? Myślę, że z jedną rzeczą i ministerstwo, i my jako ugrupowanie rządzące, musimy się zmierzyć. To jest udział wydatków publicznych na zdrowie w relacji do PKB. Myślę, że tutaj w tym sensie można mówić o marnotrawstwie i o uszczelnianiu, ale ta statystyka jest rzetelna, to znaczy można powiedzieć, że mimo wszystko te nakłady są za małe. Oczekiwałem raczej odpowiedzi na pytanie, jak niedofinansowanie wpływa na funkcjonowanie sektora, to znaczy, które elementy tego systemu najbardziej cierpią, czy komfort pacjenta, czy jakość serwisu, czy płace? To jest pytanie. Bo teza, którą słyszę, że gdy podniesiemy składkę, to pójdzie ona na płace, jest pewnego rodzaju jakby przesądzeniem skutków zwiększania nakładów na służbę zdrowia.

Tutaj akurat te dane są jasne, to znaczy udział w PKB wydatków na zdrowie przesądza o odpowiedzi na pytanie, jakie są konsekwencje, jakie poszczególne segmenty naszego układu zdrowotnego cierpią najbardziej. To jest oczywiście rzecz, która powinna być badana, zresztą rozmawiałem z panią profesor Golinowską, autorką, moim zdaniem, bardzo rzetelnego raportu „Finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, do którego warto zaglądać, i wiem, że prowadzone są prace badawcze. One nie są łatwe, bo tutaj państwo podnosili kwestię choćby planu kont, która nie ułatwia statystyki gromadzenia danych. To może tyle.

Jeszcze pan senator Radziwiłł, bardzo proszę.

*(Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł: Dziękuję, Panie Przewodniczący.)*

Przepraszam, pan prezes.

*(Głos z sali: Już awansował.) (Wesołość na sali)*

Jak widzicie, izbę lekarską cenię wysoko.

### **Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Kiedyś był taki pomysł, żeby Izba Wyższa była tak zwaną izbą samorządową, w tym także delegatów samorządów zawodów zaufania publicznego.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Panie Przewodniczący, dziękuję za ten pana ostatni głos, bo ze zdumieniem usłyszałem wypowiedź pana ministra, pana doktora Marka Twardowskiego, mojego kolegi, który mówi, że nie wie, czy w ochronie zdrowia jest za mało, czy za dużo pieniędzy. Muszę powiedzieć, że mówili o tym, jak tu jesteśmy, przynajmniej ci z państwa, którzy pochodzą z ochrony zdrowia: mówił o tym pan senator Karczewski, pan

senator Pawłowicz, nie wprost, pan przewodniczący Sidorowicz, też nie wprost, ale rozumiem panów sytuację. Proszę państwa, pieniędzy jest oczywiście za mało i co do tego nie ma żadnej wątpliwości, że uzyskiwane przez nas wyniki, o czym wspomniał pan przewodniczący, są naprawdę na miarę rekordu świata, ludzie w krajach zachodnich nie wierzą, że można takie wyniki zdrowotne uzyskiwać za takie pieniądze. To jest po prostu coś niewiarygodnego. My jesteśmy nie dziurawą i niesprawną maszyną, tylko jesteśmy rekordzistami świata pod względem wykorzystania pieniędzy na ochronę zdrowia, jeśli chodzi o efekty zdrowotne.

Poprosiłem o udzielenie mi głosu, choć wahałem się długo, ale myślę, że gdyby ktoś z moich kolegów przeczytał dzisiejszy protokół, który pewnie gdzieś powstanie i będzie później do przeczytania, to muszę jednak zareagować. W wypowiedziach pani minister i pana ministra z dużym żalem i smutkiem usłyszałem kilka niezwykle uogólniających i niesprawiedliwych dla środowiska lekarskiego wypowiedzi, przeciw czemu chciałbym stanowczo oponować.

Pani minister mówiła o dyrektorach szpitali i lekarzach, którzy są, no, nie powiedziała tego wprost, ale niekompetentni, i to dlatego, że są lekarzami. Posłużyła się w dodatku daną, z którą oczywiście nie jestem w stanie w twardej sposób dyskutować, że większość lekarzy dyrektorów to lekarze, którzy nie mają dodatkowego wykształcenia menedżerskiego, ekonomicznego, prawniczego czy jeszcze jakiegoś innego.

Mam wrażenie, że jest dokładnie odwrotnie. Być może dotyczy to niektórych dyrektorów, którzy się jeszcze ostali od bardzo wielu lat, ale jeśli ktoś jest dyrektorem dwadzieścia lat, bo są i tacy, to śmiem powiedzieć, że dyskutowanie o ich przygotowaniu, o ich formalnym wykształceniu w tym momencie nie bardzo ma sens, bo po prostu są dyrektorami z doświadczenia. Ale ogromna część nowych dyrektorów to są ludzie, którzy nie zostaliby nigdy dyrektorami, gdyby nie to, że mają właśnie dodatkowe kwalifikacje. Co do ich kwalifikacji, przede wszystkim uważam, że nie wolno używać uogólnień, które są po prostu nieuprawnione, choćby w kontekście tego, o czym powiedziałem przed chwilą.

Drugie uogólnienie, które padło zarówno z ust pana ministra, jak i pani minister, kiedy mówiła o kasie w taki sposób, który przynajmniej we mnie burzy krew: nie jesteśmy taką grupą zawodową, która wszystko robi dla kasy, a w szczególności nie robi na przykład tego, że wyoperuje – jak pan powiedział – wszystkie żylaki. Żylaki się operuje wtedy, kiedy są do tego wskazania. A jeśli...

*(Głos z sali: Kiedy pacjent wyrazi zgodę.)*

Kiedy pacjent wyrazi zgodę, kiedy chce, a przede wszystkim kiedy rzeczywiście tego potrzebuje.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Panie Ministrze, proszę się nie uśmiechać, bo to oczywiście nie będzie zaprotokołowane, że pan się uśmiecha. Proszę takich uogólnień nie robić.

To, że wzrosła liczba hospitalizacji w ostatnich latach, jest faktem. Na to składa się bardzo wiele różnych rzeczy, o których zresztą we dwóch rozmawialiśmy już kilkakrotnie. Jest to między innymi kwestia dostępności ludzi na przykład do diagnostyki, ludzi, którzy mieszkają daleko od aparatu USG, od rentgena, od laboratorium, którzy czasem po prostu muszą być położeni do szpitala po to, żeby ich zdiagnozować. Oczywiście jest to zjawisko skomplikowane, ale obarczanie środowiska medycznego, a w szczególności środowiska lekarskiego en bloc, tym, że za pieniądze zawieszają na

kołku ocenę merytoryczną tego, czy pacjent wymaga hospitalizacji czy też nie, jest po prostu niesprawiedliwe. Chciałbym, żeby te moje słowa ktoś, kto będzie czytał protokół z tego posiedzenia, także przeczytał. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Chciałbym tutaj jeszcze tytułem uzupełnienia powiedzieć, że jeśli są przepychane koszty pomiędzy poszczególnymi segmentami, to jest to kwestia tego, co, jak rozumiem, wynika z filozofii państwa. Uszczelnianie systemu polega między innymi na tym, by tworzyć miejsca rozbieżnych interesów. Jeżeli wszyscy mają interes w tym, żeby wypompuwać pieniądze publiczne, to je wypompują, to jest naturalne zachowanie. A zadaniem funduszu i tych regulacji jest to, żeby zjawisku wypompuwania, które można by nazwać wypompuwaniem beczki aż do dna, w sposób racjonalny przeciwdziałać. Ja tak rozumiem państwa deklaracje o uszczelnianiu systemu.

Proponuję zakończyć tę część, myślę, że rozumiemy tutaj trudności w tej materii, pewnie będziemy wracać do tych konkretniejszych kwestii.

Proponuję zatem przejść do punktu pierwszego i dokończyć pracę nad ustawą o izbach aptekarskich. Rozumiem, że dyskusja została zamknięta, poprawkę pana prezesa Radziwiłła przejął pan senator Waldemar Kraska, który wyszedł, wobec tego przystępujemy do głosowania, proszę państwa.

Są jeszcze poprawki legislacyjne zgłoszone przez biuro, bardzo proszę. Poza poprawką pana senatora Kraski w tej chwili mamy jeszcze propozycję poprawki... Są, pani mecenas?

**Główny Specjalista do spraw Legislacji  
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

To była drobna uwaga terminologiczna, która właściwie nie została sformułowana jako poprawka, tylko zwrócono uwagę na niekonsekwencje, bo...

Uwaga dotycząca relacji z ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych została natomiast skomentowana przez panią dyrektor i ja po prostu przyjmuję to wytłumaczenie, że trudno byłoby umieścić takie zastrzeżenie. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze.

Proszę państwa, mamy zatem sytuację, w której jest do przegłosowania tylko jedna poprawka przejęta przez senatora Kraske.

Czy jest wniosek o to, żeby projekt ustawy był przyjęty bez poprawek?

(*Głos z sali:* Tak.)

Twój?

(*Senator Michał Okła:* Mój.)

Jest wniosek senatora Okły o przyjęcie projektu ustawy bez poprawek. To głosujemy nad wnioskiem dalej idącym o przyjęciu bez poprawek.

Kto jest za przyjęciem projektu tej ustawy bez poprawek? (3)

Kto jest przeciw przyjęciu tej ustawy bez poprawek? (2)

Kto się wstrzymał od głosu? (2)

Przeszło bez poprawek.

Czy jest wniosek mniejszości?

(*Głos z sali: Zgłosimy poprawkę w trakcie posiedzenia.*)

Rozumiem, że poprawka, o której mówił pan prezes Radziwiłł, zostanie zgłoszona w trakcie debaty.

(*Głos z sali: Jeszcze sprawozdawca.*)

Aha, sprawozdawca. Zgłaszał się pan senator Kraska, wychodząc, pytał mnie, czy może być sprawozdawcą. Czy są inne propozycje?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Kolega chciał. Co prawda już go nie ma, możemy więc w tej chwili...

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Dobrze. Czy są jakieś inne propozycje? Nie widzę, wobec czego sprawozdawcą komisji będzie pan senator Kraska.

Proszę państwa, przystępujemy do wysłuchania opinii dotyczącej drugiej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Bardzo proszę pana ministra o zreferowanie tego projektu.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza, lekarza dentysty ma na celu dostosowanie tej ustawy do postanowień dyrektywy 2005/36/WE z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz dyrektywy 2006/100/WE z 20 listopada 2006 r. dostosowującej niektóre dyrektywy dotyczące przepływu tych osób w związku z przystąpieniem do Unii Bułgarii i Rumunii. Ta transpozycja przepisów dyrektywy miała nastąpić do 20 października, ale to nieco się przesunęło, termin minął, dlatego robimy to w trybie dość szybkim.

Projekt określa procedury automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych na zasadzie praw nabytych oraz uznawania kwalifikacji w ramach tak zwanego systemu ogólnego i dotyczy osób, posiadających dyplom wydany przez państwo spoza Unii Europejskiej, które posiadają przynajmniej trzyletnie doświadczenie na terytorium Unii Europejskiej, oraz osób, które posiadają formalne kwalifikacje wymagane zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE, ale nie posiadają doświadczenia zawodowego na terytorium Unii Europejskiej.

Projekt przewiduje też wprowadzenie możliwości składania lekarskiego egzaminu państwowego i lekarsko-dentystycznego egzaminu państwowego w języku, w jakim te osoby studiowały w naszym kraju. Jednocześnie uporządkowano procedurę przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarzom cudzoziemcom pochodzącym z państw z innych niż państwa członkowskie Unii Europejskiej.

Ponadto sprecyzowano procedurę przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty przez okręgowe rady lekarskie oraz wprowadzono szczegółowe wymagania dotyczące dokumentów, na podstawie których wydawane jest prawo wykonywania zawodu oraz ustalono zasady tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu przez lekarza i lekarza dentystę w rozumieniu wymienionej dyrektywy.

Projekt ustawy zawiera również zmiany niewynikające z prawa Unii Europejskiej. Uporządkowano przepisy dotyczące umożliwienia lekarzom dentystom wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej dentystycznej na wezwanie. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Pani mecenas.

**Główny Specjalista do spraw Legislacji  
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu  
Bożena Langner:**

Jeżeli chodzi o art. 1 pkt 11 dotyczący art. 16, czyli ust. 1 lit. l do lit. o, tam gdzie jest mowa o Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, chciałabym tylko zwrócić uwagę, że ponieważ zdecydowano się na przeniesienie części uregulowań zawartych w akcie niższego rzędu, czyli w rozporządzeniu, do ustawy, która jest aktem wyższym, dobrze byłoby zwrócić uwagę na to, iż nie wszystkie kwestie przeniesiono do ustawy, chociaż należą one do materii ustawowej. W związku z tym, konkretnie jeśli chodzi o członków komisji, to znaczy o jej skład i o przewodniczącego, wydaje mi się, że należałoby jednak w ustawie zawrzeć stosowne uregulowania. Nie będę ukrywać, że odbyliśmy już pewne konsultacje. Zgadzam się, rozumiem, że liczba członków jest kwestią, która byłaby trudna do wskazania w ustawie, ponieważ usztywniłaby pewne procedury.

Co do składu i powoływania oraz odwoływania, co również jest istotne, to jeśli pan senator pozwoli, to zdaje się, że pani dyrektor...?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Zdaje się, że pan minister chciałby zgłosić takie uwagi, które są do przejęcia jako poprawki.

Bardzo proszę.

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

Tak, jeśli można.

W związku z tym proponujemy nadać lit. a w ust. 11 następujące brzmienie: „Państwowy egzamin specjalizacyjny przeprowadzi Państwowa Komisja Egzaminacyjna, której przewodniczącego i członków powołuje i odwołuje dyrektor CEM”. To jest jedna poprawka.

W lit. b w zmienianym ust. 2a pkt 5 skreśla się wyrazy „oraz wysokość wynagrodzenia członków Państwowej Komisji Egzaminacyjnej” i po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu: „sposób powoływania i odwoływania przewodniczącego i członków Państwowej Komisji Egzaminacyjnej oraz sposób ich wynagradzania”.

Takie byśmy proponowali zmiany, żeby doprecyzować brzmienie tych punktów. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania do pana ministra sprawozdawcy? Nie widzę.

Otwieram dyskusję. Czy ktoś chciałby zabrać głos w tej sprawie?

Bardzo proszę, pan prezes.

## **Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Znaczna część ustawy była opracowywana we współpracy ministerstwa z naszym ośrodkiem uznawania kwalifikacji i rzeczywiście jest to oczekiwane przez nas uporządkowanie, zgłaszaliśmy różne uwagi już na etapie prac przygotowawczych i w zasadzie nie budzi to jakichś większych emocji.

Już na etapie Senatu nie chciałbym państwu zawracać głowy jakimiś drobiazgami, które zostały rozwiązane nie całkiem tak, jak chcieliśmy. Myślę, że wrócą one do nas w przyszłości, ponieważ podczas prac nad ustawą pan minister Twardowski deklarował, że do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wrócimy, wtedy będzie okazja do tego, żeby o tym mówić.

Chciałbym jednak wspomnieć o dwóch sprawach, które budzą ogromne emocje w środowisku lekarskim. Zacznę od tej być może mniej emocjonującej, w każdym razie mniej politycznej, mianowicie chodzi o zmianę siedemnastą dotyczącą art. 50, a konkretnie lit. b tej zmiany: „uchyla się ust. 3 art. 50”, który mówił, że praktyki wykonywane wyłącznie w miejscu wezwania nie mogą wykonywać lekarze dentyści.

Samorząd lekarski jest zdania, że ta regulacja była właściwa, że w tej poprawce nie chodzi o to, aby lekarzom denty stom umożliwić tak naprawdę wykonywanie praktyki wyłącznie w miejscu wezwania, tylko chodzi o coś zupełnie innego. Wykonywanie czynności przez lekarza denty stę na przykład w domu chorego jest możliwe oczywiście wówczas, kiedy lekarz ma zarejestrowany gabinet, czyli normalną, indywidualną czy specjalistyczną praktykę lekarsko-dentystyczną, i tak samo jak każdy lekarz, który ma taką praktykę, może pójść na wizytę domową i wykonać określone czynności.

Takich praktyk, które byłyby wykonywane faktycznie tylko w miejscu wezwania, to znaczy z użyciem jakiejś skomplikowanej przenośnej aparatury, która teoretycznie istnieje, nie było, nie ma i nie będzie – nie o to tu chodzi. Chodzi o to, żeby te indywidualne praktyki wyłącznie w miejscu wezwania były taką formą, w której można „podkontraktować się” w innych miejscach, gdzie te świadczenia są wykonywane. Taka praktyka to jest obchodzenie prawa, które wydaje się być po prostu krokiem wstecz, jeżeli chodzi o regulację.

Jeśli już w ogóle taki przepis, umożliwiający lekarzowi dentyście prowadzenie praktyki wyłącznie w miejscu wezwania, miałby funkcjonować, to musiałby on – i to jest kwestia wykonywania również mojej misji jako przedstawiciela samorządu – być uzupełniony delegacją do wydania przepisu, który będzie mówił o warunkach wykonywania indywidualnej praktyki lekarsko-dentystycznej wyłącznie w miejscu wezwania, czyli krótko mówiąc, opisu tego, czym taki lekarz denty sta powinien dysponować.

Takiego przepisu w ogóle się tu nie proponuje, a zatem będziemy mieli do czynienia z lekarzami denty stami, którzy zarejestrują praktykę wyłącznie w miejscu wezwania, będą musieli dysponować torbą lekarską – bo tak mówi przepis o praktykach wyłącznie w miejscu wezwania – w której będą mieli kilka rzeczy do udzielenia pierwszej pomocy i, krótko mówiąc, będzie to jedna wielka fikcja. W związku z tym zwracam się do państwa z prośbą o to, aby w zmianie siedemnastej skreślić lit. b.

Druga sprawa budzi znacznie więcej emocji, pojawiła się już w mediach, tak że ma, można powiedzieć, charakter polityczny, to jest zmiana jedenasta dotycząca art. 16, a konkretnie lit. a, w której wprowadza się ust. 1h – h jak Halina – to w państwa dokumentach jest strona siedemnaście i osiemnaście.

(*Głosy z sali: Tak, tak.*)

W przepisie tym jest mowa o tym, że lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, powinien uzyskiwać wynagrodzenie nie jest mniejsze niż 70% wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszane przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w drodze obwieszczenia.

Proszę państwa, jest jawna sprzeczność między tym proponowanym przepisem a deklaracjami Ministerstwa Zdrowia, które mówi o priorytecie, jakim dla nich są młodzi lekarze. Przypomnę, że w tej chwili, jeżeliby liczyć tych 70%, to praktycznie oznacza, że lekarz ma szansę dostać na rękę około 1 tysiąca 200 zł miesięcznie. To jest po prostu skandal i hańba, tak dłużej nie może być.

Przypomnę również państwu, że niedawno, zajmując się ustawą budżetową, przesądzi państwo, iż to wynagrodzenie ma być wyższe, nic więc nie stoi na przeszkodzie, żeby zapisać, że jest wyższe. Co prawda na razie przewidzieli państwo podwyżkę niewielką, ja ze swojej strony proponuję – to jest i tak, można powiedzieć, pewien kompromis ze stanowiskiem samorządu w ogóle, jeżeli chodzi o wyobrażenia o wynagrodzeniach lekarskich, ale mówimy o wynagrodzeniu na już, a nie o takim, jakie jest oczekiwanie w ciągu jakiegoś czasu – żeby zamiast 70% wpisać tam 100%. To jest, powiedziałbym, jakieś minimum tego, co należy się lekarzom rezydentom.

Proszę państwa, to nie jest tylko kwestia sprawiedliwości, to jest kwestia również rozsądku państwa wobec tej grupy obywateli, których w tej chwili, można powiedzieć, największy odsetek waha się, co zrobić ze sobą dalej. To są ludzie, którzy są w wieku – przypominam zwłaszcza tym z państwa, którzy nie są lekarzami czy nie funkcjonowali dotychczas w ochronie zdrowia – od dwudziestu siedmiu do trzydziestu dwóch lat, którzy normalnie pracują i w tym czasie jeszcze się uczą. Nie są studentami, udzielają normalnych świadczeń zdrowotnych, często znaczna część szpitali w Polsce na nich opiera swoją działalność, zwłaszcza po wejściu w życie przepisów dotyczących czasu pracy po 1 stycznia, na ich pomocy opiera w ogóle możliwość swojego działania, a zatem nie ma mowy o tym, że to jest jakieś stypendium, że to jest zapomoga. To jest po prostu normalne wynagrodzenie.

Dzisiaj lekarzy, którzy nie są rezydentami, a którzy robią specjalizację w trybie etatowym, którzy by zarabiali takie pieniądze, już się nie spotka, a zatem jest to po prostu jawna niesprawiedliwość w stosunku do nich.

Ostatnia sprawa. W ramach debaty budżetowej państwo również dowiedzieli się, że jest plan, aby zwiększyć liczbę rezydentur. Proszę państwa, już w tej chwili przy rocznej liczbie nowych rezydentur mniej więcej tysiąc pięćset, tysiąc siedemset pojawia się problem zwrotu niewykorzystanych rezydentur, których po prostu lekarze nie chcą brać. Jestem więcej niż pewny, że przy planowanej liczbie dwóch i pół tysiąca rezydentur, jeśli lekarze na rezydenturach będą zarabiać takie pieniądze, ta liczba nie zostanie wykorzystana. Jest to praktycznie pewne. Tu widzę, że pan senator Pawłowicz...

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Panie Prezesie, przepraszam, króciutko tylko ad vocem do tej sprawy, przypomnę: w ramach „białego szczytu” premier czy pani minister powiedzieli, że pieniądze, które nie zostaną wykorzystane, zostaną przeznaczone na podniesienie płac rezyden-



tom. Wobec czego, im więcej pieniędzy zostanie, im więcej ma być rezydentur, tym lepiej, bo to znaczy, że te pieniądze mają pójść na tych, którzy...

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Panie Przewodniczący, dlatego zacząłem od tego, że ten zapis stoi w jawnej sprzeczności z deklaracją rządu, który mówi, że chce podwyższać te wynagrodzenia. Ale, jak to było w starym dowcipie: kiedy partia mówiła, że nie da, to nie dawała, ale kiedy mówiła że da, to mówiła. Proszę państwa, pójźcie o krok do przodu i zapiszcie to, że to wynagrodzenie naprawdę ma być na nieco przyzwoitszym poziomie. Apeluję o to i proszę szczególnie państwa senatorów, którzy są lekarzami. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo.

**Pełnomocnik do spraw Reprezentacji Rezydentów Zarządu Krajowego  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy  
Dorota Mazurek:**

Dzień dobry. Nazywam się Dorota Mazurek, reprezentuję Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy i jestem pełnomocnikiem właśnie tego zarządu do spraw reprezentacji rezydentów.

Bardzo dziękuję panu Radziwiłłowi za to, co powiedział na nasz temat i chciałabym zwrócić uwagę państwa na taką rzecz. Rozmawialiśmy w ministerstwie z panią minister i z panem ministrem Włodarczykiem o przesuwaniu tych niewykorzystanych środków na nasze pensje. W czwartek w tamtym tygodniu dowiedzieliśmy się, że nie będzie to możliwe, że jeżeli zostaną rezydentury i nawet te pieniądze będą, to z punktu widzenia ministerstwa nie będzie możliwe przekazanie tych pieniędzy na podwyższenie naszych pensji, dlatego że to by znaczyło, iż nasze pensje będą musiały być wyższe już w przyszłym roku, a nie wiadomo, czy będą pieniądze na kolejne rezydentury. Jeśli więc chodzi o te pieniądze, ja nie mam przekonania, że te deklaracje byłyby spełnione. Pan premier podczas „białego szczytu”, odpowiadając na moje pytanie o wysokość naszych zarobków, powiedział, że dostaliśmy 100% tego, co mogliśmy dostać.

Pan senator Pawłowicz powiedział o tym współfinansowaniu. My też rozmawialiśmy o tym w ministerstwie kilkakrotnie, że proponujemy, aby ministerstwo napisało, iż rezydentury są współfinansowane z budżetu, i ustaliło to wynagrodzenie na wyższym poziomie, aby dyrektorzy byli zobligowani w pewnym sensie do dopłacania nam do naszych pensji, dlatego że my i tak dla nich jesteśmy tańsi.

Rezydenci są już ujmowani w wielu porozumieniach i zarabiają więcej, ale w wielu szpitalach zarabiają najmniej i nadal, szczególnie po 1 stycznia, to jest dotkliwe, dlatego że mają płaconą najniższą stawkę dyżurową.

W imieniu moich kolegów zwracam się do państwa z taką prośbą, spotykaliśmy się też z senatorami w różnych miastach w Polsce, żeby państwo pomyśleli o nas jako o naprawdę dobrej inwestycji. Nie chcemy jałmużny, nie chcemy tego, o czym mówił pan minister Piecha, że to jest coś, żeby nas uniezależnić na czas szkolenia. Za półtora tysiąca nie można się uniezależnić. Taka jest moja prośba, którą przekazuję w imieniu

moich kolegów, żeby państwo pomyśleli o nas jako o dobrej inwestycji. Chcemy tu zostać, nie chcemy stawać przed takim wyborem, że albo wyjeżdżamy, albo tutaj pracujemy dziewięćdziesiąt godzin w tygodniu, żeby się utrzymać. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jakie jest stanowisko rządu w tej sprawie? Bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Zanim odpowiem na pytania pana prezesa Radziwiłła, muszę się jeszcze odnieść do jego monologu, który wygłosił pod adresem pani minister Kopacz i moim.

Panie Prezesie, chyba byliśmy na innym spotkaniu w Senacie, bo słów, których pan użył, ja nie słyszałem – żeby była jasność. Podałem przykłady takiego, a nie innego funkcjonowania i hospitalizacji, i to podtrzymuję. Jednak nasze zdanie nie jest zgodne, jeśli chodzi o pański punkt widzenia, że mówimy tak, a nie inaczej, bo co innego słyszałem z ust pani minister i swoich, kiedy przemawiałem. To tak ad vocem.

Jeśli chodzi o sprawy, które pan prezes był uprzejmy podnieść, stanowczo rząd optuje za tym, żeby funkcjonowały praktyki lekarskie dentystyczne na wezwanie. To jest à propos młodych lekarzy, właśnie również lekarzy dentystów. Mieliśmy takie spotkanie z grupą młodych lekarzy, i oni wyraźnie, w sposób zdecydowany mówili, że jeżeli rzeczywiście chcemy im pomóc, to musimy pomóc również w tym zakresie. Dlatego to robimy, to jest ukłon w ich stronę. Nie chcą być wyrobnikami tylko i wyłącznie na dokładkę, jak postulował pan prezes Radziwiłł, żeby indywidualne praktyki dentystyczne mogły wyjątkowo zatrudniać, w odróżnieniu od wszystkich innych praktyk, lekarzy dentystów, gdzie pracowaliby za jałmużnę, tak oni nam to przedstawiali. Uznaliśmy ich argumenty za wiarygodne, dokładnie to rozważyliśmy i rząd postanowił, że praktyki dentystyczne na wezwanie powinny funkcjonować. Nie obawiamy się, że będzie to robione byle jak, dlatego że w odniesieniu do tego obowiązują również wymogi Sanepidu i jest produkowany sprzęt z atestami, z certyfikatami, który pozwala na świadczenie tego typu usług.

Również jedna z pań, która kształci studentów, profesor stomatologii, zwracała się do nas w tej sprawie, że z zapewnieniem opieki dentystycznej na wsi jest tragicznie. Tego typu praktyka dentystyczna na wezwanie pozwala na uruchomienie ambulansów nazywanych potocznie dentobusami, bo jest to również praktyka na wezwanie. Wprowadzając taki zapis, również to mamy na względzie. To tyle o tej poprawce.

Jeśli chodzi o drugą tu poruszaną sprawę, szeroko dyskutowano o niej zarówno w komisji sejmowej, jak i na sali posiedzeń Sejmu podczas kolejnego czytania. Chciałbym powiedzieć, że ten zapis wyraźnie odzwierciedla stanowisko poprzedniego rządu, bo to premier Jarosław Kaczyński wносił ten zapis „nie mniej niż 70%”, w związku z tym nie chcielibyśmy się spotkać z zarzutami, że to jest nasz zapis. Jedno chciałbym tutaj wyraźnie powiedzieć: nikt w tym rządzie nie jest przeciwny temu, żeby młodzi lekarze zarabiali 100% albo 200%, jeżeli tylko to będzie możliwe. Wszyscy są za, bo rozumiemy, że tu jest luka pokoleniowa i jest szczególny nacisk i działania tego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, żeby tak się stało. W tej chwili, chciałbym to jasno powiedzieć, rezydenci otrzymują dokładnie 86,6%, czyli nie 70%. Na tyle w tej chwili ten budżet stać.

Dlaczego nie możemy się zgodzić na taki zapis, który nam się też podoba, bo nie mówimy, że nam się nie podoba, iż lekarze rezydenci powinni zarabiać 100% albo 200%? Też uważamy, że ludzie wykształceni w naszym państwie muszą być odpowiednio opłacani. Jeżeli jednak siada się w tym miejscu, w którym ja teraz siedzę, to trzeba również odpowiadać za dyscyplinę finansów publicznych. W związku z tym Ministerstwo Zdrowia ma określony budżet, który żeśmy bardzo dokładnie sprawdzali – kiedy przyszliśmy, brakowało nam ponad 220 milionów zł. Z dużym trudem w tej chwili na przykład senatorowie likwidują to, co miało być przeznaczone na większe finansowanie biur poselskich. A na co przeznaczono te środki? Na krew. Tak, szukamy środków, których nam zabrakło w ministerstwie. Poprzedni rząd nie zostawił nam budżetu, który moglibyśmy przynajmniej zbilansować na zero, niestety, tak się nie stało. Wiedzą państwo, że poprawki budżetowe są zawsze bardzo trudne do uzyskania. Poprawka budżetowa polegała na tym, że dodatkowe 20 milionów 500 tysięcy zł pójdzie bezpośrednio tylko na rezydentów i naprawdę kosztowało nas to sporo zabiegów, żeby rząd się na to zgodził, taka poprawka przeszła i tych 20 milionów 500 tysięcy zł wpłynęło kierunkowo tylko dla rezydentów.

Jasno tu chcemy zadeklarować, że nie możemy w tej chwili się zgodzić na zapis mówiący o 100%, bo w tej chwili w naszym budżecie pieniędzy na 100% nie ma. Jest na 86,6% po poprawce budżetowej, po dodaniu tych 20 milionów 500 tysięcy zł.

Politycy Platformy Obywatelskiej byli na spotkaniu młodych lekarzy w Poznaniu, bo akurat ministrowie nie mogli, nie dlatego, że nie chcieli być, byli w rozjazdach. Ja również tam chciałem być i czułem się zaproszony, lecz w sobotę już byłem zaproszony na inny zjazd i nie mogłem przybyć, ale poprosiliśmy posłów Platformy Obywatelskiej, żeby tam pojechali i mamy dokładne sprawozdanie, jak państwo w Poznaniu w sobotę i w niedzielę obradowali. Dokumenty z tego spotkania do mnie dotarły i dzisiaj zadekretowałem ich przekazanie do dyrektora Danielewicza, który zarządza Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Jasno deklarujemy, że będziemy rozważać również argument mówiący o liczbie rezydentur, o środkach. Jeżeli będziemy mogli, będziemy się naradzać i nad tym dyskutować. Jeżeli będziemy w stanie to spełnić, to spełnimy bez żadnych zabiegów legislacyjnych, dlatego że zapis, który mówi „nie mniej niż 70%” pozwala nam dać każdą kwotę. Dzisiaj dajemy na pewno 86,6%, czyli o 528 zł brutto więcej. Tego przedtem nie było – chciałbym to jasno powiedzieć.

Tak samo jest z podwyżką dla lekarzy stażystów. Rozumiem, że jest to dużo za mało, ja to rozumiem, ale muszą też państwo nas zrozumieć, że w ustawie możemy zapisać to, na co mamy pokrycie. Żaden minister, również minister zdrowia, nie ma prawa pozwolić na zapisanie więcej środków, niż mu przydzielono z budżetu państwa, a tyle nam przydzielono – 4 miliardy zł plus niecałe 300 milionów zł i brakuje nam jeszcze na różne wydatki.

Jasno chciałbym tutaj zadeklarować, Pani Doktor, że jeżeli tylko będzie to możliwe, to również w trakcie roku te pieniądze będziemy mogli zwiększyć. Te materiały do nas dotarły, w związku z tym będziemy nad tym debatować. Dyskusja w ministerstwie, w kierownictwie, jeszcze się na ten temat nie odbyła, bo nie było kiedy, dlatego że przygotowujemy się również na jutrzejszą debatę w Sejmie, ale w najbliższych dniach się spotkamy i będziemy rozmawiać.

Nie mogę tutaj w tej chwili złożyć deklaracji, że na pewno się stanie tak, a nie inaczej, bo nie tylko ode mnie to przecież zależy. Jestem wiceministrem, a nie premierem tego rządu. Ważne decyzje zapadają na wyższym poziomie.

Przepraszam pana przewodniczącego, że mówię tak długo, ale chciałbym, żebyście mnie dobrze zrozumieli, iż to nie wynika z niechęci, z tego, że jesteśmy przeciwnego zdania; wynika to z możliwości finansowych naszego budżetu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale i z prawa.

Chciałbym tutaj jeszcze raz powiedzieć: budżet jest uchwalony, tego typu zapisy finansowe są zapisami, które idą przez Ministerstwo Finansów, bez Ministerstwa Finansów nie możemy na pewno tego ruszyć. Wolałbym, szczerze mówiąc, żeby jednak trochę zrozumieć, iż w tej chwili pozycja... Rozumiem, że ten zapis, o którym mówił i pan prezes, i pani doktor, stwarzałyby wam lepszą pozycję przetargową na poziomie choćby dyrekcji szpitala. Ale państwo muszą też zrozumieć, że musimy działać w granicach prawa, nie możemy tego zrobić.

Myślę jednak, że mogliby państwo wystąpić do ministerstwa – i sądzę, że tu pan minister mógłby taką deklarację spokojnie podjąć – o to, żeby okólnikiem ministerialnym wskazać na kryzysową sytuację w kadrach i na to, że w priorytetach ministerstwa jest także wspieranie finansowe rezydentur. Tak więc my jako senatorowie Platformy Obywatelskiej, mimo zrozumienia całej tej sytuacji, nie możemy się zgodzić z państwa propozycją, bo dzisiaj byłoby to sprzeczne z prawem, dlatego muszą państwo przyjąć to do wiadomości i wykonać ruch, który się nazywa „sprawdzam”, to znaczy sprawdzić w praktyce, czy intencje, które tu deklaruje i pani minister, i pan minister, i my jako senatorowie ugrupowania w tej chwili rządzącego są prawdziwe, że będziemy próbowali pilnować tej sprawy, bo ona jest naprawdę istotnym interesem służby zdrowia. Taką deklarację możemy złożyć, ale nie możemy zmienić zapisu.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale już króciutko, bardzo proszę, bo nie wiem, czy posuniemy się do przodu w tej sprawie.

**Pełnomocnik do spraw Reprezentacji Rezydentów Zarządu Krajowego  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy  
Dorota Mazurek:**

Bardzo krótko chciałabym tylko powiedzieć, że państwo podając tych 86,6% odnoszą to do średniej z roku 2006 – 2 tysiące 282 zł, a średnia za rok 2007 jest 2 tysiące 900 zł i to jest dokładnie 80%. To jedna sprawa.

Druga rzecz jest taka: w takim razie, czy nie mogą państwo zapisać 100% od 1 stycznia 2009 r.? Że w okresie...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jest jeszcze na to czas.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Posłuchajcie, dzisiaj przyjmujemy coś, co by generowało skutki na ten rok i tego zrobić nie możemy. Państwa gra natomiast idzie o to, żeby w momencie, gdy będzie trwała praca nad budżetem na rok 2009, a zacznie się to już rychło, te deklaracje przełożyły się na takie zapisy. To jest przed nami, ale nie możecie od nas oczekiwać czegoś innego.

Panie Prezesie, już naprawdę krótko.

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pani doktor już tutaj protestowała przeciw tym liczbom. Mam przed sobą obwieszczenie GUS: przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2007 r. wyniosło 2 tysiące 880 zł 97 gr, a jeśli prawdą byłoby to, co mówi pan minister, że obecna planowana wypłata bodajże 2 tysiące 250 zł...

*(Głos z sali: 280.)*

280 ...zł. Jeśli byłoby to 86,6%, to wynagrodzenie z ubiegłego roku musiałyby być poniżej 2 tysięcy 600 zł, więc te liczby coś nie bardzo pasują.

Panie Przewodniczący, mamy dzisiaj styczeń. W ciągu tego roku podejmą państwo jeszcze wiele decyzji w sprawie ustaw, które z całą pewnością spowodują skutki finansowe dla budżetu również w tym roku. Jestem o tym głęboko przekonany i pan też o tym wie, że nie będzie takich ustaw, w wyniku których państwo polskie nie wyda ani złotówki. Praktycznie to się nie zdarzy, będzie więcej lub mniej.

W tej chwili mówimy o kwocie w granicach 30–40 milionów zł, bo tego rzędu pieniądze są potrzebne na taką podwyżkę. Gdyby uznać, że to jest priorytet, to w rezerwie budżetowej te pieniądze prawdopodobnie by się znalazły. Apel pana przewodniczącego o okólnik z Ministerstwa Zdrowia, o cierpliwość, o to, że jest czas na to, żeby na ten temat rozmawiać na przyszły rok, moim zdaniem jest jedną wielką pomyłką, Panie Przewodniczący, pomyłką, która niestety skutkuje tym, że wśród tych lekarzy, którzy dzisiaj są w młodym wieku, wzrasta się myślenie o emigracji. Jeśli ci lekarze stąd wyjadą, to nie wrócą. Już dzisiaj średnia wieku lekarzy waha się, w zależności od specjalności, między czterdzieści osiem a pięćdziesiąt lat. Za chwilę po prostu nie będzie miał kto Polaków leczyć. To jest decyzja, która, moim zdaniem, przekracza znacznie wartość tych kilkudziesięciu milionów z budżetu tego roku. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę bardzo, króciutko.

**Doradca prawno-legislacyjny  
w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chciałbym krótko zapytać: Panie Ministrze, powiedział pan, że będzie możliwość korekty w ciągu roku. Jak to technicznie będzie wyglądać?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale o tym była mowa.

*(Doradca prawno-legislacyjny w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Krzysztof Filip: Tak?)*

Tak, podczas „białego szczytu” i w ogóle. Zapis „nie mniej niż 70%”, oznacza, że można sypać, ile się ma.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

**Doradca prawno-legislacyjny  
w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Właśnie, jak to przełożyć na reguły wynagradzania? Proszę państwa, to są pracownicy, trochę inaczej opłacani, ale nie do końca. Jak to będzie możliwe, Panie Ministrze? No, ja znam się trochę na prawie pracy, ale nie rozumiem, jak to będzie możliwe, żeby im podwyższyć wynagrodzenia w trakcie roku i jak pan zmusi do tego samodzielnego, samorządnego, samofinansującego się dyrektora: po pierwsze, z czego, a po drugie, jakim mechanizmem?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Rezydenci nie są na takim etapie.  
(Wypowiedzi w tle nagrania)

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

Przede wszystkim bardzo proszę dokładnie słuchać, co ja mówię, bo słyszę o rzeczach, których nie powiedziałem. Najpierw ad vocem panu prezesowi Radziwiłłowi. Pkt 1h brzmi: „Lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalone corocznie przez ministra właściwego do spraw zdrowia do dnia 30 marca roku poprzedzającego rok, w którym lekarz rozpoczyna lub odbywa specjalizację, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym „Monitor Polski” – itd. – do dnia 15 stycznia każdego roku”. Takie jest prawo. W związku z tym musieliśmy policzyć, bo nie można, tworząc ten zapis na jesieni ubiegłego roku, przyjmować średnią, którą teraz podał prezes GUS. Nie da się tego zrobić, to jest technicznie niemożliwe.

Po drugie, nie mówiłem tutaj o zmianie, którą w trakcie roku będą wprowadzać gdzieś tam dyrektorzy itd. Powiedziałem tylko, że będziemy rozważać, czy w ramach środków, które będą w Ministerstwie Zdrowia, jest jakaś możliwość pójścia w kierunku postulatów młodych lekarzy ze spotkania w sobotę i w niedzielę, jakie nam przekazał poseł Orzechowski z Platformy Obywatelskiej. Będziemy nad tym dyskutować i podejmiemy działania w ramach środków, jakie posiadamy.

Mamy świadomość, i państwo też muszą mieć, że wszystkich obowiązuje dyscyplina finansów publicznych. W związku z tym, jeżeli budżet, nad którym prace w tej chwili się toczą, będzie budżetem obowiązującym na ten rok, to minister zdrowia dodatkowych środków nie uzyska, choć będzie o nie zabiegał, i my będziemy to robić. Jeżeli się uda je pozyskać, na pewno nie stworzymy takiej sytuacji, żebyśmy mogli ich nie wykorzystać. Musicie nas zrozumieć, szczególnie że priorytet dla młodych lekarzy jest i będzie, nie tylko w tym roku, ale przez cały czas, kiedy będzie rządził ten rząd. W związku z tym po prostu będziemy to robić, kiedy to tylko będzie możliwe, zresztą będziemy z wami współpracować i rozmawiać, będziemy się spotykać jeszcze nie raz i będziemy wam, młodym lekarzom, przedstawiać, jakie są możliwości w tym zakresie, niczego nie schowamy.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dyskusja się w ten sposób wyczerpała.

Rozumiem, że jest poprawka pana prezesa Radziwiłła zmierzająca do zmiany zapisu w ust. 1h: do 100%. Czy ktoś chce ją przejąć?

*(Głos z sali: Ja chcę przejąć. W wysokości nie mniejszej niż 100%?)*

Tak jest.

Wobec tego przystępujemy do głosowania.

Szanowni Państwo, przystępujemy do głosowania. Poprawki, które przekazało ministerstwo, przejmuję. Mamy je wszyscy, dotyczą one pktu 11a i b.

Wobec tego kto jest za przyjęciem poprawki pierwszej do pktu 11? (6)

Kto jest za przyjęciem poprawki drugiej do tego punktu? (6)

Dziękuję bardzo.

Kto jest za przyjęciem poprawki przejętej przez pana senatora Karczewskiego? (0)

Kto jest przeciw? (6)

Dziękuję bardzo.

*(Głos z sali: Wniosek mniejszości.)*

Jest wniosek mniejszości, bardzo proszę do protokołu.

W ten sposób zakończyliśmy...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Aha, i jeszcze mamy... Był jeszcze wniosek o...

*(Głos z sali: Nie, pan prezes Radziwiłł właściwie nie wnosił.)*

Nie wnosił, dobrze. Nie przejąłeś?

*(Głos z sali: Nie, zastanowię się jeszcze.)*

Proszę państwa, kto jest zatem za pozytywnym zaopiniowaniem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza, lekarza dentysty wraz z przyjętymi poprawkami? Głosujemy.

Kto jest za? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał od głosu? (1)

Jedna osoba się wstrzymała od głosu.

Czy myśmy głosowali też nad tą ogólną...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Bez poprawek, rozumiem, dobrze.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 57)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851