



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(149)

12. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 4 marca 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (druk senacki nr 65, druki sejmowe nr 80, 171).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o lekarzu sądowym (druk senacki nr 73, druki sejmowe nr 222, 229, 229-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W rozesłanym do państwa porządku obrad znalazły się dwa punkty: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” i sprawy różne.

W związku z tym, że została uchwalona w Sejmie ustawa o zmianie ustawy o lekarzu sądowym chciałbym prosić o uzupełnienie porządku obrad o jej rozpatrzenie. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, to uznam, że Wysoka Komisja zgodziła się na uzupełnienie programu naszego posiedzenia. Jeśli nie będę widział sprzeciwu, to uznam, że senatorowie przyjęli proponowany porządek obrad. Nie widzę sprzeciwu. Dziękuję bardzo. Porządek obrad został przyjęty.

Przystępujemy zatem do pierwszego punktu: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych”.

Witam serdecznie pana ministra, witam serdecznie przedstawicieli Rady Naukowej przy panu ministrze, przedstawicieli rady tego programu z panem profesorem Nowackim na czele, innych przedstawicieli ministerstwa, których jeszcze, niestety, nie znam. Gdzieś tu mamy listę, ale może już imiennie nie będę państwa witał. Witam innych uczestników posiedzenia komisji i oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę o uzasadnienie do proponowanych zmian w ustawie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Otóż proponujemy nowelizację art. 7 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Nowelizacja ta ma na celu zapewnienie racjonalnego wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na realizację tegoż programu. Projektowana regulacja umożliwi optymalne dostosowanie środków finansowych do rzeczywistych potrzeb poszczególnych zadań realizowanych w ramach programu „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”.

Obecnie przepis art. 7 ust. 3 brzmi: „Planowane nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych muszą stanowić: 20% rocznych nakładów na program przez pierwszy i drugi rok, 25% rocznych nakładów ma

program przez trzeci i czwarty rok, 30% rocznych nakładów na program przez rok piąty i szósty i wreszcie 35% rocznych nakładów na program przez lata następne, aż do zakończenia tego programu”. Taki zapis w sposób zasadniczy usztywnia wysokość środków przeznaczonych na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. My proponujemy zmianę w brzmieniu: „Planowane nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na program”.

Może krótko uzasadnię o co chodzi. Otóż dotychczasowa realizacja programu pokazała, że przy obecnej świadomości społecznej profilaktyka pochłania mniej nakładów niż medycyna naprawcza. Od 2006 r. świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy nie są limitowane. NFZ na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy przeznaczył w 2006 r. kwotę w wysokości ponad 23 milionów zł. Ze względu jednak na niską zgłaszalność do programu wydatkowano na ten cel jedynie połowę tej kwoty. Z przeznaczonych na program profilaktyki raka piersi środków finansowych w wysokości ponad 52 milionów zł wykorzystano kwotę nieznacznie przekraczającą 34 miliony zł. W 2007 r. wysokość środków finansowych przeznaczonych przez NFZ na ten cel wynosiła odpowiednio 50 milionów 391 tysięcy zł na program profilaktyki raka piersi i 20 milionów 49 tysięcy zł na program profilaktyki raka szyjki macicy. Z budżetu ministra zdrowia na działania profilaktyczne przeznaczono 50 tysięcy zł w 2006 r. i 54 tysiące 380 zł w 2007 r.

Głównym kierunkiem działań profilaktycznych, finansowanych w ramach narodowego programu, jest zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej badań profilaktycznych oraz poprawa zgłaszalności na badania tego typu. Z uwagi na fakt, że program jest finansowany ze środków budżetowych w jego zakres wchodzi tylko te działania profilaktyczne, których efektywność została udowodniona naukowo, między innymi program badań przesiewowych do wczesnego wykrywania raka jelita grubego, czyli kolonoskopia, program opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. Ponadto realizowane jest zadanie pod nazwą „Prewencja pierwotna nowotworów”, które ma na celu uporządkowanie, usystematyzowanie i upowszechnienie wiedzy w społeczeństwie o czynnikach stylu życia, które mają związek przyczynowy z zachorowaniami na nowotwory.

W pierwszych latach realizacji programu podjęto działania mające na celu zbudowanie systemu kontroli jakości i organizacji badań przesiewowych. Utrzymanie obecnego zapisu art. 7 ust. 3 uniemożliwi zwiększenie nakładów na profilaktykę w sytuacji, gdy zaistnieje taka potrzeba. Z uwagi na fakt, że „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” jest programem interwencyjnym, proponowana nowelizacja umożliwi optymalne dostosowanie wysokości nakładów na wszystkie, podejmowane w ramach jego realizacji, działania, w tym również na działania profilaktyczne.

Chcę przypomnieć, że w poprzednich latach z tytułu niewykorzystania środków na profilaktykę pozostawały kwoty rzędu 8 milionów zł. Z tego część, jako środki niewygasające, przenoszone były na lata następne, a część, niestety, w ogóle nie była wydatkowana na inne cele. A przypomnę, że środków na zwalczanie tej choroby nigdy nie jest za dużo. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Czy są pytania do pana ministra?

Mam następujące pytanie. „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” nieprzypadkowo przewidywał, że w pierwszych latach będzie więcej wydawanych pieniędzy na uzupełnienia sprzętu, stopniowo zaś będzie rósł nacisk na coś, co jest najsłabszym ogniwem w systemie leczenia chorób nowotworowych, mianowicie wczesne wykrywanie chorób nowotworowych i profilaktyka. Czy nie jest dla państwa jakimś ostrzegawczym sygnałem fakt, że tak budowane założenia programu nie są jednak realizowane, gdyż preliminowane środki na coś, co jest, jak mówi się, piętą achillesową naszego systemu – wczesne wykrywanie nowotworów, nie są wykorzystywane. Czy to nie jest porażka? Pytam pana ministra: czy to nie jest porażka?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Można by powiedzieć, że nie. Dlatego, że w tych krajach, w których wdrażano programy profilaktyczne i badania przesiewowe dochodzono do pewnych poziomów opłacalności skringingu przez lata. Na przykład w – podawanej przez wielu jako wzorcowy przykład – Finlandii, gdzie zgłaszalność jest rzędu 70–80%, taki poziom osiągnięto dopiero po kilku latach systematycznego stosowania takiego programu.

Musimy jeszcze brać pod uwagę, że żyjemy tu i teraz. W naszym społeczeństwie poziom wiedzy na temat konieczności robienia pewnych badań jest niewystarczający. Dlatego w programach, które proponujemy są uwzględnione między innymi te właśnie kwestie. Również – nie ukrywam, że po dyskusji w Sejmie – Ministerstwo Zdrowia podjęło działania w kierunku poszerzenia świadomości społecznej. Między innymi zwróciliśmy się z listami do sekretarzy kościołów, do episkopatu, zarówno Kościoła katolickiego w Polsce, jak i innych najbardziej znanych, powszechnych wyznań w Polsce, jak chociażby Kościół prawosławny, Kościół Ewangelicko-Augsburski, z prośbą o wsparcie tych działań poprzez oddziaływanie księży na co dzień w kościołach, chociażby w czasie mszy świętej. Mam nadzieję, że będzie tutaj odpowiednie zaangażowanie ze strony tych kościołów, które zresztą, trzeba to przyznać, bardzo chętnie podejmowały tego typu współpracę z resortem zdrowia.

Mamy świadomość, że na to wszystko potrzeba czasu. Poza tym działania, które są istotne i które podejmuje resort, to nie tylko profilaktyka, ale również na przykład kontrola jakości leczenia. Chociażby upowszechnianie takich badań, jak mammografia, jak badania USG czy właśnie kolonoskopia, jeśli chodzi o profilaktykę raka jelita grubego. To są te kierunki, te działania, na których w tej chwili się koncentrujemy, między innymi dzięki przesunięciu środków. Gdyby zaś Wysoka Izba podzieliła naszą opinię i zechciała poprzeć tę zmianę ustawową, będziemy mogli przekazać niewykorzystane środki na profilaktykę, chociażby na poprawę kontroli jakości leczenia nowotworów w Polsce, jak również dofinansowanie zakupów aparatury. Przeznaczamy bowiem rokrocznie w dalszym ciągu ogromne środki, w ramach tak zwanych środków majątkowych, na doposażenie polskich placówek zajmujących się leczeniem chorób nowotworowych. Chociażby wczoraj odbyło się posiedzenie Rady Naukowej, która zadecydowała o poparciu dla propozycji Minister-

stwa Zdrowia wydatkowania ponad 110 milionów zł na doposażenie polskich ośrodków w zakresie sprzętu do radioterapii. Jak wiemy, mamy bardzo niski odsetek nasycenia tym sprzętem w przeliczeniu na odpowiednią liczbę mieszkańców w Polsce.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dzisiaj mamy posiedzenie seminaryjne, na którym będziemy może głębiej analizowali sprawy związane z koncepcją programu. Dzisiaj w ramach posiedzenia komisji koncentrujemy się na jednej sprawie, na sprawie profilaktyki i zmiany, która pociąga za sobą uelastycznienie w sumie sposobu wykorzystywania pieniędzy. To jest powiązane z dyskusyjnym jednak, moim zdaniem, elementem tego programu, jakim jest nierosnąca rola wydatków na profilaktykę w strukturze tego programu. Przecież rada, która konstruowała ustawę, miała jakąś wizję i od tej wizji delikatnie się w tym momencie odchodzi. I stąd moje o to pytanie.

Teraz ja mogę ze swojego podwórka, już odchodząc od pytań, ponieważ nie ma pytań do dyskusji, powiedzieć, że jako lekarz miejski realizowałem we Wrocławiu program, którego celem była czujność onkologiczna. Startowaliśmy w przetargach ogłoszonych przez ministerstwo, mając zorganizowany ośrodek szybkiej diagnostyki – pięćdziesiąt punktów samobadania piersi, gdzie uczyliśmy kobiety, jak to należy robić, a kobiety, które zostały wyłapane w tym programie z jakimiś zmianami były kierowane do programu finansowanego z funduszy miejskich. Wystartowaliśmy więc w konkursie o badania mammograficzne i przegraliśmy go. Mieliśmy najniższą cenę. Było bardzo charakterystyczne, że kobiety były brane niejako z łapanek na mammografię przez placówki, które tak naprawdę nie zajmowały się programami profilaktyki. I to jest pytanie, czy przypadkiem przyczyną, dla których nie wydajemy tych pieniędzy tyle, ile trzeba na promocję zdrowia i profilaktykę, nie jest nazbyt scentralizowany system dystrybucji tych środków i brak dobrego rozpoznania sytuacji w terenie od strony profilaktycznej.

Mogę to poprzeć naprawdę dobrze udokumentowanymi wynikami statystyki z Wrocławia, bo mówię o programie tam realizowanym, gdzie płyną środki centralne. Ale one są dosyć ślepe. Zresztą bardzo podobna sytuacja była w drugim programie, kardiologicznym, lecz o tym się nie mówi. Ministerstwo ogłasza konkurs... W imieniu ministerstwa prowadził to Instytut Kardiologii. My w tym konkursie uczestniczymy, bo realizujemy ze Szwedami od wielu lat program prewencji chorób układu krążenia, kompleksowy, z siecią wychwytu, z ankietami żywieniowymi, pogłębionymi wywiadami. I w tym programie ministerialnym jesteśmy nagradzani propozycją jakiejś wysokiej klasy sprzętu klinicznego, który jest nam do niczego w tym programie promocji profilaktyki niepotrzebny. Chodziło o jakiś ultrasonograf którejś tam generacji, z możliwościami badań przepływów wieńcowych itd.

To pokazuje, że tutaj właśnie w profilaktyce nie ma promocji. Czy to nie jest najślabsze ogniwo – brak planowania na poziomie regionalnym i zdecentralizowania tej części programu na poziom regionalny?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący!

W pewnym stopniu podzielam opinię pana przewodniczącego, pana senatora. Program jednak ma charakter narodowy. Jest konsultowany z członkami Polskiej Unii

Onkologicznej. Są to niekwestionowani eksperci. Mamy na terenie kraju ośrodki, które są tak zlokalizowane, że jednak obejmują obszarem swojego działania cały obszar naszego kraju. Te ośrodki są ośrodkami referencyjnymi. Fundusze, które uruchamiamy na taki cel, jak chociażby zakupy majątkowe, są wydatkami skierowanymi nie tylko i wyłącznie do tych centrów onkologicznych, ale również do mniejszych ośrodków. Z tego programu doposażamy w różnego rodzaju sprzęt również i szpitale mniejsze, kupując chociażby mammografy, aparaty USG.

Jeśli chodzi o profilaktykę, mamy świadomość, że tutaj trzeba dotrzeć przede wszystkim do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i to do lekarzy rodzinnych. Stąd szereg zadań jest adresowanych w tym kierunku. Na przykład takim działaniem zmierzającym do poprawy sytuacji, jeśli chodzi o wczesną diagnostykę i poprawę wyników wykrywalności wczesnych nowotworów, jest chociażby program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej, jednodniowe minimum onkologiczne, program rekomendowany przez Polską Unię Onkologii – szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. To jest szalenie trudny, ważny problem dlatego, że w Polsce problemem jest nie tylko wczesne rozpoznanie, ale również odpowiednie prowadzenie chorych po leczeniu operacyjnym, gdzie wiadomo, że w określonych okresach pacjenci w ramach prawidłowego postępowania po leczeniu operacyjnym powinni mieć wykonywane określone badania, określoną diagnostykę.

Wreszcie jest proponowana modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych, ponieważ poziom wyszkolenia polskich lekarzy, jeśli chodzi o problemy onkologii, delikatnie mówiąc, również pozostawia trochę do życzenia. Dzisiaj mamy taki problem, że niestety, bardzo często pacjent czy pacjentka, którzy przychodzą do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie mają wykonywanych badań, które tak naprawdę właściwie w ogóle nie wymagają żadnego usprzętowania, a na przykład tylko założenia rękawiczki na prawą czy, jeśli ktoś jest leworęczny, na lewą rękę i zbadanie *per rectum*. Onkolodzy, a zwłaszcza chirurdzy onkologiczni wiedzą, jak wysoki odsetek nowotworów jelita grubego można tym prostym badaniem rozpoznać. Tak więc tego typu działania są podejmowane.

Myślę, że nie jesteśmy w stanie wyszkolić w ciągu jednego roku wszystkich lekarzy rodzinnych. Ale te działania będą prowadzone w kolejnych latach funkcjonowania programu. Nie wiem, może pan profesor Nowacki chciałby jeszcze uzupełnić moją wypowiedź, czy może pan profesor Steffen...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Przewodniczący Rady Naukowej
Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie
Jan Steffen:**

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie!

Nie podzielam poglądu i środowisko onkologiczne też tego poglądu nie podziela, że programy wczesnego wykrywania, tak jak one są realizowane dotąd, są porażką. Musimy sobie zdawać sprawę z tego, że system, który już kiedyś rozpoczął funkcjo-

nowanie przynajmniej w niektórych częściach kraju, musiał być odbudowany od nowa. Musiało być rozstrzygniętych wiele problemów kontrowersyjnych w kontaktach między onkologami, ginekologami i patologami. Te problemy zostały rozstrzygnięte.

Został wprowadzony nowoczesny i obowiązujący wszędzie system zaproszeń imiennych. Liczba kobiet, które zgłosiły się do tych programów, porównując rok 2007 do 2006 wzrosła dwukrotnie. Obecny skrining jest co prawda tak zwanym skrinieniem oportunistycznym, to znaczy zgłaszają się głównie kobiety, które sądzą, że mają problemy. Wyniki, tak jak są podawane przez koordynatorów, są bardzo zachęcające, ponieważ w pierwszym roku realizacji tego programu wykryto w ramach skriningu ponad dziewięćset przypadków zachorowań na raka szyjki macicy, a łącznie tych zachorowań w kraju jest niespełna cztery tysiące. W programie skrininowym dla wczesnego wykrywania raka piersi wykryto blisko tysiąc dziewięćset przypadków zachorowań na ten nowotwór, a liczba zachorowań w skali całego kraju wynosi nieco ponad dwanaście tysięcy.

Innymi słowy ten program jest bez wątpienia opłacalny, bez wątpienia efektywny. O tym świadczą niepełne, ale chyba jednoznaczne dane statystyczne wskazujące na stopniowy, szybszy niż sądziliśmy, wzrost liczby wyleczeń rozumianych jako pięcioletnie przeżycia na przykład u chorych na raka piersi. Tak że nawet jeżeli przez kilka lat ten program nie będzie programem powszechnym, to zapewnia on pełną dostępność wszystkim kobietom w Polsce w odpowiednich grupach ryzyka do tego badania i nawet, jeżeli będzie funkcjonował jako program tak zwany skrining oportunistyczny, to przyniesie znaczący w skali populacyjnej wymierny wynik. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Dyrektor Centrum Onkologii
- Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Marek Nowacki:**

Chciałbym jeszcze dodać tutaj jeden ważny wątek. Otóż stanęliśmy przed wielkim problemem kontroli jakości wykonywanych badań skrininowych. Chciałbym powiedzieć, że dzięki decyzjom ministra zdrowia doprowadziliśmy do zakupu jednolitego wyposażenia wszystkich wojewódzkich ośrodków skrininowych w sprzęt do kontroli jakości obrazu mammograficznego. Niestychanie ważna sprawa.

Tu jest jeszcze pewna zależność od liczby wykonywanych badań. Nie znam przykładu z Wrocławia, którym posłużył się pan przewodniczący. Być może chodziło tam o liczbę oferowanych badań przy odpowiednich składach personalnych tej komórki. Nie wiem. Nie mogę tu wypowiedzieć się w tej sprawie. Od momentu, gdy zaczęliśmy z Funduszem realizować te programy – nim jeszcze ustawa weszła w życie – obniżaliśmy kryteria na przestrzeni ostatnich trzech lat parokrotnie, dlatego że po prostu było niewielu świadczeniodawców. Mogę dla przykładu podać to, co widzę jako lekarz. Tu jest zresztą kolega, który zajmuje się tymi badaniami na co dzień. Często widzieliśmy takie sytuacje, że kobieta przychodziła z pięcioma mammografiami wykonanymi na przestrzeni bardzo krótkiego czasu, niemającego nic wspólnego z interwałami, które proponujemy w skriningu, i wręcz nie doszło do rozpoznania, ponieważ badanie było źle wykonane.

Tak że to był taki pierwszy etap, po to, żebyśmy mogli z odkrytą przyłbicą zapewnić Wysoką Komisję, że te sprawy są na dobrej drodze i wszystko zmierza do poprawy. Najpierw chcieliśmy mieć pewność, że panie, które zgłoszą się na to badanie, będą miały wykonane je zgodnie z prawidłami sztuki medycznej. Odkryliśmy białe plamy nawet na Mazowszu, o którym się mówi, że jest najzamożniejszym województwem w kraju. W związku z tym były decyzje ministra przyzwalające na zakup mamocytobusu. Musimy bowiem dotrzeć w głąb terenu. Mamy całą mapę Mazowsza, z której wynika, że pewne powiaty są w ogóle białą plamą, gdzie nikt nie dotarł. Tak że jest tu bardzo wiele towarzyszących działań.

Dodam, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, że było jeszcze parę innych towarzyszących działań. Mianowicie zespół profesora Butruka z CMKP, gastroenterologia, z siedzibą w Centrum Onkologii – to jest wspólne działanie – ma jedyny w kraju certyfikat międzynarodowy upoważniający do szkolenia w kolonoskopii. Stąd trzeba było stworzyć kadry do rosnących potrzeb i wzrastającej liczby badanych. To zrobiliśmy. To jest na dobrej drodze. Mało tego. Pragnę poinformować, że szkolone są również pielęgniarki i sprawdzają się w tych działaniach nadzwyczaj dobrze. Oczywiście one działają pod kuratelą lekarza.

Trzecia sprawa to była kwestia dopuszczenia położnych do pobierania rozmazów. Tu w tym systemie jest pewna logika. Proszę mi wierzyć, że posługujemy się wzorami dobrze ugruntowanymi praktyką innych krajów, ale niestety jest to proces wieloletni. My sami jesteśmy niecierpliwi.

Jeżeli chodzi o skринing, o badania przesiewowe zmierzające do wykrycia patologii jelita grubego, krótko mówiąc raka jelita grubego, wynik jest zaskakujący. I tu, nieskromnie powiem, skończyło się to publikacją w „The New England Journal of Medicine”. Dzięki aprobacie ministra zdrowia byliśmy w stanie to badanie kontynuować, mimo różnych przeciwności losu. A wynik jest zdumiewający, ponieważ Polska stała się jednym z pionierskich krajów, która to badanie wprowadziła. Ono było możliwe właśnie dzięki temu, że rozszerzono liczbę osób kompetentnych do wykonania tego badania i – co tu dużo ukrywać – dzięki temu, że koszt kolonoskopii przesiewowej jest w Polsce chyba najniższy na świecie. Cena pracy ludzkiej jest ciągle niska. To badanie zaczynaliśmy sześć lat temu, mając stowarzyszonych cztery czy pięć ośrodków. W tej chwili, Panie Przewodniczący, proszę państwa, w kraju jest osiemdziesiąt pięć ośrodków. I jest bezlitosna, naprawdę bezlitosna, niepodlegająca żadnym naciskom selekcja tych ośrodków. Wypadły z tego badania znaczące w Polsce szpitale, które nie wykorzystywały puli przyznanych środków na te badania, jak i ich jakość była niezadowolająca. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

**Główny Specjalista w Departamencie Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Barbara Dąbrowska:**

W rozumieniu departamentu i szanownego tutaj grona nie ma zagrożenia dla zmniejszającego się finansowania profilaktyki dlatego, że mamy nadzieję, iż zgłaszalność kobiet do programu będzie rosła i wykonalność badań będzie się zwiększała.

Poza tym są dwa źródła finansowania naszego programu. Przyjęte rozwiązania logistyczno-organizacyjne zapewniają finansowanie świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Minister zdrowia zapewnia finansowanie tylko tej sfery organizacyjno-logistycznej, czyli zapewnienie nadzoru nad działaniami zmierzającymi do poprawy świadomości kobiet w zakresie profilaktyki oraz kontroli jakości badań diagnostycznych. Tak że na pewno nakłady na profilaktykę de facto nie będą malały. One będą rosły. Proponowany zapis w ustawie pozwoli tylko na uelastycznienie przesunąć środków między programami w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Przewodniczący, chcę zadać panu ministrowi pytanie. W tej chwili bowiem praktycznie na etapie może jeszcze nie realizacji, ale przyznawania środków są regionalne programy operacyjne, gdzie te środki są między innymi w gestii urzędów marszałkowskich. Tam też są programy onkologiczne. Czy państwo macie nad tym jakąś kontrolę? Z tego co wiem, że środków na te programy rzędu miliona czy więcej można mieć sprzęt diagnostyczny, chociażby do wykrywań nowotworów jelita grubego łącznie z markerami. Czy jednak jest taka potrzeba dla każdego ośrodka? Tym bardziej, że przed chwilą pan profesor powiedział, że jest pewna selekcja. W związku z tym szpital powiatowy będzie miał taki sprzęt za milion i nie weźmie udziału w programie, i co?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Panie Senatorze, my nie mamy wpływu na wydatki organów założycielskich, czy są to organy na poziomie marszałka czy...

(Senator Norbert Krajczy: Przepraszam, to są środki unijne, Panie Ministrze. Nie chodzi o organy założycielskie. To są unijne środki.)

Ale wydawane za zgodą, za wiedzą organów założycielskich. Naszym zadaniem i zadaniem tego programu jest uzupełnienie braków i doposażenie w tych miejscach, w tych ośrodkach, które chociażby z tych programów unijnych, o których pan senator mówi, nie skorzystały bądź nie mogły skorzystać z różnych powodów. Nam chodzi o to, żeby po prostu doposażyć ośrodki. Nie kupujemy dla wszystkich ze środków na ten program. Uruchamiamy środki tylko tam, gdzie są ewidentne braki, gdzie czegoś brakuje, na doposażenie, na uzupełnienie braków.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, mam pytania do panów profesorów. W uzasadnieniu do uchwały mamy takie zdanie: „nakłady na profilaktykę przewyższają zapotrzebowanie”. Czy wynika to, że wydatek na profilaktykę był błędnie zaplanowany? Czy w tej chwili są jakieś inne skutki, że tych pieniędzy jest za dużo?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Jeśli pan senator pozwoli, to ja za panów profesorów odpowiem. Założenie było słuszne, dlatego że poprawia się liczba zgłaszających się osób. Proszę jednak pamiętać, że program nie przewidywał udziału środków z Narodowego Funduszu Zdrowia. Zaangażowanie i wprowadzenie środków z Narodowego Funduszu Zdrowia z całą pewnością poprawiło sytuację, jeśli chodzi o onkologię w Polsce. Cały szereg działań został sfinansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Dzięki takiemu zapisowi przy większym zaangażowaniu NFZ jesteśmy w stanie wydać środki na wydatki majątkowe, na które Fundusz jako taki siłą rzeczy przekazywać środków nie może.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że chyba wyczerpaliśmy dyskusję. Wobec tego zamykam dyskusję.

Przystępujemy do przyjęcia uchwały.

Czy są wnioski legislacyjne do projektu ustawy przyjętej w Sejmie? Nie widzę zgłoszeń.

Kto jest za poparciem, czyli za przyjęciem uchwały o poparcie proponowanych zmian w ustawie o „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych”? Kto jest za? (8)

Dziękuję bardzo.

Kto chce być sprawozdawcą tej ustawy?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę, wobec tego pan senator Mochnacki...

(Głos z sali: Muchacki.)

Przepraszam, senator Muchacki.

Przystępujemy do rozpatrywania punktu drugiego.

Chcę tylko powiedzieć, że dzisiaj o godzinie 14.00 będzie seminaryjne posiedzenie poświęcone w całości programowi. Zapraszamy państwa zatem za około pół godziny na tę drugą część. A teraz liczymy, że pan minister zostanie z nami, gdyż będziemy mówić o lekarzu sądowym.

Przystępujemy zatem do punktu drugiego: zmiana ustawy o lekarzu sądowym.

Bardzo proszę pana ministra o krótkie zreferowanie zmian w tej ustawie.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Gospodarzem tej nowelizacji jest pan minister reprezentujący resort sprawiedliwości. Nie chciałbym więc...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jest?)

Jest pan minister. Tak że nie chciałbym...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To zapraszamy.)

Będę wspomagał pana ministra, jeśli będą jakieś pytania dodatkowe.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo prosiłbym pana ministra o krótkie zreferowanie celu dokonywanych w ustawie zmian. Tylko gwoli historycznej prawdy przypomnę, że gdy ta ustawa była wdrażana, a było to robione w poprzedniej kadencji, mieliśmy ogromne wątpliwości, czy nie stanie się tak jak się stało, a mianowicie że nie będzie chętnych do wchodzenia na listy przy tworzonych tą ustawą warunkach finansowych. Nadto nie wiem, czy ministerstwo do końca zdaje sobie sprawę z tego, że dyrektwa o czasie pracy lekarzy zdecydowanie podniosła stawki godzinowe lekarzy w systemie zwykłym. Jeśli chcecie państwo być konkurencyjni... Zawieszam głos i oddaję głos panu ministrowi.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości
Zbigniew Wrona:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Rzeczywiście, jest tak jak pan przewodniczący powiedział. Ustawa, która na pewno kieruje się bardzo dobrymi założeniami – jej cele są takie, że każdy by się z nimi zgodził – była uchwalona w sytuacji, która nie gwarantowała dostatecznego rozpoznania rzeczywistości. Po prostu nie zbadano, ile tych zaświadczeń jest potrzebnych, nie przeprowadzono dostatecznych konsultacji ze środowiskiem lekarskim, samorządem. I rzeczywiście powstał problem z realizacją tej ustawy. Wiedzieliśmy, że ten problem wystąpi już co najmniej od grudnia, czyli właściwie od początku funkcjonowania nowego rządu. Przypatrywaliśmy się temu dokładnie. Dokonywaliśmy korzystnych dla funkcjonowania tej ustawy interpretacji, przesyłając korespondencję do prezesów sądów okręgowych, w której wskazywaliśmy, że przecież nie tylko lekarze, którzy mają podpisane umowy na terenie danego okręgu, ale również inni mogą wystawiać takie zaświadczenia. Czyli podejmowaliśmy cały szereg kroków organizacyjnych oraz edukacyjnych, żeby tę ustawę wdrożyć. No i rzeczywiście częściowo nam się to udało, bo są tylko dwa okręgi, gdzie nie ma żadnej zawartej umowy z lekarzem sądowym w rozumieniu tej ustawy. Jest to okręg zielonogórski i bydgoski. Wszystkie pozostałe mają, aczkolwiek liczba umów zawieranych z lekarzami daleko odbiega od tych liczb, które prezesi sądów wskazywali jako potrzebne.

Inna rzecz, że również nasze weryfikacje ilości wystawianych zaświadczeń wskazują, że liczby podawane przez prezesów sądów niejednokrotnie były zawyżone i niejednokrotnie nie były oparte o jakieś badania rzeczywistości. Były troszeczkę życzeniowe. Tak czy inaczej sytuacja na dzień dzisiejszy jest taka, że mamy trzysta czterdzieści trzy zawarte umowy z lekarzami sądowymi. W ostatnich dwóch tygodniach ta liczba zwiększyła się o piętnaście, a więc ten przyrost nie jest zbyt imponujący. Na około trzysta siedemdziesiąt zaświadczeń wydanych w pierwszych dwóch tygodniach lutego około sto sześćdziesiąt zaświadczeń... właściwie można powiedzieć, że połowa z nich to były zaświadczenia wydane nie przez lekarzy sądowych w rozumieniu tej ustawy. Stąd

też rząd w trybie pilnym skierował projekt tej nowelizacji. Sens tego projektu jest taki, żeby zwolnić lekarzy, którzy będą wydawali zaświadczenia, z istotnej części bardzo żmudnej procedury dopuszczania tego lekarza. Założeniem bowiem obowiązującej ustawy jest inicjatywa samorządu lekarskiego. To izby lekarskie mają wnioskować, rekomendować. Tutaj wyłączyliśmy ten etap i ustawa uchwalona przez Sejm zezwala prezesom sądów okręgowych na dopuszczanie lekarzy, którzy mają pierwszy lub drugi stopień specjalizacji do wykonywania tych funkcji bez procedury dopuszczenia samorządu lekarskiego. W naszym zamierzeniu ma to udroźnić system, zwiększyć liczbę lekarzy, a może też docelowo ci lekarze, którzy już raz podejmą te obowiązki, czyli przed 1 stycznia dopełnią pełnej procedury, która jest przewidziana ustawą, staną się w przyszłości lekarzami sądowymi w rozumieniu tej ustawy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są pytania do pana ministra?

Czy pan minister zdrowia chciałby uzupełnić tę wypowiedź? Nie.

Jest pytanie.

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, zabiorę jeszcze głos w dyskusji, ale mam pytanie. Ustawa była konsultowana z prezesami sądów apelacyjnych, z Sądem Najwyższym. Jakie były uwagi i opinie z tej strony?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości
Zbigniew Wrona:**

Opinie były zdecydowanie pozytywne. Niektórzy z prezesów wręcz wskazywali, że należałoby dalej jeszcze liberalizować ten system, ale to były opinie dość odosobnione. Generalnie zdecydowana większość odpowiedzi, a pytaliśmy wszystkich, polegała na poparciu tego projektu jako dającego szansę, aby ten system mógł funkcjonować.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, ja na sobie przetestowałem, jak żmudna to jest procedura i polemizowałbym z panem ministrem, ponieważ procedura wymagała wypełnienia jednego druku, który odesłałem do Naczelnej Izby Lekarskiej i tyle. Czyli ta procedura nie jest żmudna i ona nie odstrasza lekarzy, ale myślę, że niestety odstrasza cena, która jest oferowana przez ministerstwo. Pierwotnie proponowano 40 zł za takie zaświadczenie. W tej chwili wiem, że to jest 80 zł. A jeżeli ktoś wie, na czym polega orzekanie w takich sprawach, to jest to kontakt z osobami, które weszły w konflikt z prawem. Niejednokrotnie zgłaszają się ludzie o posturze dwóch metrów z ogoloną głową, mó-

wiących różne rzeczy w stosunku do mnie i do mojej rodziny. Myślę więc, że to wcale nie będzie takie łatwe, że przedłużymy to rozwiązanie o rok i raptem rozmnożą nam się ci lekarze. Oni bowiem nie przyjdą. Tak jak pan przewodniczący powiedział, w tej chwili szpitale czy inne ośrodki zdrowia oferują znaczne większe pieniądze.

Jestem biegłym sądowym lekarzem w okręgu siedleckim. Tam jest nas w tej chwili dwóch, czyli praktycznie nie wyobrażam sobie pracy, żeby podołać tym wszystkim zaświadczeniom, które się pojawiają. Uchwalając tę ustawę ministerstwo przedstawiło nam liczbę tych zaświadczeń i została podyktowana taka cena, gdyż budżet nie udźwignąłby więcej. Teraz pan minister mówi, że to było przez prezesów sądów wzięte troszkę na wyrost. Czy właśnie nie należałoby się zastanowić – jeżeli tych zaświadczeń będzie rzeczywiście mniej – i czy nie zachęcić lekarzy do przystępowania do tej procedury poprzez zwiększenie ceny i to, wydaje mi się, bardzo znaczne zwiększenie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie wiem, czy to nie jest już działalność lobbingowa, ale dopuszczana, jak rozumiem z racji pozycji, jaką pan zajmuje w parlamencie, Panie Senatorze.

Pan minister zdrowia chciał się wypowiedzieć.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Włodarczyk:**

Chcę poprzeć to, co mówi pan senator Kraska, ponieważ uciążliwość tej procedury jest dla lekarza, tak jak pan senator powiedział, żadna. Lekarz tylko wyraża chęć bycia lekarzem sądowym – proszę nie mylić z biegłym sądowym, bo to są dwie różne rzeczy – i wypełnia formularz, który przesyła do swojej okręgowej izby lekarskiej. Uciążliwość jest dla samorządu jako instytucji, która musi podjąć w ramach zleconego przez państwo zadania cały szereg działań sprawdzających, weryfikujących, czy ten lekarz ma aktualne prawo wykonywania zawodu, czy nie miał pięcioletniej przerwy w wykonywaniu zawodu, czy wreszcie ma odpowiednie kwalifikacje, czy jest nie karany, czy nie toczy się przeciwko niemu postępowanie u rzecznika odpowiedzialności zawodowej bądź w sądzie lekarskim i wreszcie na koniec ustawa nałożyła obowiązek sprawdzenia karalności również przed sądami powszechnymi.

Tak że to wszystko wymaga czasu. Przypomnę, że jakiś czas temu na tej sali jako przedstawiciel samorządu apelowałem, co ówczesna Komisja Zdrowia uznała za słuszny postulat, żeby nawet wydłużyć ten okres na realizację tego zadania.

Problem, tak jak powiedział pan senator, polega na tym, że lekarze mają cały szereg obaw przed ludźmi badanymi przez tego lekarza. W wielu wypadkach chodzi o przejrzenie bardzo obszernej dokumentacji medycznej. W wielu wypadkach związane jest to z koniecznością wyjazdu do pacjenta, na przykład do miejsca, gdzie on jest zatrzymany bądź gdzie jest przetrzymywany, a refunduje mu się koszty na podstawie biletu PKP drugiej klasy bądź PKS czy jakiegoś innego środka uznanego w tym rozporządzeniu.

No i wreszcie kwestia stawki. Chcę przypomnieć, że dzisiaj lekarz prywatnej praktyki za wizytę, która trwa pół godziny, godzinę, i gdzie nie ma konieczności przeglądania nieraz kilkudziesięciu stron dokumentacji medycznej, bierze średnio

100–120 zł. Tak że proponowana w chwili obecnej stawka nie jest stawką imponującą. Jednak absolutnie podzielam pogląd pana ministra, że jakieś działania trzeba podjąć, żeby nie doszło do paraliżu systemu sprawiedliwości w Polsce. Nawet gdyby minister sprawiedliwości podniósł w drodze rozporządzenia tę stawkę do wysokości, która spełniałaby oczekiwania środowiska lekarskiego, upłynie trochę czasu. Wydaje mi się, że taka regulacja jest potrzebna.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy pan minister chciałby się odnieść do tych dwóch głosów w dyskusji?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości
Zbigniew Wrona:**

Chciałbym tylko powiedzieć, że oczywiście budżet ma swoje ograniczenia. W Ministerstwie Sprawiedliwości i tak dokonano dość dużych cięć budżetowych. To znaczy dokonał je Sejm w ustawie budżetowej. Oczywiście, chcielibyśmy podnieść stawkę, ale ta stawka, która jest obecnie i tak jest, jak powiedział pan minister zdrowia, dwukrotnie większa od tej, którą zakładano na samym początku. A ponadto taka stawka była w piśmie samorządu lekarskiego z jesieni ubiegłego roku sugerowana jako dająca już to minimum satysfakcji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Chcę zapytać ministra o dwie rzeczy.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Którego ministra?)

Ministra, który...

(Głos z sali: Sprawiedliwości.)

Tak jest, ministra sprawiedliwości, bo będzie mu trudniej.

Pierwsza rzecz. Jest zapis mówiący o specjalizacji drugiego, pierwszego stopnia, a czemu w takim razie i bez specjalizacji? Jakiej specjalizacji, bo one są różne. Funkcjonują jeszcze trochę dziwne specjalizacje z zakresu organizacji służby zdrowia, medycyny przemysłowej.

Druga rzecz. Jest w tej chwili marzec. Poprawka ma obowiązywać do końca tego roku. Czy w takim razie nie będzie to za krótki okres? No bo jeżeli, rozumiem, nie będzie środków, to się może okazać, że dalej będą te poszukiwania. Głównie bowiem chodzi o to, co powiedział pan senator Kraska – przede wszystkim o pieniądze.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości
Zbigniew Wrona:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

To znaczy ja myślę, że jednak nie chodzi tylko o pieniądze. Chciałbym państwu przypomnieć, że dotychczasowy system w ogóle nie przewidywał dla lekarzy, którzy wystawiają zaświadczenia na potrzeby procesu sądowego, jakichkolwiek dodatkowych wynagrodzeń z tego tytułu. To więc nie jest tak, że nagle coś się obniża. Nie było tego wynagrodzenia. Samorząd lekarski wskazywał na różne przyczyny i nie chodzi tutaj wyłącznie o wynagrodzenie, zaś debata w Sejmie wskazywała wręcz na to, żeby ten okres skrócić. Były takie wnioski, żeby ograniczyć go do sześciu miesięcy. W moim przekonaniu ten rok kalendarzowy jest okresem wystarczającym, żeby się przekonać, czy ten system zafunkcjonuje.

(Senator Norbert Krajczy: Pytałem też odnośnie do specjalizacji.)

Przepraszam, ja tutaj się zapędziłem, trochę nieprecyzyjnie to przedstawiłem. Z tego wymogu specjalizacji rezygnujemy na ten okres przejściowy.

(Senator Norbert Krajczy: Czyli można będzie bez specjalizacji?)

Tak.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bo tam jest przepis, który wyłącza...

(Głos z sali: Musi być lekarz dopuszczony przez prezesa...)

Ust. 3 art. 1: „Do lekarza dopuszczonego do wykonywania czynności lekarza sądowego nie stosuje się...”.

(Senator Norbert Krajczy: Dziękuję.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, pan senator Waldemar Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Pani Ministrze, ja niestety znowu się z panem nie zgodzę, ponieważ ideą tej ustawy było to, żeby przyspieszyć procesy, które toczą się w sądach, nie dlatego że będzie mało tych lekarzy, tylko że oni będą wystawiali wtedy te zaświadczenia o niestawianie się do sądu, jeżeli rzeczywiście będzie taka obiektywna przyczyna. Jeżeli bowiem przychodzi świadek czy oskarżony ze zwolnieniem od pediatry, że jest chory, to ja nie wiem, czy to w tej chwili sąd honoruje, bo lekarz, który może wystawić zaświadczenie jest na tej liście, posiada taką, a nie inną specjalizację. Cała idea polegała na tym, żeby w ten sposób ograniczyć nadmiar tych zwolnień, zaświadczeń, które się pojawiały w sądach.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości
Zbigniew Wrona:**

Powiedziałem, że my się z ideą zgadzamy, tylko – jak rzeczywistość pokazała – z różnych przyczyn nie ma praktycznej możliwości, żeby dzisiaj ci lekarze byli w wystarczającej liczbie. Jeżeli zaś chodzi o kontrolę nad nimi, to ta ustawa, którą państwo macie przed sobą, gwarantuje minimum kontroli prezesa, czego nie było w dotychczasowym systemie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Myślę, że w ten sposób wyczerpaliśmy zagadnienie. Nie widzę już senatorów zgłaszających się do dyskusji. Nikt się nie zgłasza.

Zamykam wobec tego dyskusję.

Nie ma prawnika, ale tu nie ma jakichś...

(Głos z sali: Jest.)

Aha, jest pani mecenas. Przepraszam bardzo. Zwykle siedziała pani gdzie indziej.

Pani mecenas ma uwagi do tej ustawy?

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Beata Mandylis:

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne zgłasza jedną uwagę do tej ustawy, a właściwie zapytanie. Czy to jest przeoczenie, czy rzeczywiście należy poprawić ustawę nowelizującą? Chodzi mianowicie o to, że do lekarza dopuszczonego nie stosuje się niektórych przepisów ustawy. Chcę zapytać: jakie były przyczyny niezawarcia w tym ust. 3 art. 16 ustawy? Art. 16 jest niejako konsekwencją art. 15 i stanowi, że „lekarz sądowy ma obowiązek udostępnić rejestr na żądanie prezesa sądu okręgowego”. To jest istota art. 16. Tymczasem wyłączenie art. 15 stanowi o tym, że lekarz dopuszczony nie będzie musiał tworzyć tego rejestru. Tak więc żądanie prezesa, żeby udostępnił rejestr jest nie na miejscu, bo skoro lekarz dopuszczony nie musi tworzyć rejestru, to prezes nie może żądać udostępnienia rejestru, którego nie ma obowiązku tworzenia. Dlatego chcę zapytać, czy można by uzupełnić tę ustawę o wyłączenie stosowania również art. 16? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pytanie jest do państwa.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości

Zbigniew Wrona:

To znaczy ten przepis w naszym rozumieniu po prostu nie dotyczy już tego lekarza dopuszczonego w szczególnym trybie, ponieważ jest wyraźne wyłączenie art. 15. W związku z tym konsekwencją jest wyłączenie art. 16. Nie wydawało nam się konieczne wpisywanie tego wprost, bo jest to po prostu logiczna i prawna konsekwencja. Wprowadzanie na tym etapie poprawek w tym zakresie, co do których oczywiście można dyskutować, czy one są zasadne legislacyjnie... Być może rzeczywiście byłoby to jakby dopieszczenie tej ustawy, no ale znowu przedłuży to procedurę, a naszym celem było uchwalenie tego przepisu w trybie pilnym. Ta kwestia nie budziła wątpliwości w czasie prac sejmowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Mam wobec tego pytanie do pani mecenas. Czy uważa pani, że to jest istotny mankament? To jest ewidentnie legislacyjna sprawa.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Beata Mandylis:**

To jest ewidentnie legislacyjna sprawa. Myślę, że w tym miejscu istotne by było na przykład stwierdzenie pana ministra, że w stosunku do osób dopuszczonych nie będzie się wymagało przedstawiania jakichkolwiek dokumentów, które będą świadczyły o tym, że wydali takie zaświadczenia. Dlatego, że może się okazać, że któryś z prezesów powie: no, to pan nawet w zeszycie tego nie zapisuje, że wydaje pan te zaświadczenia? Już nie chodzi o ten rejestr w takim znaczeniu ustawowym, ale nie prowadzi pan żadnych notatek, nic takiego?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rozumiem, żadnej dokumentacji.)

Może się okazać, że niewyłączenie art. 16 może skutkować próbami pewnego jednak sprawdzania tego lekarza i że on dla własnego bezpieczeństwa będzie właściwie zmuszony prowadzić jakiś rodzaj notatek. Jeżeli pan minister stwierdzi, że prezesi na pewno nie będą żądali niczego, to ja oczywiście odstępuję od takiej propozycji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości
Zbigniew Wrona:**

Oczywiście na pewno nie będą żądali rejestru w rozumieniu tej ustawy, którego wzór jest określony zresztą w akcie wykonawczym. Na pewno nie, gdyż właśnie tak rozumieliśmy to wyłączenie art. 15, że w tej sytuacji żądanie oparte na art. 16 byłoby całkowicie bezprzedmiotowe. Lekarz, który wydaje te zaświadczenia, będzie musiał we własnym interesie przedstawić rachunek, który będzie wykazywał, ile wydał tych zaświadczeń. Ale to nie jest rejestr w rozumieniu art. 15 ani art. 16, tylko to jest po prostu wykaz wydanych zaświadczeń, po to, żeby otrzymać wynagrodzenie, bo za każde jedno zaświadczenie otrzymuje wynagrodzenie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy wobec powyższego mamy projekt poprawki dotyczącej dopisania do ust. 3 także art. 16? Czy raczej możemy z tego zrezygnować?

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Beata Mandylis:**

Proszę państwa, Biuro Legislacyjne przedstawia państwu propozycję poprawki i również ewentualne konsekwencje, które będą się wiązały z niewprowadzeniem tej poprawki, bo art. 16 nie jest jednak oficjalnie ustawą wyłączony.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Mam pytanie do państwa senatorów. Czy ktoś chce przejąć poprawkę Biura Legislacyjnego o dopisaniu w ust. 3: „do lekarza dopuszczonego do wykonywania czyn-

ności lekarza nie stosuje się art. 5, 6, 7, 15 i 16”. Rozumiem bowiem, że taka jest intencja Biura Legislacyjnego? Czy ktoś z państwa chce przejąć tę poprawkę?

Dobrze, poprawka jest przejęta.

Zacniemy może od wniosku o przyjęcie ustawy bez poprawek.

Kto z pań i panów senatorów jest, bo to jest najdalej idący wniosek w tej sytuacji...

(*Głos z sali: A czyj to jest wniosek?*)

Wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek jest mój.

Kto jest za takim wnioskiem? (0)

Dobrze.

Proszę Państwa, kto wobec tego jest za przyjęciem poprawki, którą przejął pan senator Krajczy? Kto jest za przyjęciem tej poprawki?

(*Głos z sali: Której poprawki? Jakiej?*)

Dopisanie art. 16.

Kto jest za?

Co, pogubiliście się?

(*Głos z sali: Tak.*)

No to powtarzam. Poprawka pana senatora...

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Beata Mandylis: Jeżeli można?*)

Tak.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Beata Mandylis:

Ja bym bardzo prosiła pana senatora, żeby, na przykład przy tym wniosku o przyjęcie ustawy bez poprawek, gdy pyta, kto jest za, później jednak zapytał, kto jest przeciw i kto się wstrzymał. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Na wniosek Biura Legislacyjnego wracamy do głosowania nad wnioskiem o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Nikt nie jest za.

Kto jest przeciw? (4)

Kto się wstrzymał? (4)

Wniosek, który był pójściem po linii, że tak powiem, rządowej, został odrzucony.

Jest drugi wniosek o przyjęcie tej poprawki...

(*Głos z sali: Z art. 16.*)

Tak jest, z art. 16, w sformułowaniu, które dopracuje Biuro Legislacyjne.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

(*Głos z sali: Jeden senator głosował przeciw, dwóch wstrzymało się...*)

(*Głos z sali: Nie, nie, ja byłem za.*)

(*Głos z sali: Jeszcze raz.*)

Kto jest za przyjęciem poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (4)

Poprawka została przyjęta.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Głos z sali: Jeszcze sprawozdawca.)

Pan Waldemar Kraska się zgłasza. Czy są inne kandydatury? Nie ma. Pan Waldemar Kraska jest sprawozdawcą.

(Głos z sali: Przyjmujemy.)

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 01)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851