



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(2129)

122. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 5 kwietnia 2011 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (druk senacki nr 1156; druki sejmowe nry 3485, 3925 i 3925-A).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 1159; druki sejmowe nry 3488, 3922 i 3922-A).
3. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (druk senacki nr 1154; druki sejmowe nry 3487, 3923 i 3923-A).
4. Rozpatrzenie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (druk senacki nr 1155; druki sejmowe nry 3491, 3924 i 3924-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 07)

(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Władysław Sidorowicz oraz zastępca przewodniczącego Michał Okła)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy jest już lista gości?

(Głos z sali: Jeszcze państwo się wpisują.)

Państwo się jeszcze wpisują. Bardzo proszę. Za chwilę zaczniemy posiedzenie komisji. Mamy już kworum.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam wszystkich przybyłych gości. Spojrzałem na państwa podpisy i wybaczenie, nie będę odczytywał listy, która jest bardzo długa. Witam serdecznie wszystkich, zwłaszcza pana ministra Szulca, pana ministra Sikorskiego i wszystkie osoby towarzyszące.

Jednocześnie chciałbym poinformować, że w posiedzeniu biorą udział... Z tego, co rozumiem, są tu lobbyści już zarejestrowani.

(Głos z sali: Tak jest.)

Są też lobbyści niezarejestrowani, pani Ewa Monika Duszyńska i pan Marcin Zimny, którzy będą uczestniczyli w posiedzeniu. I oni chcą...

(Głos z sali: Pana Marcina Zimnego nie ma. Jest tylko...)

Dobrze, dobrze.

Proszę państwa, przystępujemy do ustalenia porządku obrad. Proponuję, by porządek obrad, w którym znajdują się cztery ustawy, był następujący. W punkcie pierwszym rozpatrzenie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, druk senacki nr 1156 i odpowiednie druki sejmowe; w punkcie drugim rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, o Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, druk senacki nr 1159 i odpowiednie druki sejmowe; w punkcie trzecim rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty; druk senacki nr 1154 i odpowiednie druki sejmowe; a w punkcie czwartym rozpatrzenie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, druk senacki nr 1155.

Jeśli nie usłyszę głosów sprzeciwu, to uznam, że porządek obrad posiedzenia komisji został zaaprobowany. Nie słyszę. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy zatem do rozpatrzenia punktu pierwszego.

Bardzo proszę pana ministra Szulca o zabranie głosu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Ja może przed dyskusją ogólną tylko skrótowo nakreślę, jaki jest cel ustawy z dnia 25 marca 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a reszta, tak czy inaczej, zostanie dopowiedziana w toku dyskusji, mam nadzieję.

Ustawa o systemie informacji buduje podwaliny i daje ramy prawne do tego, co jest dzisiaj w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia budowane, mianowicie do systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Jak wszyscy wiemy, w XXI wieku informacja i możliwość zapewnienia obiegu tejże informacji, bezpiecznego obiegu tejże informacji, są sprawami o kluczowym znaczeniu i z tego kluczowego znaczenia nie można wyłączyć systemu ochrony zdrowia.

Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia zawiera opis danych, które będą w systemie informacji ochrony zdrowia przekazywane, rejestrów, które w systemie informacji ochrony zdrowia będą tworzone, opisy relacji pomiędzy poszczególnymi bazami danych, które będą funkcjonować w systemie ochrony zdrowia, i dziedzinowymi systematami teleinformatycznymi, które aktualnie są budowane, część z nich jest w stadium większego, część mniejszego zaawansowania. Należy tu wspomnieć, że mamy do czynienia chociażby z systemem obiegu informacji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Ten system musi zostać dostosowany na potrzeby systemu informacji medycznej. W ustawie jest też opis zasad, na jakich muszą powstawać i być kształtowane rejestry medyczne, inne niż centralne wykazy, które są określone na poziomie albo tej ustawy, albo innych ustaw.

Cel budowy systemu informacyjnego wydaje się być z jednej strony oczywisty, a z drugiej strony budzi emocje i kontrowersje. Te emocje i kontrowersje związane są przede wszystkim z tym, że w systemie informacji medycznej będą przetwarzane dane wrażliwe, a więc dane pacjentów dotyczące dotychczasowych kuracji, dane pacjentów dotyczące chorób i schorzeń, na które oni cierpią. W związku z tym szalenie istotną sprawą jest zapewnienie bezpieczeństwa dostępu do danych i określenia zasad, na jakich te dane mogą być przetwarzane i udostępniane.

Ustawa przewiduje, że właścicielem dokumentacji medycznej, elektronicznej dokumentacji medycznej już na gruncie tej ustawy będzie oczywiście, tak jak w przypadku dokumentacji medycznej, z którą mamy do czynienia dzisiaj, tej w postaci materialnej, pacjent. To pacjent będzie decydował o tym, które dane i w jakim trybie mogą zostać udostępnione osobom trzecim. Przez osoby trzecie rozumiem tu przede wszystkim pracowników medycznych, a więc te osoby, które mogą zostać przez pacjenta zautoryzowane do tego, żeby oglądać dane pacjenta. Pacjent będzie miał także prawo wyrażenia sprzeciwu wobec umieszczenia swoich danych w poszczególnych rejestrach medycznych, które będą powstawać w późniejszym terminie.

Jeśli chodzi o korzyści, które chcemy osiągnąć za pomocą wprowadzenia systemu informacji w ochronie zdrowia, to można o nich mówić na różnych płaszczyznach. Pierwsza i niewątpliwie najistotniejsza to z jednej strony uproszczenie, a z drugiej strony poprawa profilu leczenia. W sytuacji, w której pacjent będzie mógł prowadzącemu lekarzowi udostępnić dane dotyczące dotychczasowej historii choroby, w której będzie mógł skorzystać z poradników elektronicznych dotyczących tego, jakie są na przykład współdziałania leków zażywanych przez pacjenta, a więc będzie miał do dys-

pozycji receptariusz pomagający przy przepisywaniu odpowiedniej kuracji, należy uznać, że powinno dojść do istotnej poprawy procesu leczenia.

Ze względu na to, że informacje, dane, które będą danymi osobowymi, będą zastrzeżone, ale dane już odpersonalizowane będzie można przetwarzać, będzie to także istotne, bardzo istotne narzędzie z punktu widzenia zarówno państwa, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia, narzędzie do kształtowania polityki zdrowotnej. Będą to pełne dane epidemiologiczne, pełne dane dotyczące tego, jakie efekty zdrowotne przynoszą programy profilaktyczne itd., itd. To po drugie.

I po trzecie, kolejna zaleta tego systemu jest taka. Gdy te rozwiązania zostaną zaimplementowane, to doprowadzą do sytuacji, w której będziemy mieli Rejestr Usług Medycznych, RUM, czyli pełną wiedzę o zdarzeniach medycznych on-line. To z kolei jest istotne narzędzie do tego, żeby z punktu widzenia płatników, a w szczególności narodowego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, uniknąć kilkukrotnego płacenia za te same usługi, uniknąć wycieku pieniędzy z systemu. A więc system informacji medycznej będzie pełnił także funkcję uszczelniającą i kontrolną w odniesieniu do obiegu pieniędzy, które w systemie ochrony zdrowia są wydatkowane. To może tyle tytułem krótkiego wstępu. Będę odpowiadał w miarę pojawiania się pytań.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę. W tej chwili senatorowie mogą zadawać pytania referującemu panu ministrowi.

Pan Waldemar Kraska.

Proszę bardzo.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, czy ministerstwo brało pod uwagę jakiś istniejący w Europie system informatyczny, czy ta ustawa skonstruowana jest na podstawie jakiegoś sprawdzonego wzorca? To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Jakie środki ministerstwo przeznacza na wprowadzenie tego systemu? Wiem, że dyrektorzy są zaniepokojeni tym, że wszystkie koszty spadną na jednostki służby zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Karczewski.

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja do tego pytania chciałbym zadać pytanie dodatkowe, uzupełniające. Panie Ministrze, chciałbym dowiedzieć się, jaki będzie ogólny koszt wprowadzenia systemu informacji w służbie zdrowia, takiego, który będzie w finalnym efekcie doskonały czy bliski doskonałości, bo doskonały nigdy nie będzie, ale bliski doskonałości. Jaki jest orientacyjny koszt stworzenia takiego systemu? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panowie Senatorowie!

Trudno mówić o tym, że jest to system informatyczny. To jest system informacyjny, a nie system informatyczny, czyli ma zakres i charakter zdecydowanie szerszy niż sam system informatyczny, który na przykład możemy zaimplementować w firmie, w przedsiębiorstwie, w szpitalu, w przychodni itd., itd. Funkcje, które system informacji w ochronie zdrowia ma pełnić, są zdecydowanie szersze niż tylko funkcje strictly informatyczne.

My w trakcie konstruowania założeń czy opracowywania studium wykonalności do projektów, które są w tym momencie realizowane w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, oczywiście bazowaliśmy na dotychczasowych doświadczeniach innych państw. Można powiedzieć, że takimi wzorcowymi systemami, na których można się w tym momencie opierać, są systemy duński czy austriacki, z nich można czerpać najwięcej. Ale oczywiście nie jest tak, że jesteśmy w stanie zaczerpnąć wszystko, jeden do jednego, ponieważ mamy zdecydowanie różne uwarunkowania zarówno prawne, jak i dotyczące szczegółowych rozwiązań, które funkcjonują w systemach ochrony zdrowia.

Na pytanie pana senatora Karczewskiego o całkowite koszty odpowiem tak. Projekty realizowane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia są w sumie przewidziane na kwotę 850 milionów zł, dokładnie 857 milionów zł, o ile sobie dobrze przypominam. Z naszych szacunków wynika, że roczny koszt utrzymania takiego systemu, w sytuacji gdy on już jest postawiony w stan pełnej gotowości, czyli ma dostępne wszystkie funkcjonalności, z których korzystają wszyscy użytkownicy, wyniesie 50–70 milionów zł. Tak zakładamy. Przy czym tu od razu trzeba się odnieść do tego, z jakimi oszczędnościami powinno się wiązać wprowadzenie systemu informacyjnego. Według szacunków Narodowego Funduszu Zdrowia brak zaimplementowanego systemu informacyjnego, a więc brak informacji on-line o zdarzeniach medycznych, które mają miejsce w systemie ochrony zdrowia, generuje koszty w wysokości 5–10%, nawet do 10% całkowitej ilości środków, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. A więc łatwo policzyć, że gdyby faktycznie miało to tak wyglądać, czyli uzyski byłyby na taką skalę, to całkowity koszt postawienia systemu zwróci się już w pierwszym roku jego funkcjonowania.

Wróćę teraz do pytania pana senatora Kraski o to, jak będą wyglądały koszty po stronie podmiotów leczniczych. Mamy tu do czynienia z taką sytuacją, że faktycznie koszt, o którym mówiłem, postawienia systemu, a więc 850 milionów zł, nie przewiduje podpięcia końcówek w tym sensie, że nie buduje systemów u poszczególnych świadczeniodawców, ale daje możliwość transferu i wymiany danych, a więc tak naprawdę zostają udostępnione punkty przyłączeniowe do systemu i faktycznie na poziomie poszczególnych podmiotów, poszczególnych świadczeniodawców obieg tej informacji musi zostać zapewniony w ramach tychże podmiotów.

Ja chcę zwrócić tylko uwagę na jedną sprawę. Jeśli chodzi o zdarzenia medyczne, które mają miejsce w systemie ochrony zdrowia, to w tym momencie u poszcze-

gólnych świadczeniodawców tak czy inaczej one są już zarówno gromadzone w formie elektronicznej, jak i sprawozdawane w formie elektronicznej do Narodowego Funduszu Zdrowia. Kluczem będzie oczywiście doprowadzenie do sytuacji, w której będziemy mieli możliwość przekazywania tych danych on-line, ale nie jest tak, że obecnie nie znajdują one swojego odzwierciedlenia w systemach informatycznych poszczególnych świadczeniodawców.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Czy są jeszcze pytania?
(Wypowiedź poza mikrofonem)
Chwileczkę.
(Głos z sali: Jeżeli można?)
Chwileczkę, najpierw senatorowie.
Proszę bardzo, senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.
Panie Ministrze, chciałbym się dowiedzieć, jakie są zastrzeżenia GİODO, jakie są konkretne zastrzeżenia i czego dotyczą.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę. Czy senatorowie mają jeszcze pytania?
Pan senator Kraska.
Proszę bardzo.

Senator Waldemar Kraska:

Ja nawiążę do pytania senatora Karczewskiego. Panie Ministrze, jak na poziomie tej podstawowej jednostki będą zabezpieczone te dane? Przecież będzie kontakt z tym systemem na poziomie podstawowym. W jaki sposób będzie się odbywała komunikacja i jakie będą programy, które uniemożliwią wyciek danych z tego systemu?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Więcej chętnych do zadania pytań nie widzę.
Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.
Zacznę od odpowiedzi na pytanie pana senatora Kraski. Tutaj mamy jasno sformułowane przepisy dotyczące zabezpieczenia danych. Po pierwsze, jest ustawa o ochronie danych osobowych i dane gromadzone w formie elektronicznej będą musia-

ły spełniać wszelkie normy wynikające z tejże ustawy, po drugie, jest ustawa o informatyzacji podmiotów wykonujących funkcje publiczne, po trzecie, jest ustawa o ochronie baz danych. Tak że są przepisy, które już są skonstruowane i obowiązują, i w tej materii nic się nie zmienia. To, co wnosi ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, to sposób tworzenia systemów dziedzinowych teleinformatycznych w ochronie zdrowia i sposób wymiany danych pomiędzy tymi systemami. Ja od razu chciałbym powiedzieć, że nie mamy tu do czynienia z taką sytuacją – mówię o tym, bo to co najmniej kilkakrotnie było podnoszone w toku dyskusji nad ustawą o systemie informacji – nie mamy tu do czynienia z budową jakiegokolwiek systemu centralnego, o tym należy pamiętać. Nie jest tak, że dane medyczne pacjenta będą wpisywane do komputera u świadczeniodawcy, a następnie będą wędrowały do jakiegoś centralnego rejestru, centralnej bazy danych, w której będą przechowywane. Nie. Dane medyczne pacjenta będą gromadzone w miejscu udzielania świadczenia.

Tylko i wyłącznie w sytuacji... Oczywiście możemy sobie wyobrazić sytuację, że pacjent w lecznictwie ambulatoryjnym jest objęty leczeniem w jednej przychodni, w POZ zgłasza się do kogoś innego i gdzie indziej są mu udzielane świadczenia szpitalne. W centralnej bazie będą przechowywane tylko i wyłącznie identyfikatory pozwalające na ściągnięcie danych, wtedy gdy będą one potrzebne i gdy pacjent wyrazi na to zgodę. Nie budujemy tu centralnego systemu baz danych w odniesieniu do indywidualnych danych medycznych.

Oczywiście budowane są centralne rejestry, ale te, które muszą być budowane, czy te, które tak naprawdę w dużej mierze już w tym momencie w systemie funkcjonują, chociażby Centralny Rejestr Lekarzy, Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, wykaz praktyk, wykaz podmiotów, które prowadzą działalność leczniczą itd.

Dane pacjenta co do zasady są przechowywane w miejscu ich wytworzenia, nie trafiają do wielkiego worka, do którego każdy może się włamać czy ktoś mógłby się włamać, przepraszam, „każdy” to jest złe określenie, ktoś mógłby się włamać i te dane pobrać. Do tego dostęp do tych danych każdorazowo będzie wymagał zgody wyrażonej przez pacjenta, poza szczególnymi przypadkami, takimi, w których pacjent na przykład nie może wyrazić zgody, bo jest nieprzytomny, a jest to potrzebne z punktu widzenia świadczenia, które musi mu zostać udzielone.

Bardzo dziękuję panu senatorowi Karczewskiemu za pytanie dotyczące generalnego inspektora ochrony danych osobowych. Ja celowo o tym nie wspomniałem podczas ogólnego *résumé* z tego względu, że sprawę można już uznać za niebyłą. Chwilę mi zajmie wytłumaczenie, na czym rzecz polegała. Tak naprawdę spór pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a generalnym inspektorem ochrony danych osobowych dotyczył art. 27 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych, czyli de facto możliwości przetwarzania danych wrażliwych. Generalny inspektor ochrony danych osobowych wychodził z założenia, iż jedyną możliwą drogą do tego, żeby tworzyć rejestry medyczne... Co do swej istoty dotyczył on art. 19 i art. 20 ustawy o systemie informacji, mianowicie sposobu tworzenia rejestrów. Otóż generalny inspektor ochrony danych osobowych podnosił, że jeżeli jest tworzony jakikolwiek rejestr medyczny, to ten rejestr medyczny musi być utworzony na poziomie dokumentu rangi ustawowej. My podnosiliśmy, że z ustawy o ochronie danych osobowych nie wynika to, że każdy rejestr musi powstawać na podstawie ustawy, a tym bardziej nie wynika to z założeń dotyczących bezpieczeństwa danych. Każdorazowe powoływanie rejestru medycznego na poziomie usta-

wy w żaden sposób nie zwiększy bezpieczeństwa danych, jakie w tym rejestrze są przetwarzane, pod warunkiem, że zasady, w tym zasady bezpieczeństwa, będą sformułowane na poziomie ustawy. To jest to, wokół czego toczył się spór, to była oś sporu.

Już po przyjęciu ustawy przez Sejm, a jeszcze przed skierowaniem jej do Senatu odbyliśmy długą dyskusję, w zasadzie można powiedzieć, długie dyskusje z generalnym inspektorem ochrony danych osobowych. Generalny inspektor ochrony danych osobowych, pan minister Wiewiórowski, przychylił się do naszego stanowiska pod pewnymi warunkami. Ja będę starał się te warunki zrealizować poprzez zaproponowanie Wysokiej Komisji zgłoszenia odpowiedniego wniosku legislacyjnego. W każdym razie...

(Brak nagrania)

Senator Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, w tej chwili jest jakiś program pilotażowy, chyba w Legnicy, dotyczący e-recepty. Prawda?

(Głos z sali: W Lesznie.)

W Lesznie, przepraszam, w Lesznie. Czy ministerstwo ma jakieś dane na temat tego, jak ten program funkcjonuje, czy to się przyjmie? To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Kiedy tak naprawdę ta ustawa wejdzie w życie i jak praktycznie zacznie ona funkcjonować? Jak pan minister ocenia, który to mniej więcej może być rok?

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Mogę, Panie Przewodniczący?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Przewodniczący! Pani Senatorze!

Otóż tak. Jeśli chodzi o przepisy ustawy, to ustawa wchodzi w życie 1 stycznia 2012 r., część przepisów dotyczących poszczególnych rejestrów i przekazywanych danych będzie wchodziła w życie w roku 2014. Z tego, co rozumiem, pan senator tak naprawdę pyta o to, kiedy ten system będzie chodził, mówiąc nie najładniej, ale najbardziej prawdziwie. Otóż zakończenie prac nad systemem informacji, a więc zapewnienie pełnej funkcjonalności tego systemu, jest przewidywane na drugą połowę 2014 r., na okolice sierpnia, września 2014 r.

Jeśli chodzi o pilotażowy program dotyczący e-recepty, który jest prowadzony w Lesznie, to poprosiłbym pana przewodniczącego o udzielenie głosu panu dyrektorowi Sikorskiemu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze Sikorski.

**Dyrektor
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
Leszek Sikorski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Ministrze!

Mówimy o programie prototypowym, który jest częścią zaplanowanego wdrażanego programu informatycznego, elektronicznej platformy gromadzenia, analizy i udostępniania danych o zdarzeniach medycznych. Drugim prototypem, który równolegle jest wdrażany, jest prototyp internetowego indywidualnego konta pacjenta, ten z kolei jest realizowany na terenie Krakowa.

Jak państwo wiecie z informacji prasowych, prezes wielkopolskiej izby wystąpił z pytaniem o prawne podstawy realizacji prototypu e-recepty. W związku z tym, odnosząc się do tej kwestii, chcę zwrócić uwagę na kilka faktów. Prototyp jest realizowany w obecnym porządku prawnym, co oznacza, że dzisiejsze przepisy regulujące wypisywanie, transfer recepty, jej realizację i wszystko, co jest związane z tym obrotem, są nadal sankcjonowane i realizowane. Prototyp równolegle realizuje elektroniczny transfer recepty. W związku z tym jest zgodny z obecnym porządkiem prawnym.

Przypomnę tylko, że projekt jest realizowany przez wiele miesięcy. Rozpoczął się on od dyskusji środowiskowych z udziałem wszystkich interesariuszy, rozpoczął się konkursem, do którego zgłosiło się dwanaście konsorcjów informatycznych, nastąpił wybór w imieniu sądu konkursowego, w którym również uczestniczyło środowisko, zarówno lekarzy, jak i aptekarzy, konsorcjum realizującego projekt, wspomniany prototyp. Powiat Leszno został wybrany na skutek analizy miejsca, wydawało się, że tu najlepiej będzie ten projekt prowadzony.

Chcę przy tej okazji powiedzieć, że pan prezes był członkiem komitetu sterującego wdrażania tego projektu do grudnia ubiegłego roku, kiedy to wypisał się z członkostwa w Komitecie Sterującym, argumentując swoją decyzję faktem stania po stronie aptekarzy, a nie po stronie prowadzących projekt.

Chcę powiedzieć, że w tym tygodniu będziemy kontynuowali kampanię informacyjną i dyskusję ze środowiskiem, tak jak to robimy od wielu już miesięcy, i będziemy również rozwiewali te wątpliwości, które są formułowane w mediach, wychodząc z założenia, że prototyp właśnie po to został przygotowany, żeby wszystkie trudności, problemy, w tym organizacyjne, techniczne, zostały rozwiązane, zanim zostanie uruchomiony program pilotażowy dla całej Polski i zanim zostanie uruchomiony cały projekt, który planujemy uruchomić w roku 2014.

Jeżeli będą jeszcze ze strony państwa jakieś szczegółowe pytania, to ja chętnie na nie odpowiem, teraz już nie chcę przedłużać. Chcę tylko zapewnić, że Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, cały mój zespół dołoży wszelkich starań, żeby wszystkie wątpliwości i pytania, jeśli nawet już wcześniej i to wielokrotnie były na nie udzielane odpowiedzi, ponownie przeanalizować, przekonać nieprzekonanych i zachęcić wszystkich do uczestnictwa w prototypie, który to program ma być prowadzony przez pół roku. Jego efekty będą miały bardzo duże znaczenie dla projektu docelowego, a chodzi o to, żeby znaleźć się w gronie 40% krajów Unii Europejskiej, które realizują receptę również w postaci elektronicznej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy senatorowie mają jeszcze pytania? Nie widzę chętnych.

Tam widziałem zgłoszenie. Proszę bardzo, tylko bardzo proszę o wyraźne przedstawienie się, jest to potrzebne do protokołu, który później zostanie przygotowany.

Proszę bardzo.

**Kierownik Oddziału Diabetologicznego
w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii
na II Wydziale Lekarskim na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Jan Tatoń:**

Profesor Tatoń, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Ja mam małe pytanie. Mianowicie była tu była mowa o pacjencie. Tymczasem bardzo rozwijają się programy prewencji i to właśnie w tych krajach, o których tu się mówi jako o krajach przykładowych. Otóż dane informacyjne zbiera się w programach prewencji, w dużych programach dotyczących zdrowych ludzi. Czy ten system zawiera jakąś niszę, jakiś sposób gromadzenia i ochrony danych nie tyle o pacjentach, ile o zdrowych, którzy wchodzi do dużych programów prewencji, niekoniecznie leczniczych, bo nie są pacjentami?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Tego właśnie dotyczą art. 19 i art. 20, a więc te artykuły, o które trwał spór z generalnym inspektorem ochrony danych osobowych. My wskazywaliśmy na jedno, na to, że jeżeli będziemy mieli możliwość tworzenia tylko i wyłącznie odpersonalizowanych statystycznych baz danych na gruncie innym niż ustawowy bądź w innym przypadku każdorazowo przy tworzeniu jakiegokolwiek zbioru, jakiegokolwiek rejestru będziemy musieli tworzyć tak naprawdę nową, przewidzianą dla tegoż ustawę, to gromadzenie jakichkolwiek danych medycznych, które będą uzasadnione z punktu widzenia właśnie zdrowia publicznego, profilaktyki, chorób przewlekłych itd., będzie kompletnie nonsensowne. I tutaj generalny inspektor ochrony danych osobowych przyznał nam rację, przyznał, że z punktu widzenia bezpieczeństwa tych danych nie ma żadnego znaczenia, czy to będzie ustawa, czy to będzie rozporządzenie, nie wiem, ministra zdrowia.

Jednak z punktu widzenia użyteczności takiego rozwiązania na potrzeby między innymi zdrowia publicznego ma to kluczowe, ma to tak naprawdę szalone znaczenie. Jeżeli sięgniemy do art. 19, to przekonamy się, że art. 19 w ust. 1 mówi wprost: minister właściwy do spraw zdrowia w celu monitorowania zapotrzebowania na świadcze-

nia opieki zdrowotnej, monitorowania stanu zdrowia usługobiorców, prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych może tworzyć i prowadzić lub tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych itd., itd. A więc jest to przewidziane w ustawie o systemie informacji.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Ministrze, ja mam jeszcze pytanie szczegółowe, dotyczące opinii GIODO. Kiedy pojawiły się wątpliwości pana generalnego inspektora, na którym etapie tworzenia ustawy, w którym momencie? Czy istnieje jakieś pisemne stanowisko generalnego inspektora, w którym wycofuje się ze swoich wcześniejszych zastrzeżeń?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Od razu mówię, że stanowiska pisanego jako takiego nie mamy, ale jest na sali przedstawiciel generalnego inspektora, więc można w każdej chwili, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, zapytać o zdanie.

Historia uzgodnień z generalnym inspektorem jest dość długa, tak to trzeba powiedzieć. Mianowicie mieliśmy do czynienia z różnymi uwagami na różnych etapach prac legislacyjnych, ale uwagi dotyczące art. 19 i art. 20 pojawiły się na poziomie prac komitetu Rady Ministrów.

(Brak nagrania)

**Zastępca Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych
Andrzej Lewiński:**

Andrzej Lewiński, zastępca generalnego inspektora ochrony danych osobowych.
(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Bardzo proszę.)

Wysoka Komisjo! Panie Przewodniczący!

Rzeczywiście, tak jak pan minister powiedział, jestem tutaj piąty rok i nasze monity i nasze inicjatywy o unormowanie prawnego działania, stosowania i przetwarzania danych w różnych rejestrach, mają bardzo, bardzo długą historię. Dla nas wielką satysfakcją jest to, że temat został dosyć skutecznie, zdecydowanie i bardzo szeroko poruszony. Rzeczywiście pan generalny inspektor, pan doktor Wiewiórowski, już na posiedzeniach komisji i podkomisji wnosił wiele zastrzeżeń, których nieuwzględnienie skutkowałoby nieudzieleniem poparcia dla tych projektów. Trzeba z wielką satysfakcją powiedzieć, że po posiedzeniach Sejmu, a przed posiedzeniem komisji w Senacie nasze intensywne prace w wielu dziedzinach przyniosły efekty, które pan minister prawdopodobnie uwzględni w proponowanych Wysokiej Izbie poprawkach. Do niezwykle ważnych elementów należy między innymi fakt, że to minister będzie administratorem danych osobowych. W naszym odczuciu jest to wielka odpowiedzialność, ale też zaufanie co do tego, że na tym etapie bezpieczeństwo będzie zagwarantowane.

Jeśli chodzi o sprawy szczegółowe, sprawy związane ze szczegółami nowelizacji, to jest ze mną pani dyrektor departamentu, która pilotuje temat od początku i uczestniczyła we wszystkich rozmowach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. Ja wskażę tylko na takie elementy, które są dla nas niezwykle ważne.

Niezwykle ważny – do czego dopatrzania na dzisiejszym posiedzeniu zobowiązał mnie pan minister Wiewiórowski – jest pewien warunek i związane z nim oczekiwanie wobec pana ministra zdrowia. Otóż organ do spraw ochrony danych osobowych widzi na tym etapie niebezpieczeństwo, chodzi o przetwarzanie danych osobowych i ich udostępnianie, i wnosi o jednoznaczne rozstrzygnięcie tej wątpliwości w trakcie procedowania tego projektu. Chodzi o to, aby dane – i mamy takie zapewnienie, ale pan minister Wiewiórowski chciałby na to zwrócić uwagę – nie były profilowane, łączone pomiędzy poszczególnymi zbiorami, pomiędzy rejestrami w określonych celach. To jest dla nas niezwykle ważna sprawa, celem jest rejestr i nie będzie... My to zapewnienie mamy, ale pan minister Wiewiórowski zobowiązał mnie do podkreślenia, że od pana ministra oczekuje takiego niezwykle ważnego dla nas zobowiązania.

To, co powiedział pan minister, przedstawiając art. 19 ust. 4, który wprowadza nieznaną dotychczas z tym przeznaczeniem możliwość sprzeciwu pacjenta, czyli decydowania pacjenta o przetwarzaniu i udostępnianiu danych, jest dla nas niezwykle ważne, jest to niezwykle cenny zapis. W ogóle kilka zapisów, które znalazły się w art. 19 i art. 20 tej ustawy, ma charakter precyzujący.

Rzeczywiście jeszcze na etapie sejmowym były kontrowersje co do tego, co można regulować w ustawie, a co w rozporządzeniu. Skorzystaliśmy również, wczytaliśmy się w opinię pana doktora Litwińskiego, którą Sejm opracował na potrzeby tej nowelizacji. Wykazaliśmy duże, duże, można powiedzieć, zrozumienie. Chciałbym wyraźnie powiedzieć, bo w prasie się ukazywały różne informacje na ten temat, że generalny inspektor nigdy nie był przeciwko zasadności tych prac na rzecz ochrony prawa do zdrowia, do skuteczności leczenia, miał on tylko na celu zabezpieczenie przetwarzania danych, zabezpieczenie udostępnienia danych.

Chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden element, który łączy się z zabezpieczeniem danych. Przyjęcie przez ministra zdrowia funkcji ADO nad całością systemu...

(Głos z sali: Już pan o tym mówił, tak, tak.)

...jest dla nas dużym zabezpieczeniem.

Tak że jeśli chodzi o sprawy szczegółowe, to chciałbym, aby pani dyrektor wypowiadała się, gdy będziemy rozmawiali na ten temat. Ja to zakończę jedną najważniejszą konkluzją, którą pan generalny inspektor przesłał do pana przewodniczącego, otóż na dziś generalny inspektor oświadcza, że projekt zyskuje akceptację organu do spraw ochrony danych osobowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Głos z sali: Zyskuje akceptację.)

Tak jest, uzyskał akceptację.

(Głos z sali: Zyskał.)

Pan minister? Bardzo proszę, króciutko.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Ja od razu się odniosę do pytania szczegółowego, które zadał pan zastępca generalnego inspektora ochrony danych osobowych. Oczywiście nie ma możliwości łączenia rejestrów. Ponieważ w żadnym zapisie aktu legislacyjnego, aktu normatywnego, którym jest ta ustawa, nie przewidujemy takiej możliwości, nie będzie możliwości łączenia rejestrów. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Chętnych do zadania pytań nie widzę.

Otwieram dyskusję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, tam na końcu, z tego, co widzę.

Bardzo proszę.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Grzegorz Kucharewicz, Naczelna Izba Aptekarska.

My niejako zostaliśmy wywołani do tablicy, ponieważ faktycznie na terenie Wielkopolski, na terenie obejmowanym przez Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską ma się rozpocząć ten pilotażowy program dotyczący e-recepty. Faktem jest to, że prezes Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej ma wiele wątpliwości dotyczących szczegółów tego programu, między innymi jest sprawa gromadzenia konkretnych danych osobowych, odsyłania pacjentów poprzez lekarzy do określonych aptek. To są wszystko sprawy dosyć istotne z punktu widzenia aptekarzy. Ja myślę, że jest wiele wątpliwości, które powinny zostać wyjaśnione mimo wszystko nie przez media, bo ostatnio i takie dyskusje zaczęły się toczyć. Panie Ministrze, myślę, że trzeba będzie usiąść zarówno z nami jako przedstawicielami Naczelnej Izby Aptekarskiej, jak i z prezesem Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, z aptekarzami i rozwiązać wątpliwości dotyczące pilotażowego programu e-recepty. Myślę, że wspólnie to wszystko zdołamy jakoś pokonać i program pilotażowy, mimo bólu, w jakim aktualnie się on rodzi, jednak się rozpocznie. Postaramy się, żeby to wszystko w miarę sprawnie funkcjonowało, ale oczywiście wymaga to zaangażowania wszystkich stron. My ze swojej strony będziemy deklarowali chęć wyjaśniania i współpracy. Mam nadzieję, że wszystkie wątpliwości, które mają aptekarze z Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, mimo wszystko zostaną rozwiązane, wyjaśnione i ten program będzie miał szansę ruszyć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Tak naprawdę to nie jest przedmiot dzisiejszej dyskusji. Mówimy o pilotażu, który jest realizowany w ramach projektu P1, a my rozmawiamy tu o ustawie, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, dobrze.

Czy ktoś chce zabrać głos w dyskusji? Jeśli nie, to przejdziemy do omówienia zapisów i poprawek. Nie widzę chętnych. Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, przystąpimy teraz do omówienia poprawek do konkretnych zapisów.

Zacznijmy może od pana ministra. Będziemy głosować nad tymi poprawkami. Aha, przepraszam, zanim do tego przejdziemy, bardzo bym prosił o opinię naszego legislatora.

Bardzo proszę, Pani Mecenas.

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

Ja nie mogę wygłosić opinii, mogę jedynie wskazać, że w art. 29 w ust. 2 w pkt 1 należy skreślić wyrazy „z dnia”, bo tam są one zapisane dwukrotnie.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Sekundkę, pomalutku.)

To jest poprawka porządkowa. W tym samym...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Który to artykuł?)

Art. 29 ust. 2 pkt 1.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Art. 29, chwileczkę... Art. 29 ust. 2. Bardzo proszę.)

Art. 29 ust. 2 pkt 1, są dwa razy wyrazy „z dnia”. Do tego oznaczenie ust. 2 występuje dwukrotnie.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Wyrazy „z dnia”. Dobrze.)

Należy wprowadzić właściwe oznaczenie ustępów.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wykreślamy wyrazy „z dnia”. Tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

(Głos z sali: I zmieniamy numerację ustępów.)

Panie Ministrze?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Jeśli chodzi o uwagi pani mecenas, to oczywiście przyjmujemy je, one są jak najbardziej słuszne. Jeżeli mógłbym, to chciałbym Wysokiej Komisji przedstawić kilka propozycji, które są...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To jedną sekundkę. Zapytajmy, czy pani legislator czy jeszcze jakieś uwagi.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie, nie mam.)

Nie ma innych propozycji.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc*: Ja oczywiście przychylam się do propozycji pani mecenas.)

Dobrze. To od razu głosujemy.

Ja przejmuję tę poprawkę.

Kto jest za jej przyjęciem? (5)

Jednogłośnie za. Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Ja zaproponowałbym Wysokiej Komisji kilka zmian, z których znakomita większość ma charakter stricte redakcyjno-legislacyjny, oprócz tych, które co do zasady związane są z rozwianiem uwag generalnego inspektora ochrony danych osobowych.

Pierwsza uwaga dotyczy art. 2 pkt 6 lit. a i lit. b. Należy tu nadać nowe brzmienie...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, to jest słowniczek, art. 2 obejmuje słowniczek, a zmiana dotyczy tak naprawdę deklinacji, chodzi o to, aby był użyty inny przypadek. W lit. a mamy „apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego”, a proponujemy to zamienić na „apteką ogólnodostępną lub punktem aptecznym”. W lit. b zamiast wyrażenia „dokumentację medyczną” proponujemy wyrażenie „dokumentacja medyczna” i potem „wytworzoną w postaci elektronicznej, zawierającą dane o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach” zamienić na „wytworzona w postaci elektronicznej, zawierająca dane o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach”. To jest...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Gramatyczna poprawka.)

...poprawka stricte językowa.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma. Dziękuję.

Ja ją przejmuję.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Dziękuję bardzo. Poprawka została przyjęta.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący, kolejna uwaga dotyczy art. 3. Proponujemy nadanie nowego brzmienia art. 3 ust. 3 pktom 1 i 12.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Bazy danych.)

Chodzi tak naprawdę o dostosowanie przepisów do przyjętej i uchwalonej ustawy o działalności leczniczej. W ust. 3 w pktcie 1 jest zapis „organ prowadzący rejestr na podstawie przepisów o działalności leczniczej w odniesieniu do podmiotów wykonujących działalność leczniczą”, a proponujemy „organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą na podstawie przepisów o działalności leczniczej”.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak jest.)

W pktcie 12 proponujemy zmianę formy z „udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej” na „udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Udzielanie świadczeń. Tak, dobrze. Dziękuję bardzo.

Czy są uwagi do tej poprawki?

Ja ją przejmuję.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Dziękuję. Poprawka została przyjęta.

Pani mecenas odnotowała. Tak? Dobrze.

Jedziemy dalej.

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Kolejna propozycja odnosi się do art. 4 ust. 3 pktu 1 lit. j i lit. o. Chodzi o wykaz danych, art. 4 obejmuje wykaz danych, które są przetwarzane w systemie informacji. Proponujemy nadanie nowego brzmienia lit. j, teraz jest tu „adres zamieszkania i adres do korespondencji”, a proponujemy „adres miejsca zamieszkania i adres do korespondencji”.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Adres miejsca zamieszkania.)

W lit. o proponujemy po słowach „rodzaju” wykreślić przecinek i dodać wyrazy „oraz datę utraty tych uprawnień” i przecinek.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentów... Tak?)

...potwierdzających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej określonego rodzaju. To jest obecne brzmienie. Proponujemy dodać słowa „oraz datę utraty tych uprawnień”.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Po przecinku: oraz datę...

(Głos z sali. Bez przecinka.)

Bez przecinka. Dobrze. Dodajemy „oraz datę utraty tych uprawnień”.

Pani Mecenas, czy są uwagi do tej poprawki?

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Lan-gner: Nie ma.)

Nie ma. Dobrze.

Przejmujemy tę poprawkę.

Kto jest za jej przyjęciem? (5)

Jednogłośnie, wszyscy za. Poprawka została przyjęta.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Przewodniczący, kolejna propozycja dotyczy art. 13, a polega na usunięciu przecinka w tiret, mianowicie po wyrazie „zadań” proponujemy usunięcie przecinka. To jest poprawka redakcyjna.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Gdzie to jest? Usunięcie przecinka. Tak?)

W tiret mamy następujący zapis: „mając na uwadze zakres danych gromadzonych w dokumentacji medycznej określonej przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia usługobiorcy” – i teraz – „a także zakres wykonywanych zadań” – tu usuwamy przecinek – „przez podmioty”.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, tak. Dobrze.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Przejmuję tę poprawkę.

Kto jest za jej przyjęciem? (6)

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, następna poprawka.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, kolejna poprawka to jest poprawka, która realizuje postulat generalnego inspektora ochrony danych osobowych, z tym że ona jest dość długa i ja nie wiem, czy jej przeczytanie cokolwiek wniesie. Jeżeli można, to po prostu rozdaliśmy tę poprawkę wszystkim panom senatorom.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo prosimy.

Chwilę poczekamy, aż zostanie rozdana. Senatorowie już ją mają?

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Może za pozwoleniem pana przewodniczącego pokrótce powiem, o co chodzi. Otóż uszczegółowiamy zakres podmiotów, którym minister zdrowia może zlecić prowadzenie rejestrów medycznych. Informujemy, właściwie ustalamy, że administratorem danych jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ponieważ w toku dyskusji przez generalnego inspektora były podnoszone wątpliwości konstytucyjne, posiłkując się tą opinią z kancelarii Barta Litwiński, którą przedstawiliśmy także generalnemu inspektorowi, doprecyzowujemy tu sposób tworzenia rejestrów medycznych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Zapoznałem się z tym.

Pani mecenas?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze. Z tego, co rozumiem, jest to poprawka merytoryczna, związana z realizacją postulatów GIODO.

Czy są uwagi do tej poprawki?

(Głos z sali: Przedstawiciel GIODO podnosi rękę.)

Proszę bardzo. I proszę się przedstawić.

**Dyrektor Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg
w Biurze Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych
Monika Krasieńska:**

Monika Krasieńska, dyrektor departamentu prawnego w Biurze GIODO.

Niewątpliwie przepis zaproponowany w tym kształcie spełnia postulat generalnego inspektora wprowadzenia pewnej ustawowej regulacji, która będzie obligować do udostępniania danych w ramach ich przetwarzania w rejestrach medycznych. Na podstawie przepisów prawa, przepisów tegoż projektu ustawy podmioty będą obowiązane do udostępniania danych osobowych. Jest to niewątpliwie ważna regulacja. Zgodnie z zaproponowaną poprawką również podmioty prowadzące rejestr będą musiały wykonać obowiązek informacyjny wobec osób, których dane dotyczą.

Dlaczego to jest tak istotne? Chociażby ze względu na to, że we wcześniej zaproponowanej regulacji osoba mogła zgłosić sprzeciw wobec przetwarzania jej danych osobowych. Trudno jednak wyobrazić sobie wniesienie takiego sprzeciwu w sytuacji, gdy osoba nie miała pojęcia, iż jej dane w ogóle w takim rejestrze się znajdują. A zatem wykonanie obowiązku informacyjnego wobec tej osoby pozwoli jej skutecznie wyrazić sprzeciw i zdecydować o dalszym losie, jeżeli chodzi o te rejestry.

Ważna jest też kwestia zlecenia prowadzenia rejestrów wyłącznie podmiotom wskazanym w tym projekcie. Wcześniej takiego doprecyzowania nie było, co mogło rodzić wątpliwość, czy w istocie będą to podmioty gwarantujące bezpieczeństwo przetwarzanym danym osobowym. Takie gwarancje na poziomie ustawy są niewątpliwie bardzo istotne dla każdej osoby, której dane dotyczą, i spełniają oczekiwania generalnego inspektora ochrony danych osobowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Przejmuję tę poprawkę.

Czy są jeszcze uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

Bardzo proszę, następna.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Kolejna zmiana dotyczy art. 20 ust. 2 pkt 1. Po wyrazie „oraz” proponujemy skreślenie dwukropka.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jeszcze raz.)

Po wyrazie „oraz”...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Art. 20...)

Art. 20 ust. 2.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ust. 2.)

Pkt 1.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Likwidacja...)

Po wyrazie „oraz” proponujemy usunięcie dwukropka.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak.

Usuujemy dwukropek. I to koniec. Tak? Dobrze. Nie ma dwukropka.

Czy są uwagi? Nie ma. Dziękuję.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Kolejna poprawka dotyczy art. 22 ust. 7. Przed wyrazem „funkcjonalność” proponujemy dodać wyraz „minimalną”. Ta poprawka ma charakter merytoryczny, nie legislacyjny. Zmierza ona do tego, żeby minister zdrowia nie ustalał na sztywno funkcjonalności dla systemu RUM – NFZ, ale żeby określił minimalną funkcjonalność, umożliwiając tym samym Narodowemu Funduszowi Zdrowia rozbudowywanie systemu informacyjnego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Przejmujemy.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Dziękuję bardzo. Jednogłośnie. Tak? Dziękuję bardzo.

Następna poprawka, bardzo proszę.

Witam pana ministra Włodarczyka, który już do nas dotarł. Witamy.

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

W kolejnej zmianie proponujemy w art. 24 w ust. 2 po pkt 3 dodać pkt 4 w następującym brzmieniu...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Przepraszam, jeszcze raz. Który to artykuł?)

Art. 24 ust. 2. Proponujemy dodać pkt 4. Teraz mamy taki zapis. „W Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia są przetwarzane dane usługodawców zawierające: 1) nazwę lub firmę; 2) adres siedziby; 3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 istotne dla bezpieczeństwa zdrowotnego dane i informacje, dotyczące szczególnych zadań podmiotów, o których mowa w ust. 1 pkt 1.” Proponujemy dodać pkt 4 w brzmieniu: „informacje o wyrobach medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej”. To jest tak naprawdę dostosowanie przepisów do przyjętej ustawy o działalności leczniczej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dostosowanie do ustawy o działalności leczniczej. Dobrze.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Przejmujemy ją.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Dziękuję bardzo. Przyjęta jednogłośnie.

Proszę dalej.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Przewodniczący, kolejna uwaga dotyczy art. 28. Tam zostało zachowane błędne przywołanie ustawy o działalności leczniczej. Zamiast przywołania art. 37, jak to jest w tekście ustawy, powinien być przywołany art. 41, art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Czy są uwagi do tej poprawki? Pani Mecenass? Nie ma.

Przejmujemy tę poprawkę.

Kto jest za jej przyjęciem? (6)

Sześciu senatorów za, jednogłośnie.

Bardzo proszę.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc*: Mogę, Panie Przewodniczący?)

Tak, bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Kolejna propozycja dotyczy art. 39 i odnosi się do sposobu kontrolowania podmiotów.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dotyczy kontroli. Tak.)

Te przepisy mają na celu zapewnienie zgodności z regulacjami dotyczącymi kontroli w tych przepisach, w których nie stosuje się instrumentów administracyjnych, a jedynie zalecenia pokontrolne. Uszczegółowiamy procedurę kontrolną.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, ale tu jest... Może odczytamy poprawkę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Oczywiście. Propozycje zmian dotyczą następujących kwestii. W art. 39 proponujemy nadanie nowego brzmienia ust. 9 „protokół kontroli wskazuje nieprawidłowości stwierdzone”...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...o prawach i obowiązkach, ust. 9. Ust. 7, ust. 8, ust. 9, protokół kontroli. Dobrze.)

Nie, o protokole kontroli: „protokół kontroli wskazuje nieprawidłowości stwierdzone w funkcjonowaniu podmiotu kontrolowanego albo informacje o niestwierdzeniu nieprawidłowości”.

Następnie proponujemy nadać nowe brzmienie ust. 11. „Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia lub odrzuca zastrzeżenia w terminie 14 dni od dnia ich wniesienia. Informacje o uwzględnieniu lub odrzuceniu zastrzeżeń wraz z uzasadnieniem zamieszcza się w protokole kontroli. Stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia jest ostateczne.”

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Proponujemy dodać ust. 11a w brzmieniu: „na podstawie ustaleń zawartych w protokole kontroli minister właściwy do spraw zdrowia wydaje zalecenie pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości wraz z określeniem terminu ich usunięcia”. I w konsekwencji w art. 38, czyli wcześniejszym, usuwamy pkt 4 odnoszący się do decyzji administracyjnych. Nie mamy tu decyzji administracyjnych, tylko zalecenia pokontrolne.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zalecenia pokontrolne. Dobrze.

Pani Mecenasz, czy są uwagi do tego zapisu? Nie ma.

Bardzo proszę, pan senator.

Senator Leszek Piechota:

Mam pytanie do pana ministra. Gdyby pan przypomniał jeszcze raz, z jakich powodów usuwamy stwierdzenie...

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc*: Bo rezygnujemy...)
...„zawiera zalecenia pokontrolne dotyczące usunięcia stwierdzonej nieprawidłowości”. Usuwamy ten fragment, a tu jest słowo „lub”, tu w zapisie jest „lub”. Nie mam przed sobą tekstu, ale słuchałem...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Art. 30 ust. 4?)

Nie, ust. 9.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Art. 39 ust. 9...)

Tu rezygnuje się z zaleceń pokontrolnych.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Nie, nie.)

Tak to odczytałem, że jest „lub”... Nie mam przed sobą tekstu i chciałbym...

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Nie, nie, ale dodajemy kolejny ustęp, który zawiera informację...

(*Senator Leszek Piechota*: Aha, w kolejnym ustępie...)

...o zaleceniach pokontrolnych. A więc tak naprawdę rozbudowujemy te zapisy, bo do tej pory mieliśmy tylko i wyłącznie ust. 11.

(*Senator Leszek Piechota*: Mamy gdzieś tę poprawkę?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Art. 11a, dodawany jest art. 11a...

(*Senator Leszek Piechota*: Tak, ale ja nie mam tego przez oczami.)

...który mówi o zaleceniach pokontrolnych i terminie ich wdrożenia.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Leszek Piechota*: Tak, dziękuję. Jasne, dobrze.)

Już jasne? Dobrze.

Czy są jeszcze do tego uwagi? Nie ma.

Przejmujemy tę poprawkę.

Kto jest za jej przyjęciem? (6)

Dziękuję bardzo.

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

Bardzo proszę, następna.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Kolejna zmiana dotyczy art. 48 pkt 3.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Chwileczkę...)

W art. 48 zmieniamy ustawę – Prawo farmaceutyczne.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Tak.)

Pkt 3 odnosi się do art. 107 prawa farmaceutycznego. W ust. 8 po wyrazie „rozporządzenia” należy skreślić dwukropek.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Po wyrazie „rozporządzenia”. Dobrze.

A można zobaczyć tę poprawkę?

(*Głos z sali*: Tak, tak, oczywiście.)

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc*: Panie Przewodniczący, ja mogę przytoczyć brzmienie.)

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

W art. 107 ust. 8 jest następujący tekst: „minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw informatyzacji określi w drodze rozporządzenia” – i tutaj jest dwukropek...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Dwukropek.)

...który należy usunąć – „opis systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 5” itd. itd.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jasne. Dobrze. Taka jest treść tej poprawki. Dziękuję bardzo.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma. To jest poprawka porządkująca.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

W art. 55, a więc w przepisach przejściowych, proponujemy, aby wyrazy „30 kwietnia 2015 r.” zastąpić wyrazami „30 czerwca 2015 r.”. Ma to związek z tym, że termin wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej też został przesunięty o dwa miesiące do przodu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Rozumiemy.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Została przyjęta jednogłośnie.

Panie Ministrze, bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Ostatnia propozycja, Wysoka Komisjo, to propozycja, żeby w art. 57 po ust. 2 dodać ust. 2a w brzmieniu „przepisy art. 11h ust. 2a ustawy, o której mowa w art. 44, art. 8 ust. 4b ustawy, o której mowa w art. 44, art. 83 ust. 2 i art. 107 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 48, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą stosuje się od

1 listopada 2012 r.”, a po ust. 3 dodać ust. 3a w brzmieniu „przepisy art. 23a ust. 1 i 2 ustawy, o której mowa w art. 49, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą stosuje się od dnia 1 stycznia 2013 r.” Ten przepis ma na celu ujednoczenie terminów, dat rozpoczęcia przetwarzania danych w poszczególnych rejestrach.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak. Dziękuję bardzo.

Czy są uwagi do poprawki dotyczącej terminów? Nie ma.

Ja ją przejmuję.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

(Głos z sali: Ustawa w całości...)

Chcę powiedzieć, że były zgłaszane także inne poprawki, zgłaszał je między innymi pan Szejnfeld, ale one...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Aha, to do ustawy o refundacji. Przepraszam bardzo.

Dobrze, nie ma więcej poprawek, wszystkie zostały omówione.

Teraz głosujemy nad ustawą wraz z poprawkami.

Kto jest za wyrażeniem pozytywnej opinii wobec tej ustawy? (6)

Opinia jest jednogłośnie pozytywna.

Teraz musimy jeszcze wyznaczyć sprawozdawcę.

Pan senator Piechota? Tak? Bardzo proszę.

Czy są inne propozycje? Nie ma.

Senatorem sprawozdawcą będzie pan senator Piechota. Dziękuję bardzo.

Króciutka przerwa, dwie minuty i przystąpimy do omówienia następnej ustawy, dotyczącej praw pacjenta.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, część z państwa, jak rozumiem, najbardziej zainteresowana jest ustawą refundacyjną, więc tym z państwa, którzy tą ustawą są szczególnie zainteresowani, chcę powiedzieć, że ona będzie rozpatrywana najwcześniej około godziny 16.00. Krótko mówiąc, mają państwo możliwość uczestniczenia w posiedzeniu komisji bądź zrobienia sobie jakiejś przerwy.

Proszę państwa, wznawiamy posiedzenie komisji.

Kolejny punkt porządku obrad to rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych.

Bardzo proszę pana ministra o zreferowanie tej ustawy.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wprowadza do polskiego porządku prawnego całkowicie nowe rozwiązanie, mianowicie możliwość dochodzenia przez pacjenta roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych, jak to jest określone na potrzeby niniejszej ustawy, poza drogą sądową. Rozwiązania takie są powszechnie przyjmowane w państwach najbardziej rozwiniętych, tutaj za przykład mogą służyć kraje skandynawskie, Japonia czy Nowa Zelandia.

W rozwiązaniach, które zostały zaproponowane i przyjęte przez Sejm 25 marca 2011 r., oparliśmy się przede wszystkim na modelu szwedzkim, aczkolwiek z kilkoma zastrzeżeniami i trzeba tu powiedzieć o kilku sprawach. Przede wszystkim określenie zdarzenia medycznego jest inne niż to, które było zawarte w pierwotnym projekcie ustawy. Ono budziło zastrzeżenia przede wszystkim środowiska medycznego w tym zakresie, że mówiło o błędzie medycznym, tymczasem komisje, które będą orzekały o tym, czy doszło do zdarzenia, czy też nie, nie będą orzekały o winie, tylko o tym, że procedura leczenia czy proces leczenia, który został zastosowany, który się odbywał, był niezgodny z bieżącą wiedzą medyczną.

Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w tym zakresie, w którym jest nowelizowana, ma za zadanie doprowadzić do jednego konkretnego celu, a mianowicie skrócić czas oczekiwania pacjenta na niepewny i najczęściej bardzo długotrwały proces przed sądem cywilnym, i dać możliwość uzyskania odszkodowania z tytułu zdarzenia medycznego w krótkim czasie, bo w ciągu zaledwie kilku miesięcy. My oczywiście określamy maksymalną kwotę odszkodowania, proponujemy także, żeby szczegółowy wykaz tego, za jakie zdarzenia medyczne jakie maksymalne kwoty można zaproponować, znalazł się w rozporządzeniu do ustawy, i nie odnosimy się do wszystkich zdarzeń medycznych, odnosimy się do nich tylko i wyłącznie, można powiedzieć, z jednej strony. Ja zaraz wytłumaczę, dlaczego. Odnosimy się do zdarzeń medycznych, które mają miejsce w szpitalu. Czynimy tak z tego względu, że po pierwsze, jest to rozwiązanie nowatorskie, takie, które nie miało zastosowania wcześniej na gruncie polskiego porządku prawnego. Po drugie, przyglądaliśmy się ewolucji systemów pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych w innych państwach niż Polska i wiemy, że nigdzie nie wprowadzono od razu pełnego zakresu roszczeń. Dlatego też my chcemy sprawdzić, jak przedmiotowe rozwiązanie będzie funkcjonowało w praktyce, w odniesieniu do z jednej strony zawężonego zakresu, ale z drugiej strony zakresu, w którym mamy do czynienia z najbardziej poważnymi zdarzeniami. Przecież nikt nie kwestionuje tego, że leczenie szpitalne jest najwyższą i najbardziej zaawansowaną formą, jeśli chodzi o udzielanie świadczeń medycznych w zakresie przede wszystkim medycyny naprawczej. Stąd taka a nie inna propozycja rozwiązań ustawowych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy senatorowie mają pytania do pana ministra w tej sprawie?

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, komisja ma obradować w czteroosobowym składzie. Czy ten czteroosobowy skład będzie rozpatrywał wszystkie sprawy na przykład danego dnia, czyli sprawy dotyczące różnych specjalizacji, czy ta komisja będzie dobierała sprawy do swojej wiedzy i swoich umiejętności? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panowie Senatorowie, czy są jeszcze pytania?

Pan senator Woźniak.

Bardzo proszę.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja chciałbym zapytać pana ministra o szacowaną przez ministerstwo, bo mam wrażenie, że taki szacunek był robiony, skalę problemu, liczbę zdarzeń, które mogą być przedmiotem dochodzenia zadośćuczynienia, odszkodowania przez pacjentów, oczywiście w obszarze jurysdykcji tej ustawy. To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy organizacji i składu komisji, której członkowie będą rekrutowani także spośród przedstawicieli organizacji zajmujących się ochroną praw pacjentów. Czy katalog organizacji obejmuje również organizacji regionalne, czy tylko ogólnopolskie? Poproszę pana ministra o dwa słowa komentarza na ten temat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Zacznę od odpowiedzi na pytanie pana senatora Kraski. To tak naprawdę będzie zależało od organizacji pracy w samej komisji, sprawy będą przydzielane niejako skład za składem, a jak będą wyznaczane terminy posiedzeń i czy dany skład będzie... Ja to sobie wyobrażam w ten sposób. Oczywiście jest to, że skład orzekający nie będzie zwoływany pięć razy w tygodniu po to, żeby każdego dnia rozpatrzyć tylko i wyłącznie jedną sprawę, bo byłoby to po prostu nieuzasadnione. Sądzę, że jeżeli skład orzekający będzie się spotykał, to będzie się on spotykał nie w sytuacji, w której wpłynęła jedna sprawa, tylko w sytuacji, w której będziemy mieli do czynienia z kilkoma sprawami, co do których musi zostać podjęte rozstrzygnięcie.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, ale ja mam takie pytanie. Załóżmy, że jest sprawa z mojej działki, z chirurgii. Czy w składzie komisji będzie chirurg, czy na przykład w danym dniu, skoro nie ma chirurga, będzie orzekał, nie wiem, ginekolog?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Senatorze, do tego służy instytucja powoływania biegłych. A żeby mieć odpowiedniego specjalistę z określonego zakresu, z określonej dziedziny medycyny, komisja każdorazowo może powołać i będzie powoływała konsultantów biegłych do tego, żeby oceniali faktyczny przebieg leczenia i to, czego dotyczą zastrzeżenia. A więc nie jest tak... Nie jesteśmy w stanie doprowadzić do sytuacji, w której w kilkunastoosobowym składzie komisji będą przedstawiciele wszystkich specjalizacji medycznych. Tego nie osiągniemy.

Odpowiadając na pytanie o to, jaką liczbę spraw my przewidujemy do rozpatrywania przez te komisje, powiem tak. Mamy tu do czynienia z kilkoma kwestiami. Szacuje się, że około 8–10% hospitalizacji to są hospitalizacje, w wyniku których może dojść do uszczerbku na zdrowiu, a zatem później w taki czy inny sposób mogą być podejmowane próby uzyskania roszczenia, czy to na podstawie dochodzenia przed sądem cywilnym, czy też na podstawie rozwiązań, które tu zaproponowaliśmy. My uważamy, że komisja będzie rozstrzygała w około dwustu sprawach rocznie, przy czym mówimy o jednej komisji, jednej wojewódzkiej komisji.

Kwestia katalogu organizacji. Te komisje są komisjami regionalnymi. One są powoływane przez wojewodę przy wojewodzie. W związku z tym każdorazowo odnosimy się do regionalnych organizacji reprezentujących zawody medyczne czy zawody prawnicze.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Karczewski.
Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Może przed dyskusją jeszcze kilka pytań. Panie Ministrze, chciałbym się dowiedzieć, czy ugoda, bo właściwie konsekwencją tych postępowań ma być ugoda, zamyka pacjentowi drogę do roszczeń w sądach cywilnych, czy nie? To jest jedno pytanie.

Drugie. Czym państwo kierowaliście się, jakimi kalkulacjami, jakimi danymi, decydując o odszkodowaniach w kwocie 100 tysięcy zł i 300 tysięcy zł? Na razie tyle.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Senatorze!

Jeżeli pacjent zgadza się na zaproponowaną wysokość odszkodowania, zadośćuczynienia, to jest to równoznaczne z tym, że przyjmuje propozycję, a więc w tym

konkretnym przypadku co do konkretnego skutku tego zdarzenia droga sądowa już pacjentowi nie przysługuje. Jeżeli zaś ujawnią się inne skutki tego samego zdarzenia, to oczywiście otwarta jest droga do tego, żeby dochodzić swych praw, czy to na drodze postępowania przed komisją, czy to na drodze sądowej. Tak samo zgoda pacjenta na przyjęcie zaproponowanej kwoty odszkodowania nie zamyka drogi do dochodzenia roszczenia rentowego z tytułu tego samego zdarzenia.

Kwestia wysokości kwot, które zostały zaproponowane, a więc 100 tysięcy zł i 300 tysięcy zł. Tak jak powiedziałem, my będziemy starali się je jeszcze uszczegółowić co do poszczególnych rodzajów zdarzeń. Kierowaliśmy się tu kilkoma przesłankami, po pierwsze, linią orzecznictwa, a więc tym, z czym mamy do czynienia w sądach. Oczywiście wiemy, że maksymalne zasądzane kwoty są często wyższe, może nie często, ale bywają wyższe. Tutaj pozostawiamy prawo wyboru. Jeżeli pacjent jest niezadowolony z propozycji drugiej strony, to jej po prostu nie przyjmuje. Jeżeli uważa, że należy mu się roszczenie wyższe niż to, które jest zaproponowane, to nawet bez aplikowania, od razu może wnieść sprawę sądową. Na takie, a nie inne kwoty wskazują także oczekiwania pacjentów, które zostały opublikowane w wyniku przeprowadzonych przez Centralny Ośrodek Badania Opinii Społecznej badań oczekiwań pacjentów co do roszczeń za uszczerbki doznane na zdrowiu. To jest druga kwestia. I trzecia kwestia. Ponieważ jest to nowe rozwiązanie, zależało nam bardzo mocno także na tym, żeby nie doprowadzić w krótkim czasie do tego, aby składka z tytułu tego ubezpieczenia nie wiadomo jak wzrosła. Stąd cała seria rozmów i uzgodnień, które przeprowadzaliśmy na różnych etapach procesu legislacyjnego z Polską Izbą Ubezpieczeń w tym zakresie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Kraska.
Proszę bardzo.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, czy każda skarga będzie rozpatrywana przez komisję, czy będzie jakaś wstępna selekcja? Czy to będzie się odbywało dopiero na posiedzeniach komisji? To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Czy będzie istniała, nie wiem, jakaś tabela...

(Głos z sali: Taryfikator.)

...taryfikator, zgodnie z którym na przykład za złamanie tego a tego i złe leczenie będzie taka stawka? Czy ta komisja będzie miała doświadczenie, nie wiem, skąd je weźmie, co do tego, w jaki sposób przyznawać te kwoty? Dziękuję.

(Brak nagrania)

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Ministrze, ja bym chciał się dowiedzieć – jeśli były takie rozmowy, a już przed chwilą pan minister mówił, że z Polską Izbą Ubezpieczeń takie rozmowy były prowadzone – jakie są przewidywania dotyczące wzrostu składki ubezpieczeniowej dla

szpitali? To ma dotyczyć szpitali i na pewno prowadzona była jakaś kalkulacja, padały jakieś liczby. To pierwsza sprawa.

Panie Przewodniczący, czy mogę zadać drugie pytanie?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, tak.)

Drugie pytanie. A dlaczego państwo zdecydowaliście się, jeśli już zdecydowaliście się na sprawdzenie tego rozwiązania – pan użył takiego sformułowania, powiedział pan, że sprawdzimy, jak to będzie funkcjonować – akurat tylko w szpitalach? Dlaczego na przykład nie w pogotowiu? Dlaczego nie w pomocy przedszpitalnej? Dlaczego nie w odniesieniu do również skomplikowanych, coraz bardziej skomplikowanych świadczeń udzielanych w ambulatoriach, także u lekarzy specjalistów? Dlaczego ograniczyliście to tylko do szpitali? Z tego, co rozumiem, jeśli się mylę, to bardzo proszę, żeby pan minister...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...odpowiedzieć.)

Panie Przewodniczący, gdyby pan pozwolił na swobodne zadanie pytania... Chyba że wprowadza pan jakiś limit czasu, to bardzo proszę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie wprowadzam limitu czasu, tylko zostało już zadane bardzo skomplikowane pytanie, wypowiedź się przedłuża, stąd prośba, żeby je zadać.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja już część pytań zadałem i chciałbym zadać jeszcze jedno. Mam do tego prawo i będę z niego korzystał.

Panie Ministrze, powiedział pan, że to jest pewnego rodzaju sprawdzenie. Dla mnie to jest pewnego rodzaju eksperyment, eksperyment szkodliwy, bardzo ryzykowny, przede wszystkim bardzo ryzykowny. Może pojawić się lawina tego typu spraw. Ja obawiam się tego, że może pojawić się lawina. Co wtedy państwo zrobicie? Ja bym użył określenia – pan przewodniczący mi przerwał ten tok, ale wracam do niego – że to nie jest sprawdzenie, ale pewnego rodzaju eksperyment. Prawda? Jeśli tak nie jest, to proszę powiedzieć, że to nie jest eksperyment. Dziękuję bardzo.

(Brak nagrania)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Postaram się wyczerpująco odpowiedzieć na pytania pana senatora Karczewskiego. Jeżeli cokolwiek ominę, to proszę o natychmiastową korektę.

Panie Senatorze, przede wszystkim my nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć ze stuprocentową pewnością, od początku do końca, co pojawi się w wyniku. To jest nowe rozwiązanie, więc siłą rzeczy my nadajemy mu ramy prawne, staramy się zapewnić, żeby to rozwiązanie funkcjonowało dobrze, i staramy się przy okazji wyeliminować te ryzyka, które mogą się w trakcie wprowadzania takich rozwiązań pojawić.

Dlaczego szpital? Dlatego szpital, że po pierwsze, w szpitalu dochodzi do największej liczby udokumentowanych zdarzeń medycznych, tak jak to określa ustawa, czyli do największej liczby zdarzeń, co do których wiemy, że ich wynikiem może być roszczenie; po drugie, tutaj mamy najpełniejszą dokumentację dotyczącą tychże zda-

rzeń. W związku z tym najłatwiej jest to ująć w ramy i sprawdzić – tak jak powiedziałem i to potwierdzam – jak ten system będzie funkcjonował.

Jeśli chodzi o wysokość składki, to my nie sądzimy, że powinno to doprowadzić do wzrostu kwoty ubezpieczenia, która dzisiaj jest opłacana, aczkolwiek z jednym zastrzeżeniem. Będziemy proponować Wysokiej Komisji stworzenie oprócz kwot maksymalnych, czyli kwoty 100 tysięcy zł i 300 tysięcy zł, agregatu na podmiot leczniczy w wysokości 1 miliona 200 tysięcy zł, powyżej którego będzie konieczność uzupełnienia ubezpieczenia, tak żeby obowiązek ubezpieczyciela nie wygasł. Jak to będzie wyglądało w konkretnych przypadkach, to bardzo dużo zależy od liczby zdarzeń, od szkodowości, tak to nazwę, działalności danej jednostki, choć chyba nie jest to najbardziej czytelne sformułowanie. W każdym razie im więcej popełnianych błędów, czyli im więcej roszczeń może się pojawić w wyniku działalności danego podmiotu leczniczego, tym większa liczba spraw. Te liczby są różne w przypadku różnych podmiotów, które udzielają świadczeń.

Nie spodziewamy się, że będziemy mieli do czynienia z lawiną spraw z kilku prostych względów. Liczba hospitalizacji jest jednak ograniczona. Proces rozpatrywania spraw przez komisję jest procesem znacznie uproszczonym. Proszę zwrócić uwagę na to, że komisja nie przeprowadza całego postępowania dowodowego, orzeka tylko i wyłącznie co do jednej sprawy, czy doszło do zdarzenia medycznego w rozumieniu tej ustawy, czy też do niego nie doszło. Cała pozostała część procedury pozostaje po stronie zainteresowanych, to znaczy towarzystwo ubezpieczeń wspólnie z podmiotem leczniczym przedstawiają propozycję kwoty zadośćuczynienia, a pacjent decyduje, czy tę kwotę przyjąć, czy tej kwoty nie przyjmować.

Oczywiście będzie tak, co do tego nie ma absolutnie żadnych wątpliwości, że w pierwszym okresie funkcjonowania ustawy tych spraw będzie relatywnie więcej, ale to jest zjawisko właściwe każdemu nowemu rozwiązaniu, które się wprowadza, i w żaden sposób nie zależy od faktycznych zdarzeń, które mają miejsce, wynika to z tego, że jest to swego rodzaju nowinka. W pierwszym okresie, przez kilka miesięcy może to funkcjonować na zasadzie „złożę, co mi szkodzi”. Prawda? Komisja będzie w takiej sytuacji, że jeżeli będzie to żądanie nieuprawnione, to będzie ona orzekać, że do zdarzenia medycznego na gruncie obowiązującej wiedzy medycznej nie doszło.

Od razu odpowiem też na pytanie pana senatora Kraski. Warunkiem rozpatrzenia sprawy przez komisję jest złożenie kompletnego i odpowiednio opłaconego wniosku. Jest to opłata w wysokości 200 zł, która jest wnoszona w momencie składania wniosku, właśnie po to, żeby zapobiec temu, o czym mówił pan senator Karczewski, aby dla sprawy o 100 zł czy 200 zł nie zakładać postępowania, bo nie będzie to miało sensu ani z punktu widzenia realnego uzysku, ani z punktu widzenia racjonalizacji prac samej komisji, będzie to tak naprawdę przeciwnie skuteczne. Prawda?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chciałbym przeprosić senatora Karczewskiego. To tak czasami bywa, gdy intencja jest wspierająca. Intencją było to, żeby ta część dotycząca szpitali, bo ona niejako warunkuje dalsze działania... Dlaczego nie te inne? Teraz już wiemy, dlaczego szpitale. Wobec tego może poproszę o odpowiedź na tę drugą część pytania, na pytanie o to, dlaczego nie pogotowie, dlaczego nie leczenie ambulatoryjne itd. Tak?

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Tak jak mówię, zdarzenia szpitalne są najlepiej udokumentowane. W przypadku zdarzeń z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego czy z zakresu ratownictwa medycznego obecnie nie mamy wystarczających danych do tego, żeby wprowadzić takie rozwiązanie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Kraska.
Proszę bardzo.

Senator Waldemar Kraska:

Dwa krótkie pytania. Ustawa wchodzi w życie 1 stycznia 2012 r. Czy będzie to dotyczyło tylko tych spraw, które pojawią się po wejściu w życie tej ustawy?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Aha, czyli nie będziemy wracali do przeszłych spraw. Zgoda.

Panie Ministrze, drugie pytanie. Składamy wniosek, płacimy 200 zł. Prawda? Komisja orzeka, że takiego zdarzenia nie było, czyli oddala wniosek. Nie jest to cały koszt postępowania. Ile mniej więcej takie postępowanie będzie kosztowało wnioskodawcę, osobę, która złożyła wniosek, gdy komisja orzekła o braku zdarzenia? Dziękuję.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Następne pytanie będzie związane z treścią odpowiedzi na pytanie zadane przez pana senatora Kraszkę.

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Senatorze, na pierwsze pytanie, jak pan senator już wie, odpowiadam twierdząco, czyli nie będzie retroaktywności ustawy. Przepisy będą obowiązywały w stosunku do zdarzeń, które będą miały miejsce po wejściu w życie ustawy.

Koszt postępowania będzie w dużej mierze uzależniony także od tego, ilu biegłych i jakich biegłych będziemy powoływać. Proszę zwrócić uwagę na to, że mamy tu do czynienia z sytuacją, w której skład orzekający komisji jest wynagradzany w zależności od tego, ile posiedzeń się odbywa, i jest to określone na poziomie ustawy. To będzie wchodziło do budżetu danego wojewody. To samo dotyczy powoływania poszczególnych biegłych. W tym momencie jest mi trudno odpowiedzieć na to pytanie, bo to będzie zależało od...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Senatorze, dużo zależy od tego... To nawiązuje do tego pytania, które pan zadał na samym początku, a na które ja odpowiedziałem w inny sposób, niż pan senator oczekiwał. Pan pytał o to, czy będziemy mieli do dyspozycji osoby z poszczególnych...

nych specjalizacji, specjalności medycznych w komisjach. Ja odpowiedziałem, wyjaśniając, w jakim trybie będą orzekały składy. Proszę zwrócić uwagę, wydaje się, że jeżeli będziemy mieli do czynienia z oczywistymi sprawami, to nic nie stoi na przeszkodzie, żeby mieć do rozpatrzenia kilka spraw w ciągu dnia. W tej sytuacji także koszty ogólne będą niższe, bo nie będą się rozkładały na jedno postępowanie, tylko na kilka.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Karczewski.
Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Jeszcze ja.
Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący, ja absolutnie się nie obrażam, jeśli pan przewodniczący w dobrej intencji, to bardzo się cieszę i wszystko jest OK.

Panie Ministrze, ja odniosę się do ostatniego pana sformułowania. Obawiam się, że takich bardzo oczywistych spraw, takich oczywistych oczywistości w sprawach medycznych nie ma. Tu zawsze są wątpliwości czy prawie zawsze są wątpliwości, oczywistych oczywistości tu nie ma. Dlatego podejrzewam, że koszty mogą być dosyć duże. Czy państwo w ogóle je szacowaliście? Jeśli ma to mieć wojewoda, to jest to budżet, prawda?, i państwo musicie zapewnić jakieś środki w budżecie. Ile to będzie, jak pan minister sądzi? Mam nadzieję, że to nie jest kwestia sądu, tylko kwestia oceny, wyceny. Jak państwo to szacujecie, w jakiej kwocie istnieje konieczność zabezpieczenia prowadzenia tych postępowań? Totalnie, w skali roku.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy jeszcze są pytania? Na razie nie ma.
Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Według naszych szacunków, tak jak my to wyliczyliśmy, koszty jednego posiedzenia komisji, mam na myśli koszty przejazdów, noclegów, wtedy kiedy to będzie potrzebne, będą wynosiły około 700–800 zł, pomiędzy 700 zł a 800 zł. Gdy przemnożymy to przez liczbę postępowań, to otrzymujemy kwotę... Przy czym to jest koszt, który nie zawiera kosztu wynagrodzenia, tylko koszty dodatkowe...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan senator pytał, jaki będzie koszt dodatkowy, oprócz kosztu, który jest określony na poziomie ustawy jako koszt wynagrodzenia w zależności od posiedzenia.

Ja chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę, do której odnosiła się pierwsza część pytania pana senatora. Jest przewidziany okres trzydziestu dni postępowania przygotowawczego czy też likwidacyjnego, wtedy też mogą padać określone propozycje, tak naprawdę już na gruncie całkowicie poza komisją. Tak? Mówiąc krótko, może się okazać – i też taka jest nasza intencja – że niekoniecznie trzeba doprowa-

dzać do posiedzenia składu orzekającego, który będzie rozpatrywał daną sprawę, bo strony mogą dojść do porozumienia, jeszcze zanim komisja zajmie się rozpatrywaniem tej sprawy.

(Brak nagrania)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

...całkowite koszty.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale to nie będzie kosztowało budżetu, Panie Senatorze, dlatego że w zależności od tego, jak toczy się postępowanie, następuje obciążenie poszczególnych podmiotów. Koszty postępowania przed wojewódzką komisją ponosi podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital, ubezpieczyciel. Koszty, które są ponoszone przez budżet państwa, to będą koszty...

(Głos z sali: Wynagrodzeń. Tak?)

...wynagrodzeń członków komisji. Koszt wynagrodzenia to jest maksymalnie 430 zł za posiedzenie, ale szczegółowo wysokość tych kosztów będzie ustalał wojewoda.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie ma więcej pytań.

Jest pytanie. Pan Konstanty Radziwiłł, Naczelna Rada Lekarska.

Bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo! Panowie Ministrowie!

Z dużą przykrością proszę o głos, ponieważ w projekcie tej ustawy, w uzasadnieniu do tego projektu projektodawca zapisał, że projekt tej ustawy jest między innymi realizacją postulatów środowiska lekarskiego wyrażonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy. Niestety z dużą przykrością muszę stwierdzić, że nie o to zjazdowi krajowemu chodziło. Rozwiązanie, które jest proponowane, zupełnie nie spełnia oczekiwań i to – niestety, mamy wrażenie – nie tylko środowiska lekarskiego, ale także środowiska pacjentów.

Chciałbym się skupić na jednej konkretnej sprawie, która ma niejako dwa wymiary. Dzisiaj podczas posiedzenia tej komisji wielokrotnie zostało użyte określenie „zdarzenia medyczne”. Używał tego określenia pan minister Szulc wielokrotnie w stosunku do ustawy z 25 marca w sprawie informacji medycznej. Teraz rozmawiamy o ustawie z 25 marca, która – z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać – zostanie przyjęta z tą samą datą, a w której również występuje pojęcie „zdarzenia medyczne”.

Definicja zdarzeń medycznych w ustawie o informacji nie jest przedstawiona, tam po prostu rozumie się samo przez się, że zdarzeniem medycznym jest to, co się dzieje u lekarza, w szpitalu czy gdzieś tam. Jest nawet w art. 7 tej ustawy, którą państwo przed chwilą przyjęli, Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, pisana wielkimi literami.

Tymczasem w ustawie, o której teraz państwo mówią, zdarzeniem medycznym jest błąd medyczny. Proszę państwa, rzeczywiście było tak, jak pan minister Szulc powiedział, że kiedy Naczelna Rada Lekarska zobaczyła, że w ustawie nowelizującej ustawę o prawach pacjenta jest mowa o błędzie medycznym jako przesłance do wypłaty odszkodowań, zwróciła uwagę na to, że nie tędy droga, bo od ustalania błędów medycznych nie są komisje wojewódzkie, lecz sądy, w szczególności sądy lekarskie, ale także sądy powszechne. I rzeczywiście nastąpiła tu zmiana, mówię o art. 78a ust. 1, gdzie określenie „błąd medyczny” zastąpiono określeniem „zdarzenie medyczne”, zupełnie niezrozumiałym, powiedziałbym, nie tylko z medycznego punktu widzenia, ale w ogóle niezrozumiałym w tym kontekście. Jeżeli jednak przeczytamy uważnie tę definicję, to przekonamy się, że jest to po prostu definicja błędu medycznego. Proszę państwa, mowa jest o diagnozie, leczeniu lub zastosowaniu produktu leczniczego niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną. To jest właśnie błąd medyczny. A zatem w zakamuflowany sposób, nie wprost, nie używając tego określenia, ustawa mówi o błędach medycznych. Zresztą na początku było to nawet w tytule projektu. Zmieniono tytuł, zmieniono nazwę, ale istota sprawy pozostała.

Jeżeli mówimy o tym, że błędy medyczne są przedmiotem zainteresowania komisji wojewódzkich, komisji wojewódzkich, w których składzie są przedstawiciele zawodów medycznych, ale niekoniecznie lekarze, a połowa to nie są medycy, i te komisje będą oceniać, co jest, a co nie jest błędem medycznym, to jest to, proszę państwa, po prostu nieporozumienie, nawet w przypadku powołania biegłych. To jest droga donikąd. Można powiedzieć, że jest to krótka ścieżka, zamiast sądu lekarskiego bądź sądu powszechnego, która ma pozwolić ocenić, czy ktoś popełnił błąd, czy nie. A to zahacza o niezgodność z konstytucją, dlatego że od oceny tego, czy ktoś popełnia błąd, czy jest winny, nie są komisje wojewódzkie, tylko sądy. Przede wszystkim na to zwracamy uwagę.

Spójrzmy na te komisje wojewódzkie, to jest jeszcze bardziej interesująca sprawa. Tak jak już powiedziałem, połowa może nie być fachowcami, co więcej, jeśli chodzi o tych, którzy są lekarzami, to członkowie składu orzekającego, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej nie mogą być właścicielami, osobami zatrudnionymi, współpracującymi z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital. To znaczy, że w przypadku lekarzy muszą to być osoby, które nie stykają się ze szpitalem, nie z tym konkretnym szpitalem, którego dotyczy sprawa, to jest później powiedziane, tylko w ogóle ze szpitalem. Panowie senatorowie pytali o kwalifikacje tych komisji. No z całym szacunkiem, ale to będą osoby, które po prostu nie znają się na rzeczy, o której będą orzekać.

Proszę państwa, powoli kończąc, chciałbym powiedzieć, jak to się ma do rozwiązań nowozelandzkich, które mają już ponad pięćdziesiąt lat, a także skandynawskich. W tamtych rozwiązaniach realizacja prostej drogi do rekompensaty w razie szkody powstałej w związku z leczeniem polega na określeniu trzech spraw, po pierwsze, tego, że jest szkoda, po drugie, tego, że jest związek między szkodą a działaniem medycznym, po trzecie, tego, że to nie jest oczywisty i nieunikniony skutek tego działania medycznego, co oznacza, że można było tego uniknąć. Nie ma tam mowy o tym, że to jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, a zatem to nie musi być błąd. Właśnie na tym polega zabezpieczenie pacjenta przed szkodami powstałymi jako działania niepożądane, jako coś, co niekoniecznie jest błędem, ale po prostu jest niepożądanym działaniem, ubocznym skutkiem diagnozowania i leczenia. Pacjentów trzeba zabezpie-

czyć, po pierwsze, przed różnymi tego typu zdarzeniami, a po drugie, przed koniecznością udowodnienia, że ktoś popełnił błąd. To ma kolosalne znaczenie, a niestety w tej ustawie tego nie ma.

I już całkiem na zakończenie. Akurat kilka dni temu część z nas, między innymi pani minister Kozłowska, uczestniczyła w dużym posiedzeniu, zorganizowanym pod hasłem „bezpieczny pacjent, bezpieczny lekarz”. Proszę państwa, rozwiązania nowozelandzkie, rozwiązania skandynawskie idą w kierunku budowania kultury bezpieczeństwa pacjenta, która jest nacechowana nie wrogością między ewentualnie poszkodowanymi a pracownikami służby zdrowia, tylko współpracą. W sytuacji, która proponowana jest w tej ustawie, współpraca nie będzie możliwa. W Szwecji – proszę mi wierzyć lub nie – jeżeli lekarz dostrzeże, że pacjent doznał szkody w wyniku działania niepożądanego związanego z diagnozowaniem i leczeniem, to sam go namawia, żeby wstąpił na drogę do uzyskania odszkodowania. W tym przypadku, gdyby lekarz zaczął namawiać pacjenta do tego, żeby ten przed komisją wojewódzką udowodnił, że działanie tegoż lekarza było niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, musiałby być samobójcą. To jest dokładnie odwrotnie niż być powinno.

Proszę państwa, ja zdaję sobie sprawę, że z tego, co powiedziałem, nic więcej oprócz tych słów, które tu padły, nie wyniknie, bo prawdopodobnie ta ustawa zostanie przyjęta. Mimo to chciałbym, żeby jednak gdzieś została ta refleksja, ta myśl, że naprawdę nie zmierza to w tym kierunku, który jest deklarowany. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan minister.
Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Koniecznym jest się do tego odnieść, Panie Przewodniczący. Wydaje mi się, że wygląda to tak. Z tego, co rozumiem, przyjmowanie tylko i wyłącznie takich rozwiązań, które kropka w kropkę są udokumentowane i funkcjonują gdzie indziej, zyskuje przychylność pana Radziwiła.

Chciałbym się odnieść do kilku kwestii, które zostały tu podniesione. Na gruncie prawnym nie ma kompletnie, ale to kompletnie żadnego znaczenia, jakich sformułowań używamy w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, a jakich używamy w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Definicję stworzymy na użytek, na okoliczność i na potrzeby ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, żadnej innej, i tylko i wyłącznie tak to jest rozumiane. To środowisko podnosiło, że nie może być w ustawie określenia „błąd medyczny”, które wskazywałoby na winę. My ten pogląd podzieliliśmy. I właśnie taka jest różnica pomiędzy zdarzeniem medycznym a błędem medycznym. Błąd jest zawiniony, o błędzie zawinionym orzeka się w inny sposób, trzeba przeprowadzić całe postępowanie, postępowanie dowodowe, tymczasem komisja nie będzie orzekała o tym, czy do zdarzenia medycznego, zdefiniowanego w art. 67a tej ustawy, doszło z czyjejkolwiek winy, tylko o tym, czy doszło do działań niezgodnych z obecną wiedzą medyczną. To jest zasadnicza różnica. W związku z tym wydaje się, że podnoszenie tego zarzutu nie jest zasadne, tym bar-

dziej że, o ile sobie dobrze przypominam, podczas prac podkomisji, kiedy to określenie „błąd medyczny” zastąpiono sformułowaniem „zdarzenie medyczne”, to właśnie przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej postulował taką zmianę i zgadzał się z takim rozwiązaniem. Pan profesor Krajewski, który był obecny na posiedzeniu – proszę zasięgnąć opinii albo sięgnąć do protokołów – wyraził duże zadowolenie z tytułu takiego, a nie innego sformułowania tejże definicji.

I ostatnia sprawa, to w odniesieniu do wątpliwości pana prezesa co do tego, czy w komisji powinni zasiadać przedstawiciele zawodów prawniczych, czy też sami przedstawiciele zawodów medycznych. Gdyby tak sformułować tę tezę i doprowadzić ją troszeczkę, aczkolwiek w niewielki stopniu, do absurdu, to można by zapytać, kto powinien zasiadać w sądach, bo w takiej sytuacji to na pewno nie prawnicy. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są jeszcze jakieś pytania?

Ja chciałbym powiedzieć w ten sposób. Z tego, co rozumiem, jest to jakiś tryb ugody, który pozwala uniknąć rozstrzygnięcia o tym, czy jest błąd, czy go nie ma, porusza się w obszarze spraw, które upraszczają procedurę i niejako skracają drogę do uzyskania odszkodowania w sytuacjach niebudzących wątpliwości u powoływanych składów. Ja rozumiem pewne obawy. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że świadczeniobiorca staje wobec wyboru drogi, on nie musi tego robić. Jeżeli sprawa jest oczywista z punktu widzenia świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy, to jest tryb, który umożliwia nieprzewlekanie sprawy. W każdym razie tak rozumiem intencję tej ustawy.

Czy są jeszcze chętni do zabrania głosu w dyskusji?

(Senator Stanisław Karczewski: Tak. Już będziemy głosowali czy...)

Nie, nie, za chwilę. Jeszcze prowadzimy dyskusję.

(Senator Stanisław Karczewski: To ja w takim razie...)

Proszę bardzo, pan senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja podzielam te wątpliwości pana prezesa, zresztą...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Daleko idący wniosek.)

...zresztą w moich pytaniach chyba było widać to, że jestem przeciwny tej ustawie. Będę składał wniosek o odrzucenie tej ustawy z wielu powodów, później to uzasadnię, nie tylko z tych powodów, o których był uprzejmy powiedzieć pan prezes.

Korzystając z tego, że jeszcze można zadawać pytania, pozwolę sobie zadać pytanie, bardzo proste, oczywiste. Pan minister był przed chwilą uprzejmy powiedzieć, że to będą sprawy oczywiste. Jeśli pacjent po oczywistej operacji, cholecystektomii klasycznej, będzie miał ropienie rany, a później przepuklinę, to czy to będzie zdarzenie medyczne, czy to nie będzie zdarzenie medyczne, z którym będzie mógł wystąpić do komisji. To jest bardzo konkretne pytanie. Ponieważ jest z nami na sali drugi wiceminister, pan minister Włodarczyk, bardzo proszę, żeby pan minister, jeśli oczywiście pan zechce, odpowiedział mi na pytanie, czy to zdarzenie będzie zakwalifikowane jako stwarzające możliwość uzyskania odszkodowania.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister Szulc.
Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

...tylko i wyłącznie w takiej sytuacji, w której nie można było tego uniknąć. Jest wiele procedur medycznych, w których określone rodzaje powikłań są naturalnym następstwem, w określonych przypadkach są nie do uniknięcia. W takich sytuacjach oczywiście nie będzie to podstawą do dochodzenia jakiegokolwiek roszczenia. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister Włodarczyk.
Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Ja pozwolę sobie rozszerzyć wyjaśnienie. Mianowicie w piśmiennictwie medycznym jest opisywane – akurat obaj z panem senatorem Karczewskim jesteście chirurgami – że w najlepszych ośrodkach światowych zdarzają się powikłania. Jednym z obowiązków lekarza przed uzyskaniem tak zwanej zgody poinformowanej pacjenta jest udzielenie mu wszelkich, wyczerpujących informacji na temat metody leczenia i możliwych, powtarzam, możliwych powikłań, które – o czym wiadomo z piśmiennictwa i z praktyki – mogą wystąpić w określonym przypadku. Oczywiście bierze się także pod uwagę stan pacjenta, jego wydolności, dlatego że inne powikłania i inne ryzyko wystąpienia powikłań ma miejsce w przypadku młodego, zdrowego pacjenta z tym schorzeniem, a zupełnie inne w przypadku osoby starszej, obciążonej licznymi dodatkowymi schorzeniami. Tego typu sytuacje, o których myśli pan senator, oczywiście nie będą mogły być przedmiotem dociekań tej komisji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Zgłasza się pan Konstanty Radziwiłł.
Bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję.
Przepraszam, że jeszcze raz, ale zachęciła mnie ta krótka dyskusja medyczna i ostatnie zdanie pana ministra Włodarczyka. Taki pacjent na gruncie tej ustawy nie będzie miał szansy uzyskania rekompensaty. Proszę państwa, właśnie na tym polega różnica...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie, w tym trybie, w tym trybie...)

Właśnie na tym polega różnica między naszym rozwiązaniem a tymi rozwiązaniami, na które się powołujemy. Właśnie na tym polega ta różnica. Jeżeli chirurg zrobi

operację prawidłowo, ale w niektórych przypadkach z jakichś tam innych przyczyn, nie błędowych, tak to nazwę, nie pomyłkowych okoliczności, stanie się tak, że pacjent dozna uszczerbku na zdrowiu i będzie miał wielką przepuklinę w bliźnie, to w rozwiązaniu szwedzkim po prostu dlatego, że to jest niepożądane zdarzenie medyczne, może wystąpić o odszkodowanie. W polskim systemie pod rządami tej ustawy nie będzie mógł, dlatego że...

(Głos z sali: Będzie mógł.)

Nie, dlatego że zgodnie z art. 67a ust. 1 mówimy tylko o zdarzeniach, które wynikają z postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Niestety właśnie na tym to polega.

Co więcej, tak jak powiedziałem, w systemie szwedzkim chirurg, który zobaczy, że w wyniku prawidłowo przeprowadzonej operacji pacjent jednak doznał uszczerbku, niespodziewanego uszczerbku na zdrowiu, sam będzie namawiał pacjenta do tego, żeby razem z nim wystąpił o przyznanie pacjentowi rekompensaty. W polskim rozwiązaniu chirurg będzie się tego bał, dlatego że jest to związane z ryzykiem, iż ktoś uzna, że operacja została przeprowadzona z naruszeniem zasad obowiązujących w zakresie aktualnej wiedzy medycznej. To jest istota różnicy między tymi rozwiązaniami i jedna z nieprawidłowości, o których mówiłem. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister Szulc.
Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Oczywiście, że w ustawie odnosimy się do postępowania niezgodnego z obecną wiedzą medyczną. W tej sytuacji ja odesłałbym pana prezesa do rozwiązań, które legły u podstaw wprowadzenia systemu szwedzkiego, z pytaniem o to, czy on był wprowadzany jako szerszy, czy jako węższy w stosunku do rozwiązań, które my proponujemy. Tak jak powiedziałem, ponieważ na gruncie polskiego porządku prawnego jest to rozwiązanie nowatorskie, trzeba sobie dać czas na to, żeby móc doprowadzić do sytuacji, w której będziemy mogli zarówno zakres działania tego rozwiązania, jak i rodzaje świadczeń czy rodzaje leczenia podlegające działaniu tej ustawy stopniowo rozszerzać. To tyle.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.
Czy są jeszcze jakieś uwagi?
Proszę bardzo, pan minister Włodarczyk.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, ja chciałbym tylko zwrócić uwagę na to, że to nie zamyka choremu...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: ...drogi sądowej.)
...czy pacjentowi możliwości dochodzenia na drodze sądowej.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Oczywiście.)

Chciałbym wszystkim państwu również przypomnieć, że w orzecznictwie polskich sądów powszechnych w sytuacji, w której dochodzi do powikłania, czyli do zdarzenia niepożądanego, w przypadku gdy nie popełniono błędu, a wynika to z innych uwarunkowań albo miało związek z ratowaniem w określonej sytuacji...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Życia.)

...nieprzewidzianej życia pacjenta, stosowane jest uniewinnienie, sądy w takich przypadkach uniewinniają lekarza.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Czy jeszcze ktoś... Nie widzę chętnych.

Czy pani legislator ma uwagi?

Bardzo proszę.

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

Ja mam dwie uwagi. Jedna dotyczy terminologii, ma charakter uściślający. Art. 67i...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Art. 67i?)

Art. 67i to jest nowelizowana ustawa.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Art. 67i w ust. 5 w moim przekonaniu mówi o tym, kto może składać dowody przed komisją.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Jednakże wyraz „uwzględnia”, gdy mowa jest o tym, że komisja w postępowaniu uwzględnia dowody, wydaje mi się nie na miejscu, ponieważ to jest wyraz, który sugeruje, że to w istocie ma znamiona rozstrzygnięcia. Z tego, co rozumiem, chodzi o to, że komisja rozpatruje dowody przedstawione przez te trzy podmioty.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Te trzy podmioty mogą składać... Wygląda to tak, jakby sugerowano, że wystarczy złożyć i...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak że wyraz „uwzględnia” należałoby zastąpić wyrazem „rozpatruje”.

Druga uwaga też dotyczy terminologii, ale to nie jest uwaga redakcyjna, tylko bardziej stylistyczna, logiczno-gramatyczna i składniowa. Proszę zwrócić uwagę na to, że w kilku miejscach ustawy w art. 67d...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: W art. 67d, tak...)

Art. 67d ust. 1 mówi o tym, co zawiera wniosek o ustalenie zdarzenia. W pktach 2, 3, 4 i w pktcie 6 w lit. b zapis kończy się wyrazami „jeżeli dotyczy”.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Przyznam, że to jest taka konstrukcja... Ona już raz się pojawiła, to było w ustawie o wyrobach medycznych na pięćdziesiątym czwartym posiedzeniu, ale wtedy dzięki poprawkom komisji ta forma została wyeliminowana, bo to jest w istocie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...walor nienormatywny. To jest język urzędowy formularza, ale nie aktów ustawowych, tu dość jasno jest określone, co ma być w ustawie. Chcę powiedzieć, że to się pojawia również w następnych ustawach, które będą później...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rozpatrywane.)

Wydaje mi się, że skoro jeszcze można, to warto byłoby to skreślić. Propozycja byłaby taka, aby w art. 67d ust. 1 pktach 2, 3, 4 i 6 w lit. b skreślić wyrazy „jeżeli dotyczy”.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak jest. To samo jest w pktcie 6 lit. b. Tak?

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

I jeszcze gdzieś? Tak patrzę...

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: W tym momencie nie wiem. Jeśli znajdziemy, to będziemy...)

Dobrze.

Pan minister? Bardzo proszę.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Głos z sali: „Jeżeli posiada” czy „jeżeli dotyczy”?)

Nie, „jeżeli dotyczy”.

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Jeśli chodzi o pierwszą propozycję, to my ją przyjmujemy, faktycznie wyraz „rozpatruje” jest tutaj dużo szczęśliwszy niż „uwzględnia”.

Co do drugiej propozycji miałbym tylko i wyłącznie jedno pytanie: czym będzie skutkowało usunięcie „jeżeli dotyczy”? Jeżeli dojdzie do sytuacji, w której wniosek każdorazowo będzie musiał zawierać imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego czy też imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców...

(Głos z sali: Chociaż ich jeszcze nie ma.)

...choć ich jeszcze nie ma... Wykreślenie tego sformułowania doprowadzi do takiej sytuacji. Krótko mówiąc, jeżeli wykreślimy słowa „jeżeli dotyczy”...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, „jeżeli dotyczy”.)

...to będziemy mieli do czynienia z sytuacją, w której każdorazowo we wniosku trzeba będzie podać swoje imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL albo...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak jest.)

...serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, nawet gdy jestem pełnoletni i bez ograniczonych praw obywatelskich, imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, nawet jeżeli żyję, w związku z tym nie mogę określić, kto jest moim spadkobiercą, a więc komu przysługuje prawo do tego, aby aplikować o zadośćuczynienie z wniosku. To jest ten kłopot. Tak?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak.

Pani Mecenasz?

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

Ja nie jestem pewna, czy do końca tak jest. Ja patrzę na to w ten sposób, że jeżeli jakaś sytuacja nie może zaistnieć, to po prostu nie będzie się tego wypełniało. Podobnie było w ustawie o wyrobach medycznych, tam również były kwestie wypełniania wniosku i w sytuacji, gdy są takie informacje, to się je wpisuje, tak jest z punktu widzenia logiki, bo w języku zasady logiki również obowiązują. O spadkobiercy mówimy wtedy, kiedy zostało przeprowadzone postępowanie spadkowe. Jeżeli nie było postępowania, to wiadomo. Ja tylko chcę zwrócić uwagę na to, że to jest konstrukcja, która natychmiast wywołuje pytanie, bo jeżeli dotyczy, to pytamy: czego dotyczy? To nie jest język aktów prawnych. Tyle mogę powiedzieć. Dziękuję.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Panie Przewodniczący, jeżeli można...)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak. Proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

My może byśmy zastanowili się nad tym, jak to ubrać w formę językową, która będzie lepsza do zastosowania w tym przypadku, tak żeby nie było wątpliwości, wspólnie z panią mecenas...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, naradzą się państwo.)

Tak może będzie lepiej niż w tym momencie to wykreślać, dlatego że będziemy mieli kłopot. Ja zgadzam się z panią mecenas, z punktu widzenia logiki, jak najbardziej, jeżeli jednak w ustawie w poszczególnych punktach zapisujemy, że wniosek coś zawiera, potem wypisujemy, co zawiera... To pacjent będzie wypełniał wniosek, a on niekoniecznie musi mieć wiedzę prawniczą, on po prostu będzie musiał taki wniosek wypełnić. Patrzę na to z tego punktu widzenia, chodzi o to, żebyśmy nie zrobili więcej krzywdy niż było z tego pożytku.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani Mecenas?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Ja proponowałbym, żebyśmy usiedli nad tym już po zakończeniu prac komisji...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dobrze.)

...bo przecież wnioski legislacyjne będzie można składać jeszcze podczas posiedzenia plenarnego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak. Ja myślę, że to jest taka... Jestem za tym, żeby przyjąć opcję pana ministra, żebyście państwo prawnicy ministerialni i senaccy doszli do jakiegoś uzgodnienia.

Kto jest za przyjęciem takiej propozycji w tej sprawie?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie, nie, zaraz będziemy głosować, tu chodzi o konkret.

(Senator Stanisław Karczewski: Tak, dobrze, tu się zgadzam.)

Chodzi o ten konkret, żeby tu otworzyć ścieżkę. Z tego, co rozumiem, jest przyzwolenie komisji. Jeśli nie usłyszę głosów sprzeciwu, uznam, że jest przyzwolenie komisji.

Dobrze, następna sprawa.

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

(Głos z sali: Pierwsza poprawka...)

Pierwsza poprawka została już zgłoszona, ministerstwo się zgadza, chodzi o zastąpienie...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Zamiast „uwzględnić” „rozpatruje”.)

Tak, zamiast wyrazu „uwzględnić” wyraz „rozpatruje”. Tak jest.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (7)

Jednogłośnie za. Dobrze.

Czy są jeszcze jakieś propozycje poprawek?

(Głos z sali: Tak.)

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję serdecznie.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

(Senator Stanisław Karczewski: ...zebrać wszystkie wnioski i głosować.)

Proponujemy, żeby w art. 1 pkt 5, w zmianie odnoszącej się do dodawanego art. 67d ust. 2 pkt 2...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Przepraszam, pkt 3...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jeszcze raz. Który to artykuł?)

(Głos z sali: Art. 67d.)

Art. 67d ust. 2.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ust. 2. Dobrze.)

W ust. 2 w pkt 3 po wyrazach „pkt 2”, czyli na samym końcu pktu 3, dodać wyrazy „oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich”.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

Chodzi o to, żeby wniosek mógł być złożony przez jednego ze spadkobierców, żebyśmy w przypadku śmierci pacjenta nie mieli do czynienia z sytuacją, w której wniosek będzie składany przez wszystkich spadkobierców, przez każdego ze spadkobierców osobno.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To jest art. 67d...)

Art. 67d ust. 2 pkt 3. Pkt 3 uzupełniamy o wyrazy „oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich”.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Przejmuję ją.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (6)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Jeden senator wstrzymał się od głosu. Poprawka została przyjęta.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję pięknie, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący, kolejna propozycja odnosi się do art. 67j ust. 2.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jedną sekundkę. Art. 67j. Tak? Bardzo proszę.)

Art. 67j ust. 2. Tutaj jest wskazany termin wydania orzeczenia przez komisję.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Trzy miesiące.)

Trzy miesiące, ale tak naprawdę to są dwa miesiące. Mimo że zakładaliśmy okres trzech miesięcy na wydanie orzeczenia, w tym momencie będą to tak naprawdę dwa miesiące, ponieważ pierwszy miesiąc to jest okres postępowania przygotowawczego, postępowania likwidacyjnego. W związku z tym proponujemy wyrazy „3 miesięcy” zastąpić wyrazami „4 miesięcy” i wtedy realnie będzie to jeden miesiąc na postępowanie likwidacyjne i trzy miesiące na rozpatrzenie wniosku przez komisję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Przejmujemy ją.

Kto jest za tym, żeby wydłużyć ten okres? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)

Dwóch senatorów wstrzymało się od głosu. Poprawka została przyjęta.

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

W art. 67k...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak. Ustęp?)

...proponujemy następujące zmiany. Proponujemy w ust. 6 dodać drugie zdanie w brzmieniu: „oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców, o którym mowa w art. 67d ust. 2 pkt 2, jest skuteczne wobec pozostałych”. Następnie proponujemy nadanie nowego brzmienia...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Skuteczne wobec pozostałych. Tak? Pani ma te poprawki? Dobrze.)

Następnie proponujemy nadać nowe brzmienie ust. 7 w tym samym artykule.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ust. 7. Tak.)

Już odczytuję jego treść: maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) w dwunastomiesięcznym okresie ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową wynosi 1 milion 200 tysięcy zł, z tym że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta wynosi 100 tysięcy zł, śmierci pacjenta wynosi 300 tysięcy zł w odniesieniu do jednego pacjenta.

To jest to, o czym mówiłem w trakcie dyskusji, mianowicie wprowadzenie maksymalnej kwoty gwarancyjnej, której przekroczenie będzie skutkowało wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej i koniecznością odnowienia ubezpieczenia.

Proponujemy też dodanie dwóch nowych ustępów w art. 67k, ust. 10 i ust. 11. Ust. 10 brzmiałby tak: w przypadku wyczerpania kwoty, o której mowa w ust. 7, lub niezawarcia umowy ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 25 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej, przepisy ust. 1–4, ust. 8 i ust. 9 w zakresie, w jakim dotyczą ubezpieczyciela, stosuje się do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. I ust. 11: minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń określi w drodze rozporządzenia szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 7, oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony interesów pacjenta oraz koniecznością przejrzystości w ustalaniu ich wysokości.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy są uwagi do tych poprawek? Nie ma.

Przejmuję je.

Kto jest za przyjęciem tych poprawek? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Jeden senator wstrzymał się od głosu. Poprawka została przyjęta.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze.

Proszę państwa, czy są jeszcze...

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Proponujemy jeszcze trzy drobne zmiany, Panie Przewodniczący. Mianowicie w art. 67l w ust. 2 proponujemy dodać...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Przepraszam. Który to artykuł?)

Art. 67l ust. 2.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, wojewódzka komisja itd.)

Proponujemy dodać pkt 3 w brzmieniu: cofnięcia pełnomocnictwa, o którym mowa w art. 67d ust. 2 pkt 2. Chodzi o to, że jeżeli jeden ze spadkobierców wycofa udzielone pełnomocnictwo, to oznacza, że rezygnuje z dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia przed wojewódzką komisją. Tak naprawdę to jest konsekwencja wcześniejszych zmian...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, wcześniejszych.)

...dotyczących spadkobierców i reprezentacji spadkobierców przed komisją. To jest cała poprawka.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pytam, czy są uwagi do tej poprawki. Nie ma.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Jeden senator wstrzymał się od głosu.

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

W art. 67m ust. 2...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak. Otrzymanie orzeczenia.)

Tak.

W ust. 2 w zdaniu drugim proponujemy zastąpić wyraz „i” przecinkiem, a po wyrazach „67h” dodać wyrazy „i 67j ust. 8 zdanie drugie”. To jest rozszerzenie przywołania...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Przywołanie.)

...z którym mamy do czynienia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy pani legislator ma uwagi? Nie ma.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Dziękuję.

Czy są jeszcze jakieś poprawki, Panie Ministrze?

(Senator Stanisław Karczewski: Ja się wstrzymuję.)

A, pan senator się wstrzymał.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Ostatnia propozycja...)

Poprawka została przyjęta, ale jeden senator wstrzymał się od głosu.

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Jeśli można, to już ostatnia propozycja. W art. 2...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Chwileczkę. Art. 2.)

To jest zmiana w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Proponujemy uchylić zmianę pierwszą i zmianę trzecią, czyli ograniczyć się tylko i wyłącznie do zmiany, która dzisiaj jest oznaczona jako zmiana druga.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jedną sekundkę. Art. 2. Tak? Jeszcze raz, Panie Ministrze.)

Proponujemy uchylić zmianę pierwszą i zmianę trzecią, a więc ograniczyć zakres zmian w ustawie o Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym. Ta zmiana wynika ze stanowiska Ministerstwa Finansów, a także Polskiej Izby Ubezpieczeń, które uznają, że tak szerokie zmiany w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych i Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym na okoliczność tej ustawy nie są potrzebne.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie są konieczne. Dobrze.

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka została przyjęta.

Koniec poprawek? Czy są jeszcze jakieś poprawki? Nie ma.

Proszę państwa, przez pana senatora Karczewskiego został zgłoszony wniosek najdalej idący, o odrzucenie ustawy. Zatem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Składasz ten wniosek?

(Senator Stanisław Karczewski: Tak. Zapowiedziałem jego złożenie.)

No to bardzo proszę, teraz jest pora.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja bym chciał zgłosić wniosek o odrzucenie tej ustawy z kilku powodów, o których już tu mówiliśmy. Ja je krótko tylko powtórzę.

Wydaje mi się, że lepszym rozwiązaniem byłoby, gdyby rząd przystąpił do reformy systemu sądownictwa i na tym gruncie mógł zrealizować niektóre przynajmniej postulaty środowiska lekarskiego, a także oczekiwania pacjentów. Pan minister używał tutaj takich sformułowań, które były w uzasadnieniu do tej ustawy. Mówił pan o skróceniu czasu oczekiwania, o pewności procesu, mówił pan o tym, że jest to pewnego rodzaju sprawdzenie czy test. Wydaje mi się, że... Mówiliśmy w czasie tej naszej dyskusji czy debaty o tym, że ta nowość może wywołać olbrzymie, wręcz lawinowo narastające oczekiwania ze strony pacjentów.

Chciałbym uzasadnić ten wniosek również tym, że nie ma konsensusu co do... No, pan minister mówił o wycofaniu się z zapisu dotyczącego błędu medycznego i tu-

taj była ta dyskusja, której wysłuchałem z dużym zainteresowaniem. Wydaje mi się, że ograniczenie tego tylko i wyłącznie do zdarzeń szpitalnych jest absolutnie nieuzasadnione. A jeśli chodzi o to, o czym pan minister mówił, czyli o udokumentowanie zdarzeń, to w tej chwili wszystkie zdarzenia medyczne, a więc i lecznicze, i diagnostyczne, po prostu wszystkie, muszą być i są dokumentowane, także w państwowym ratownictwie medycznym. A więc to jest, no, mocno chybiony argument. Ja nie mogę się z nim zgodzić i uważam, że to uzasadnienie jest wręcz... boję się użyć tego określenia, ale to powiem, Panie Ministrze, nielogiczne, no bo, jak mówię, każde zdarzenie w tej chwili jest w pełni dokumentowane i dlatego to, o czym pan minister mówił, nie ma żadnego uzasadnienia. Mam nadzieję, że tak jest to prowadzone również w innych ośrodkach, nie tylko w tym, w którym pracuję. Wszystkie zdarzenia – mówię zarówno o zdarzeniach leczniczych, jak i diagnostycznych – są dokumentowane.

Tak że ja wnoszę o odrzucenie tej ustawy w całości i taki wniosek oficjalnie składam.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Proszę państwa, to jest najdalej idący wniosek dotyczący tej ustawy, wobec tego zagłosujemy nad nim w pierwszej kolejności.

Kto jest za przyjęciem wniosku Stanisława Karczewskiego o odrzucenie tej ustawy w całości? (1)

Kto jest przeciw? (5)

Kto się wstrzymał? (0)

(Rozmowy na sali)

Wniosek został odrzucony.

Proszę państwa, głosowaliśmy nad poprawkami, a teraz przystępujemy do głosowania w sprawie przyjęcia ustawy w całości.

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

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (0)

Przy jednym głosie sprzeciwu projekt ustawy został przyjęty.

I teraz jeszcze wybór sprawozdawcy.

Zgłasza się pan Henryk Woźniak. Zatem proponuję, by sprawozdawcą był pan senator Woźniak.

Nie ma sprzeciwu. Tak?

Dziękuję bardzo.

Zamykamy, proszę państwa, punkt drugi posiedzenia Komisji Zdrowia.

Przystępujemy do rozpatrzenia punktu trzeciego.

Tę cześć obrad poprowadzi wiceprzewodniczący, pan Michał Okła.

Dziękuję bardzo.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępca przewodniczącego Michał Okła)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przechodzimy do rozpatrzenia kolejnej propozycji ustawy – ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Jest to rządowy projekt ustawy.

Bardzo proszę pana ministra Włodarczyka o przedstawienie tego projektu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, jeśli można, pracownicy departamentu rozdadzą państwu tekst proponowanych przez nas poprawek, żeby łatwiej nam było procedować, tak że proszę o chwileczkę przerwy technicznej.

(Rozmowy na sali)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Zasadniczym celem projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest wprowadzenie niezbędnych zmian w systemie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystry, zmian zmierzających do wyeliminowania narastających w ostatnim czasie problemów dotyczących kadry lekarskiej, z których najważniejsze to z całą pewnością długotrwały proces kształcenia podyplomowego od momentu uzyskania dyplomu wyższej uczelni do momentu uzyskania dyplomu lekarza specjalisty; brak pełnej samodzielności zawodowej lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów przez co najmniej kilka lat od ukończenia studiów; deficyt kadry lekarskiej, w tym specjalistów, a także obserwowane zagrożenie związane z tak zwaną luką pokoleniową, przede wszystkim wśród lekarzy specjalistów, o której to luce zresztą mówi się już od dłuższego czasu, niemniej poprzedni decydenci na te informacje nie reagowali; wreszcie migracja lekarzy szacowana na podstawie liczby zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu na terenie krajów Unii Europejskiej wydawanych przez samorząd lekarski.

Tak się szczęśliwie składa, że Polska jest w okresie przyjmowania ustaleń Unii Europejskiej ujętych w Karcie Bolońskiej, zobowiązującej kraje Unii Europejskiej do wprowadzenia nowych, nowoczesnych standardów nauczania, które dotychczas w polskich uczelniach, nie tylko medycznych, nie były realizowane, i do implementowania których do naszych przepisów, zgodnie z dyrektywami unijnymi, jesteśmy zobowiązani. Tak że szczęśliwie te dwie zmiany nakładają się w tym samym czasie.

Z informacji ogólnych to byłoby na razie tyle. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to ja bym chciał przejść już do procedowania samej ustawy. Myślę, że uzasadnienie zmian jest wystarczające.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Najpierw będą pytania do pana ministra, a później dopiero...

Kto z panów senatorów chce zadać pytanie?

Pan senator Karczewski, proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Być może moje pytania będą niezupełnie zgodne z tym, co usłyszeliśmy, być może pojawiają się pewne sprzeczności.

Panie Ministrze, no, nie ukrywam, że jestem przeciwny temu rozwiązaniu. Wydaje mi się, że ono zmierza do skrócenia kształcenia lekarzy. Szkoda, że nie usłyszałem tego fragmentu, w którym pan uzasadniał konieczność wprowadzenia tych zmian. Ja to przejrzę w protokole czy w stenogramie, zresztą, jak rozumiem, na posiedzeniu plenarnym pan minister będzie referował ten problem i wtedy będę mógł się zapoznać z tym uzasadnieniem. Ja jestem przeciwny temu rozwiązaniu, ponieważ z informacji, jakie posiadam, i z mojej praktyki wynika, że staż medyczny stanowi olbrzymią wartość, jeśli chodzi o kształcenie lekarza.

Analizując swoją karierę medyczną, przebieg pracy zawodowej, dochodzę do wniosku, że były dwa takie okresy, w których nauczyłem się najwięcej. Najwięcej nauczyłem się właśnie podczas stażu i później był taki krótki moment, kiedy pracowałem w jednej z klinik, gdzie też dużo się nauczyłem, no, nieważne, ale ten pierwszy okres po zakończeniu studiów to była taka intensywna szkoła życia, intensywna nauka, intensywne zdobywanie wiedzy, przede wszystkim wiedzy praktycznej. A proponowane przez państwa rozwiązanie odbierze młodym lekarzom możliwość takiego kształcenia czy doksztalcenia się.

Moim zdaniem zaproponowane przez państwa rozwiązanie zmierzające do tego, aby ten staż, ta praktyka odbywała się na szóstym roku studiów, jest z gruntu nielogiczne. O dostęp do pacjenta – przepraszam za to brzydkie określenie – możliwość nawiązywania kontaktu z pacjentem, zbierania wywiadu, badania, brania udziału w procesie leczenia dużo łatwiej w szpitalach innych niż kliniczne, gdzie uczestniczenie w obchodzie i kontakt studenta z pacjentem jest w znacznym stopniu ograniczony.

Ja będę wnosił o odrzucenie również tej ustawy, dlatego że uważam, że to jest bardzo, bardzo złe rozwiązanie. Żałuję, że ministerstwo nie poszło w kierunku organizacji stażu, bo na pewno w niektórych miejscach, w niektórych ośrodkach ten staż odbywa się w sposób niewłaściwy, nie spełnia oczekiwań itd. Na pewno do państwa docierały takie informacje, że w wielu miejscach jest bardzo dobrze, że i młodzi lekarze, i starzy lekarze, tacy jak ja, ze stażu byli bardzo zadowoleni. W moim odczuciu jest to skrócenie kształcenia lekarzy, a wszystkim nam powinno zależeć na tym, aby to kształcenie było na dobrym, wysokim poziomie, takim jak do tej pory. Wydaje mi się, że polscy lekarze byli dobrze przyjmowani w każdej części Europy i poza Europą. Bardzo żałuję, że państwo trochę zmieniacie ten system – no, nie wiem, czy trochę, powiedziałbym raczej, że to jest zasadnicza, bardzo istotna zmiana.

I na koniec pytanie. Nie ukrywam, że ono nie będzie przyjemne. Czy rząd chce skrócić szkolenie – bo ja tak to odbieram – również w innych dziedzinach, nie tylko na kierunkach lekarskich, ale i inżynierskich, i na wszystkich innych kierunkach studiów? Niewątpliwie jest to skrócenie kształcenia. Chciałbym się dowiedzieć, czy rząd zamierza również skrócić kształcenie w dziedzinie informatyki i w innych specjalnościach. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Senatorze, ponieważ pana senatora nie było, ja może powtórzę pewien fragment z wprowadzenia czy uzasadnienia podjęcia prac nad tą ustawą. Mianowicie zgodnie z zaleceniami Unii Europejskiej jesteśmy zobligowani do implementacji ustaleń Karty Bolońskiej, czyli do wprowadzenia nowych standardów uczenia na polskich uczelniach, i to nie tylko na uczelniach medycznych, ale również na innych uczelniach, na wszystkich kierunkach, na których nauczamy w Polsce.

W tym miejscu chcę się powołać na badania kanadyjskie przeprowadzone na absolwentach polskich uczelni, z których to badań wynika, że jeśli chodzi o poziom wiedzy, to absolwenci polskich uczelni nie ustępują absolwentom uczelni w innych krajach, ale wykazują braki w pewnych elementach niezbędnych do wykonywania zawodu w przyszłości. Chodzi o pewne czynniki behawioralne kontaktu z pacjentem, stosunków lekarza z lekarzem i współpracy lekarzy z przedstawicielami innych zawodów medycznych, umiejętności pracy w zespole, umiejętności kierowania zespołem czy wreszcie tak zwanych *professional skills*, których u nas, na polskich uczelniach się nie uczy. To są pewne zachowania, które w dzisiejszym świecie są niezbędne, i my jesteśmy zobligowani do wprowadzenia tych standardów.

Te standardy zostały pozytywnie ocenione przez rektorów polskich uczelni medycznych chociażby na ostatniej konferencji rektorów, w której brałem udział w ostatni weekend. I chcę panu powiedzieć, Panie Senatorze, że obawy, które prezentuje pan i część środowiska, nie są podzielane w chwili obecnej przez rektorów polskich uczelni medycznych. Chcę przypomnieć, że na trzydzieści jeden krajów Unii Europejskiej aż w dwudziestu jeden państwach nie ma stażu podyplomowego po kształceniu na kierunku lekarskim, a w dwudziestu dwóch krajach nie ma stażu podyplomowego w przypadku lekarzy dentyków. Chcę przypomnieć panu senatorowi, że w momencie, kiedy Polska stała się członkiem Unii Europejskiej, w związku z akcesją zobligowani byliśmy jako państwo do upracticznienia studiów lekarsko-dentystycznych. Wtedy też były obawy, wątpliwości z tym związane, to oczywiście wymagało działań i środków finansowych, niemniej takie upracticznienie zostało przeprowadzone ze znakomitym skutkiem. W tej chwili większość lekarzy dentyków nie widzi w ogóle potrzeby stażu podyplomowego, ponieważ to, co było kiedyś na stażu, oni mają tak naprawdę na studiach. Wreszcie chcę przypomnieć, że niecałe dziesięć lat temu w kraju, w którym kadra lekarska jest oceniana nie gorzej, niż kadra polska, a mianowicie w Niemczech, zlikwidowano staż podyplomowy i upracticzniono studia medyczne poprzez wprowadzenie większości elementów stażu podyplomowego do programu szóstego roku studiów. Tam również były obawy i wątpliwości. Ale ja nie słyszałem, i myślę że nikt z panów senatorów nie słyszał, żeby w związku z tym w Niemczech poziom kształcenia lekarzy uległ załamaniu czy pogorszeniu w stosunku do wcześniejszego.

Chcę przy okazji nadmienić, że od 2008 r., między innymi, w związku z Kartą Bolońską, trwają prace zespołu, który został powołany decyzją ministra nauki i szkolnictwa wyższego, pani minister Kudryckiej. Obecnie tym zespołem kieruje pani profesor Mirecka. Zespół przygotowuje program tych studiów z uwzględnieniem upracticznienia studiów medycznych i implementowania nowych standardów medycznych wynikających z Karty Bolońskiej. Jak powiedziałem, te zmiany są akceptowane przez rektorów polskich uczelni.

Chciałbym też zwrócić uwagę, że tak naprawdę... Nie chcę odnosić się do tego, że staż w jednych miejscach jest na wyższym poziomie, a w innych na niższym. To, do jakiej jednostki trafi absolwent, czy do tej na lepszym, czy na gorszym poziomie, i czy opiekun stażu jest zaangażowany w proces kształcenia, zależy oczywiście od tego, czy ten absolwent ma szczęście. Myślę jednak, że te same efekty można osiągnąć – tak uważają również rektorzy polskich uczelni medycznych – poprzez zmiany systemu kształcenia, a przede wszystkim poprzez wprowadzenie zasady, że nie tak jak dzisiaj na jednego lekarza asystenta przypada dwunastu, czternastu studentów medycyny, tylko trzech, maksimum czterech studentów. Ja z autopsji wiem... No, nie chciałbym się tu odwoływać do własnych wspomnień, niemniej jednak śmiem twierdzić, że jeżeli ktoś chce się nauczyć medycyny na studiach, to się nauczy. Śmiem również twierdzić, że lekarz po ukończeniu stażu podyplomowego w wielu sytuacjach ma takie same obawy, jak przed stażem. Tak naprawdę żeby uznać lekarza za doświadczonego lekarza, potrzeba nie tylko sześciu lat studiów i stażu podyplomowego, ale jeszcze wielu, wielu lat kształcenia podyplomowego. A pan senator jako chirurg wie doskonale, że chirurgia, którą obaj aktywnie uprawiamy, uczy, że pokora jest niezbędną na każdym etapie życia, niezależnie od tego, czy pracujemy w tym zawodzie piętnaście, dwadzieścia czy trzydzieści lat. Są takie sytuacje, kiedy mamy wątpliwości. I właśnie te standardy, o których mówi Karta Bolońska, są po to, żeby lekarz wiedział, w którym momencie należy zapytać mądrzejszego czy bardziej doświadczonego kolegę, żeby wiedział, jak współpracować z zespołem i nie zaszkodzić pacjentowi, a także by miał świadomość swoich ograniczeń, które występują zawsze, w przypadku każdego lekarza.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo panu ministrowi.
Pan senator Kraska, proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Panie Ministrze, tylko dwa rodzaje uczelni w naszym kraju kształcą w systemie sześcioletnim – uczelnie medyczne i wyższe seminaria duchowne. Jedni leczą dusze, inni leczą ciała. To, że te studia trwają aż sześć lat, wiąże się z tym, że ich program jest mocno przeładowany, zakłada przekazywanie bardzo wielu wiadomości. Dlatego, myślę, bez zmiany tego programu nie da się po prostu wprowadzić stażu na szóstym roku. Tak jak pan minister powiedział, trwają prace nad zmianą tego programu, i dobrze. Tyle że pojawiają się takie opinie rektorów, że zmiana tego programu będzie się wiązała, niestety, ze zwiększeniem kosztów dla uczelni medycznych. Rektor Uniwersytetu Warszawskiego określił te koszty na ponad 100 milionów zł czy nawet więcej, sto trzydzieści bodajże. Panie Ministrze, czy za zamianą programów tych studiów pójdą konkretne pieniądze dla uczelni medycznych, czy też ma to być realizowane w ramach tych budżetów, jakie uczelnie mają w tej chwili? Czy ministerstwo przewiduje jakieś konkretne pieniądze na dofinansowanie w tej mierze akademii czy uniwersytetów medycznych?

Drugie pytanie. LEP zostaje zastąpiony tak zwanym LEK. Czy pod względem merytorycznym te dwa egzaminy będą się czymś różniły?

I ostatnie pytanie. Ile czasu, minimum, będzie potrzebował lekarz, aby uzyskać specjalizację? W jakim okresie można tę specjalizację uzyskać najszybciej? W tej chwili jest to sześć lat. Czy to się zmieni – bo wchodzimy w system modułowy – czy też to nadal będzie okres sześcioletni? Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Może zacznę od końca. Po pierwsze, likwidacja stażu podyplomowego powoduje skrócenie tego okresu o prawie półtora roku. Po drugie, wprowadzenie systemu modułowego umożliwi lekarzowi uzyskanie tytułu specjalisty w ciągu pięciu lat od momentu rozpoczęcia specjalizacji, czyli tak naprawdę skracamy ten okres, w którym możliwe jest uzyskanie tytułu specjalisty, o prawie dwa i pół roku. Mało tego, dzięki wprowadzeniu systemu modułowego lekarz, który najpierw wybiera moduł podstawowy, co zdarza się niejednokrotnie, a w trakcie odbywania specjalizacji zmienia pomysł na życie, pomysł na specjalizację, nie traci lat, które by stracił w poprzednim systemie, bo musiałby zaczynać kolejną specjalizację od zera, i te lata przepracowane w ramach poprzedniej specjalizacji, która nie spełniła jego oczekiwań czy pragnień życiowych i zawodowych, po prostu tracił. Tak że to są rozwiązania, które z całą pewnością skracają okres potrzebny do osiągnięcia tytułu specjalisty. Poza tym te rozwiązania – mówię o kształceniu podyplomowym – są prawie stuprocentową realizacją postulatów samorządu lekarskiego, który w pracach ministerstwa bardzo aktywnie uczestniczył. I tu chciałbym złożyć na ręce pana prezesa podziękowania za tę współpracę.

Jeżeli chodzi o pierwsze pytanie, czyli o środki finansowe, to właściwie większość ostatniego spotkania z rektorami była poświęcona sprawom finansowym. Oczywiście, mamy świadomość, że ta zmiana będzie wymagała zwiększonych środków finansowych. Jedną z przesłanek decyzji o realizacji postulatu konferencji rektorów uczelni medycznych, polegającego na odsunięciu wejścia w życie tej reformy o rok, było uwzględnienie tych kwestii finansowych i spraw związanych z przygotowaniem programu, który tak naprawdę jest już gotowy. On jest gotowy, on w tej chwili czeka na zatwierdzenie przez kolegium rektorów, kolegium dziekańskie, i zostanie poddany kolejnym legislacyjnym obróbkom, jeśli można tak to nazwać. A co do konkretów, jeśli chodzi o finanse, to my już zwróciliśmy się do rektorów – właśnie na tej konferencji – z prośbą o dokładne ustalenie, w bilateralnych rozmowach pomiędzy Departamentem Nauki i Szkolnictwa Ministerstwa Zdrowia a kanclerzami i rektorami uczelni medycznych, o dokładne wyliczenie, przynajmniej o próbę dokładnego wyliczenia skutków finansowych. Przypomnę, że zgrubne dane podawane przez rektorów zakładają kwotę rzędu 500 milionów zł na całkowite wprowadzenie tych zmian systemowych, łącznie z wprowadzeniem Karty Bolońskiej, bo nie możemy od tego, że tak powiem, się odciąć, to też jest konieczne do wprowadzenia. Chcę jednak przypomnieć, że staż podyplomowy kosztuje rocznie około 160 milionów zł. Poza tym zmiany, o których mówimy, będą następować sukcesywnie, będą wchodziły kolejne roczniki studentów

w ciągu kolejnych lat, tak że mamy praktycznie pełne cztery lata na przygotowanie programu. Pierwsze dwa lata studiów w zasadzie nie ulegną zmianie, bo, jak pan senator znakomicie wie, to są lata nauki stricte teoretycznej, nauki podstaw medycyny: anatomii, histologii itd. To musi zostać i zostanie, tu nie będzie zmian. Tak więc mamy cztery lata na przygotowanie organizacyjne i logistyczne całej tej operacji. I my już zasugerowaliśmy rektorom, że po uzyskaniu tych obliczeń będziemy występować do ministra nauki i szkolnictwa wyższego...

(Sygnał telefonu komórkowego)

Przepraszam najmocniej.

...o maksymalną kwotę, jaką możemy uzyskać w budżecie na przyszły rok – jest mowa o czterdziestu paru dodatkowych milionach złotych. Oczywiście w następnych latach będziemy występować o kolejne środki niezbędne do przeprowadzenia tych zmian organizacyjnych, do tego, żeby przygotować polskie uczelnie medyczne do nowego systemu kształcenia.

Trzecie pytanie pana senatora...

(Głos z sali: LEP.)

Aha, ono dotyczyło lekarskiego egzaminu końcowego czy lekarsko-dentystycznego egzaminu końcowego, LEP i LDEP. Ja powiem tak, to jest kompromis, na który poszliśmy jako Ministerstwo Zdrowia, jako rząd, żeby wyjść naprzeciw oczekiwaniom zarówno Naczelnej Rady Lekarskiej, jak i środowisk młodych lekarzy. Pod względem merytorycznym egzamin będzie na tym samym poziomie, z tym że lekarski egzamin końcowy nie będzie warunkiem uzyskania dyplomu wyższej uczelni, to znaczy, jeżeli absolwent uczelni medycznej nie zda lekarskiego czy lekarsko-dentystycznego egzaminu końcowego, nie uzyska prawa wykonywania zawodu, uzyska natomiast dyplom uczelni i będzie mógł podjąć na ten okres pracę, na przykład, w firmie farmaceutycznej czy gdziekolwiek indziej, jako osoba z wyższym wykształceniem. Ten egzamin został zachowany na wniosek strony społecznej, która argumentowała, że pozwoli on, po pierwsze, na obiektywne rozdzielanie rezydentur, jako taki element ewaluacji aspirujących do rezydentury, a po drugie, na ocenę kształcenia na polskich uczelniach medycznych.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze chce zadać pytanie?

(Senator Ryszard Górecki: Ja mam pytanie.)

Proszę bardzo, pan senator Górecki.

Senator Ryszard Górecki:

Ja bym chciał nawiązać do naszych rozmów z panem ministrem w trakcie wcześniejszej debaty. Czy ministerstwo rozważa, żeby w przyszłości – bo na obecną chwilę nie jesteśmy jeszcze do tego przygotowani – wprowadzić także amerykański moduł kształcenia, gdzie są studia dwu-, trzyletnie z zakresu, powiedzmy, biologii medycznej, a potem jeszcze cztery lata kształcenia typowo zawodowego. To się dzieje w Polsce... Jak dyskutowaliśmy o tym, mówiliśmy nawet o rozważeniu takiej poprawki, która będzie doprecyzowywała pewne kwestie – pan minister rozmawiał o tym z panią dyrektorem.

Mówię o tym, żebyśmy to wzięli pod uwagę, chociażby z tego względu, że będziemy mieli coraz więcej kandydatów na studia z krajów unijnych czy w ogóle z zagranicy. Ja podam przykład. Mamy w tej chwili już pięćdziesięciu, sześćdziesięciu młodych ludzi, tak zwanych pomaturzystów, którzy uczą się języka polskiego w Olsztynie, chodzą do prywatnych szkół po to, żeby w przyszłym roku, po zdaniu egzaminu z języka polskiego i z języka angielskiego, dostać się na sześciolateczne studia. Ale Anglicy, Amerykanie, Szwedzi, którzy u nas studiuja, pytają, dlaczego u nas nie ma tego modułu czteroletniego. On już jest na niektórych uczelniach, na przykład, w Poznaniu czy w Warszawie. I uważam, że powinniśmy rozważyć wprowadzenie takiego modułu kształcenia w najbliższej przyszłości. To może być do wyboru: mogę wybrać system sześciolateczny, jaki jest w tej chwili, albo mogę zrobić tak, że jak skończę biologię medyczną, to potem idę jeszcze na cztery lata, jeśli spełniam kryteria przewidziane w Karcie Bolońskiej.

Mnie się podoba, że państwo to modernizujecie, choć tak naprawdę – pan minister mówił już o tym w odniesieniu do pytania zadanego przez pana senatora Karczewskiego – każdy, wydawałoby się, to odrzuci, uważając, że bez stażu niczego dobrego nie będzie. Ale jak się wpisze te wymogi, które są zapisane w Karcie Bolońskiej, że trzeba zmodernizować program od trzeciego do szóstego roku kształcenia, uwzględnić te praktyki, to ten człowiek na pewno będzie lepiej przygotowany do zawodu niż w sytuacji, gdy trafi na staż do jakiegoś powiatowego szpitala w jakimś małym miasteczku. I jak mu w tej sytuacji zaliczyć staż w miejscu, gdzie nie ma dobrego pod względem merytorycznym zespołu, który go wesprze? A dzięki temu rozwiązaniu będzie musiał spełniać pewne standardy. Ponadto przyjmujemy zasadę: wykonujesz zawód lekarza, ale musisz zdać jeszcze egzamin, pomimo że masz dyplom, a jak nie zdasz egzaminu, to nie będziesz wykonywać tego zawodu. Ja uważam, że ten system jest dobry, tym bardziej, że nawiązuje do standardów europejskich. Ale to tylko pytanie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Ja chciałbym przypomnieć Wysokiej Komisji, że dyrektywa unijna ściśle określa, że studia medyczne muszą trwać sześć lat i tego nie zmienimy. Ale jest oczywiście możliwy tak zwany *premedical*, czyli dwa lata kształcenia – minimum dwa lata – na kierunku chemicznym bądź biologiczno-chemicznym, a potem tak zwany czteroletni moduł studiów strictly medycznych. I takie rozwiązania proponują niektóre polskie uczelnie dla studentów anglojęzycznych. Na razie nie myśleliśmy ze względów i organizacyjnych, i, powiem wprost, finansowych o takiej zmianie prawa dla polskich studentów, bo musielibyśmy oczywiście zmienić prawo. Ale wyobrażam sobie, ilu by się znalazło – tak jak dzisiaj obrońców stażu – przeciwników tej zmiany, o jakiej mówi pan profesor, pan senator.

Senator Ryszard Górecki:

Chcę powiedzieć, Panie Przewodniczący, że nie będzie tu dużego sprzeciwu, tu nawet jest prośba, by taki moduł kształcenia wprowadzić. My dajemy tę możliwość

tylko studentom z zagranicy, uczącym się w języku angielskim. A dlaczego nie mielibyśmy umożliwić tego Polakom? Powtarzam, w Stanach Zjednoczonych to funkcjonuje bardzo dobrze. I jeśli do tego dojdzie... No, może to być nawet inicjatywa senatorów. Myśmy dyskutowali o tym bodaj w ubiegłym roku i już wówczas myśleliśmy, żeby zwołać jakieś posiedzenie specjalne, seminaryjne naszej komisji, powołać jakiś zespół, który by się tym zajął. Skoro wy już nad tym pracujecie, zmieniacie ten model... Tylko że w tym wypadku trzeba będzie pewne rozwiązania prawie że skopiować, że tak powiem. I jeśli uczelnie będą chciały, na przykład, wprowadzić licencjat z biologii medycznej, to proszę bardzo, tylko że po spełnieniu pewnych standardów. Dzisiaj wydziały, które mają uprawnienia habilitacyjne, mogą tworzyć kierunek biologia medyczna. W ten sposób przygotowuje się naprawdę dobrych kandydatów na medycynę. Oni się muszą zdecydować na studia trwające nawet o rok dłużej, ale są naprawdę porządnymi kandydatami, dobrze się doksztalają i idą w kierunku właściwego zawodu, którego się uczą.

Dlatego bym to rozważył i dlatego proponuję...

(*Głos z sali: To nie dotyczy tej ustawy.*)

Ja wiem, że to nie dotyczy tej ustawy, ale dotyczy kształcenia, a o tym tu mówimy. Jasne, że nie dotyczy tej ustawy.

Gdybyście jednak podyskutowali z rektorami uczelni medycznych, to wtedy można byłoby taką inicjatywę rozważyć. Dzięki takiemu rozwiązaniu my się jeszcze bardziej otworzymy na świat, będziemy przyciągali więcej studentów z zagranicy, dzięki czemu, nie ukrywam, uczelnie medyczne będą miały dużo więcej wsparcia finansowego. To jest moja opinia, a ja często na ten temat dyskutuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Seria pytań została zakończona.

Bardzo proszę, przechodzimy do...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

A nie, przepraszam, jeszcze pan minister. Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, chciałbym odpowiedzieć panu senatorowi.

Ja oczywiście przekażę sugestie pana senatora pani minister zdrowia, Ewie Kopacz. My w tej chwili nie mamy takich planów, ale kto wie, czy nie będziemy rozważać tego w przyszłości. Ja chciałbym tylko przypomnieć, że niedługo kończy się kadencja parlamentu, pewnie i rządu, więc trudno mówić o planach na przyszłość. No, ja nie chciałbym się tu bawić w ośrodek badania opinii publicznej i przewidywać, kto wygra wybory, kto będzie ministrem zdrowia. A na dzień dzisiejszy to rozwiązanie jest niemożliwe, bo najpierw musielibyśmy mieć te studia, prestudia, nadać tytuł bakałarza – bo po tych dwuletnich czy trzyletnich studiach uzyskuje się, według terminologii anglosaskiej, tytuł *bachelor degree* – tak że to jest kwestia na bliżej nieokreśloną przyszłość.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Karczewski, proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

W kontekście poprzedniej wypowiedzi pana ministra chciałbym zadać następujące pytanie. Kolegium rektorów uczelni medycznych było przeciwne temu projektowi od samego początku. Proszę mi powiedzieć, czy to tylko i wyłącznie element finansowy zadecydował o zmianie ich stanowiska, czy także jakieś inne argumenty wpłynęły na to, że kolegium zmieniło zdanie?

Tak na marginesie, w związku z wypowiedzią pana senatora Góreckiego, choć tak jak powiedział pan przewodniczący, to nie dotyczy przedmiotu naszych obrad, a więc tej ustawy, bardzo bym prosił pana ministra czy panią dyrektor o informację – nie teraz oczywiście, to może być w późniejszym terminie – na temat zwiększającej się liczby studentów zagranicznych kształcących się na naszych uczelniach. Chciałbym wiedzieć, czy jest to systematyczny wzrost. Rozumiem, że oni przyjadą, zapłacą i pojadą. Mamy z tego relatywnie małą korzyść. Uczelnie – tak, ale społeczeństwo – nie. Chciałbym zapytać, czy dużo jest takich studentów, czy ich liczba wzrasta, w jakim tempie, jaka jest tendencja. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Jeśli chodzi o drugie pytanie, dotyczące studentów anglojęzycznych, to ja w tej chwili nie dysponuję takimi danymi, bo nie byłem przygotowany na to pytanie. Mogę tylko powiedzieć, że tendencja jest raczej wzrostowa – kolejne uczelnie przymierzają się do otwierania tak zwanych *English division*.

Pierwsze pytanie dotyczyło tego, co spowodowało zmianę stanowiska rektorów polskich uczelni medycznych. Otóż ja sobie przypominam, chociażby z posiedzenia Komisji Zdrowia w Sejmie, że to stanowisko w sprawie projektu nie było do końca negatywne. Z całą pewnością na zmianę stanowiska rektorów miały wpływ zmiany, które poczyniliśmy w tej ustawie, a mianowicie przesunięcie terminu wprowadzenia ustawy w życie i pozostawienie lekarskiego egzaminu, to znaczy, wprowadzenie lekarskiego egzaminu końcowego i lekarsko-dentystycznego egzaminu końcowego. No i wreszcie siła przekonywania, powiedziałbym, pani minister Ewy Kopacz – to też z całą pewnością miało znaczenie, a także pewne uspakajające informacje na temat finansowania tych wszystkich zmian. Tak jak powiedziałem, pierwszym, podstawowym problemem dla rektorów uczelni medycznych były środki finansowe, a drugim problemem – baza medyczna. Dlatego proponujemy pewne rozwiązania, które wychodzą naprzeciw oczekiwaniom rektorów. Mianowicie jedną z ostatnich decyzji minister zdrowia, pani Ewy Kopacz, była decyzja o powołaniu zespołu i podjęciu prac nad

ustawą o szpitalach klinicznych i tak zwanych *teaching hospitals*. Chcemy stworzyć specjalną ustawę dla tych szpitali. Pewne propozycje wynikają ze zmiany finansowania świadczeń medycznych przez narodowego płatnika, czyli NFZ. Dzięki ustawie o jakości świadczeń, której projekt jest już w zasadzie gotowy, będziemy mogli premiować szpitale kliniczne, czyli te, które leczą powikłania, kosztem tych, które powikłania tworzą. To wszystko są sprawy, o których na tej konferencji rozmawialiśmy. Jest jeszcze kwestia uzgodnień, które są w tej chwili prowadzone, między ministrem obrony narodowej i ministrem spraw wewnętrznych i administracji, dotyczących części bazy szpitalnej podległej tym dwóm resortom, tak że ta baza jednostek uczących zwiększyłaby się w sposób znaczący. Wszystkie te argumenty przekonały rektorów do pozytywnego wejścia w nasze propozycje.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Pan prezes Konstanty Radziwiłł, proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo, przede wszystkim chciałbym potwierdzić to, co powiedział pan minister, i podziękować za bardzo dobrą współpracę, trwającą zresztą od wielu lat.

To rozwiązanie w zakresie przebudowy systemu specjalizowania się lekarzy i lekarzy dentyków jest owocem wieloletniej pracy. Można powiedzieć, że znaczna część objętości dokumentu, w sprawie którego państwo będą podejmować decyzje, dotyczy przede wszystkim specjalizowania się. Zamiana tego dwustopniowego czy dwuobszarowego systemu specjalizowania się w dziedzinach podstawowych i szczegółowych na system tak zwany modułowy wydaje się dobrym rozwiązaniem, nowoczesnym, idącym we właściwym kierunku. Oczywiście, jeśli chodzi o szczegóły, to istotna tu będzie jeszcze kwestia tego, jak to zostanie ujęte w rozporządzeniu, które będzie bardzo ważnym elementem dopełniającym te przepisy, ale można powiedzieć, że te wprowadzane tutaj rozwiązania wzbudzają optymizm. Nie można nie zauważyć tego, że lekarski egzamin końcowy albo lekarsko-dentystyczny egzamin końcowy, tak jak wspomniał pan minister Włodarczyk, jest owocem rozsądnego kompromisu. Dzięki Bogu nie doszło do wyrzucenia egzaminu kończącego edukację podstawową lekarza i lekarza dentystry z jego curriculum. Bardzo dobrze, że tak się nie stało. A zmiana nazwy, czy to się ma nazywać LEP, czy LEK... no, jakieś szczegóły zawsze można poprawić. Tak że wydaje się, że to jest dobre.

Niemniej jednak chciałbym powiedzieć, że podzielam te wątpliwości, które były tu już zgłaszane. Zamiar likwidacji stażu podyplomowego lekarza, a przede wszystkim lekarza dentystry spotkał się z bardzo ostrym sprzeciwem samorządu lekarskiego. Rzeczywiście statystyka wygląda tak, jak powiedział pan minister Włodarczyk – nie we wszystkich krajach ten staż jest. Jeśli można użyć takiego określenia, w lepszych krajach, tam, gdzie poziom tej edukacji jest oceniany lepiej, na ogół staż albo jakieś jego elementy są, bo to nie zawsze jest staż na takich zasadach jak w Polsce. I w związku z tym proponowałbym patrzeć raczej na lepsze wzorce, niż na te, które dla nas nie są specjalnie, że tak powiem, atrakcyjne. To po pierwsze.

Po drugie, nie mogę oprzeć się pewnej refleksji na temat procesu bolońskiego, który był tutaj wspominany kilkakrotnie. Proszę państwa, proces boloński, który zakłada kilka rzeczy, to znaczy, wprowadzenie systemu punktów kredytowych ECTS, kontrolę jakości kształcenia, promocję programów mobilności studentów i promocję kształcenia przez całe życie, jest jak najbardziej godny poparcia. Zwracam jednak uwagę, że to, o czym mówił pan profesor, pan senator Górecki, to znaczy ewentualny podział studiów na te dwa etapy, czyli licencjacki i magisterski, jest, powiedziałbym, powszechnie odrzucany w Europie, jeżeli chodzi o medycynę. I ja bardzo bym przestrzegał przed pójściem w tym kierunku. Ja rozumiem, że to nie jest przedmiotem tej ustawy, ale ponieważ była rozmowa na ten temat, to chciałbym powiedzieć, że zarówno większość państw, jak i większość instytucji międzynarodowych, także międzynarodowych organizacji lekarskich, jest zdecydowanie przeciwna temu, żeby wprowadzać do Europy podział studiów medycznych na te dwa etapy, choćby ze względu na to, że nie za bardzo wiadomo, kim miałyby być ten licencjat medycyny. Ale to jest poboczna sprawa.

Proszę państwa, mówi się często, że skrócenie czasu podstawowego kształcenia lekarza ma prowadzić do zwiększenia liczby lekarzy. Z arytmetyki jednak wynika, że będzie tylko jeden taki rok, bodajże 2014, i to będzie bardzo trudny rok, bo na rynku pracy zbiegną się dwa roczniki: jeden, który skończy studia i pójdzie do pracy, i drugi, który pójdzie do pracy po stażu. Będzie to niewątpliwie bardzo trudny moment dla tych dwóch roczników, ponieważ prawie pięć tysięcy osób w tym samym czasie będzie próbowało dostać miejsce specjalizacyjne i to już samo w sobie będzie problemem. A w następnym roku liczba nie będzie już się zwiększać – to wynika z oczywistej arytmetyki. Jeżeli chcemy zwiększać liczbę lekarzy w Polsce, to z całą pewnością jest na to tylko jeden sposób: trzeba zwiększać liczbę miejsc na studiach medycznych, nie ma innego wyjścia. A wydaje się, że w tym kierunku państwo robi za mało.

Jak się przyjrzeć programowi, zwłaszcza szóstego roku studiów, który ma być bardzo praktyczny, to pojawia się mnóstwo bardzo praktycznych problemów. Po pierwsze, jeżeli te zajęcia mają się odbywać w bazie szpitalnej, którą dysponują uczelnie medyczne w tej chwili, to ta baza jest po prostu niewystarczająca. Na staże lekarze rozjeżdżają się po całej Polsce, zresztą to bardzo dobrze, dlatego że praktyczne kształcenie uzupełniające te teoretyczne podstawy zdobyte w czasie studiów powinno odbywać się w warunkach podstawowego leczenia, a nie superspecjalistyki, z jaką studenci mają do czynienia w szpitalach uniwersyteckich, bo taki tam jest profil pacjentów. A zatem to jest pierwsze pytanie: czy oni rzeczywiście będą się uczyć tego, co potrzeba.

Po drugie, niewątpliwie pojawi się problem liczby osób przypadających na jednego pacjenta, na jedno łóżko. To będzie problem praktycznie nierozwiązywalny. Gdyby tych studentów chcieć wysłać gdzie indziej, do innych szpitali, to pojawi się problem dodatkowych finansów, bo przecież szpitale, a zwłaszcza szpitale, które w międzyczasie będą przekształcać się w spółki, nie przyjmą tych studentów za darmo. W dodatku te szpitale nie są przygotowane do kształcenia, także jeśli chodzi o kadre, tam nie ma przecież nauczycieli akademickich. A zatem można postawić pod znakiem zapytania, i to naprawdę dużym, kwestię jakości kształcenia tych studentów, którzy będą mieli tak zwane praktyki czy praktyczne zajęcia na szóstym roku. Obawiamy się, że może to być po prostu, no, strata czasu, a w dodatku nie będzie już tego

praktycznego roku, gdy młodzi lekarze mają już swoją odpowiedzialność i mają możliwości działania.

Jest jeszcze jeden aspekt sprawy, na który chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie praktyka studenta i praktyka lekarza, nawet z ograniczonym prawem wykonywania zawodu, tak jak w przypadku dzisiejszego stażysty, różnią się w sposób zasadniczy, jeżeli chodzi o drugą stronę, to znaczy, jeżeli chodzi o pacjenta. Pacjent ma prawo odmówić bycia badanym przez studenta, ma prawo wyprosić studenta z sali, w której przebywa, nie ma natomiast takiego prawa wobec lekarza, nawet lekarza stażysty.

I kolejne pytanie: jaka będzie odpowiedzialność studentów, którzy w jakiś sposób przedostaną się do tych pacjentów? Dzisiaj to już nie są te czasy – czasy większości z nas siedzących tej na sali – gdy student operował pod okiem starszego kolegi lekarza i wszyscy przymykali na to oko. Dzisiaj jeżeli nie daj Boże dojdzie do błędu, nie będzie żadnej litości, no i będzie kwestia ustalenia winnego, ustalenia odpowiedzialności cywilnej. Wydaje się, że to są problemy, których ta ustawa zupełnie nie rozwiązuje, ba, prawdopodobnie rozwiązać nie może. Stąd tak bardzo atrakcyjny w rozwoju zawodowym lekarza – a jeszcze bardziej lekarza dentysty – jest staż z ograniczonym prawem wykonywania, ale jednak z prawem wykonywania, zawodu lekarza lub lekarza dentysty.

W związku z całą tą sprawą w imieniu samorządu lekarskiego... Aha, chciałbym powiedzieć jeszcze jedno. Tutaj były dywagacje na temat tego, dlaczego rektorzy zmienili zdanie. Nie mnie sądzić, dlaczego zmienili, ale rzeczywiście przez cały czas byli przeciwni. Trzeba jednak powiedzieć, że przeciwny temu rozwiązaniu, czyli likwidacji stażu podyplomowego, jest nie tylko samorząd lekarski w postaci Naczelnej Rady Lekarskiej, ale i wszystkie albo prawie wszystkie okręgowe izby lekarskie, które w czasie okręgowych zjazdów lekarzy podejmowały negatywne stanowiska w tej sprawie. Negatywne stanowisko w tej sprawie zajęła konferencja prezesów naukowych towarzystw lekarskich, przyjęte prawie jednogłośnie. Negatywne stanowisko mają także młodzi lekarze – to też jest bardzo ciekawe, ponieważ zakładano, że oni by chcieli szybciej iść do pracy, ale oni się po prostu boją tego okresu i wiedzą, że w momencie otrzymania dyplomu nie są przygotowani do tego, żeby wejść do szpitala i zająć się pacjentami samodzielnie, na własny rachunek. Tak naprawdę trudno znaleźć tych, którzy to rozwiązanie popierają. Oczywiście w środowisku, które liczy ponad sto tysięcy ludzi, są odosobnione przypadki osób przeciwnego zdania, ale jeżeli chodzi o poważne gremia i instytucje, to trudno byłoby znaleźć kogoś, kto by popierał to rozwiązanie polegające na likwidacji stażu.

A zatem, generalnie widząc bardzo wiele dobrych aspektów tej ustawy i widząc sens jej popierania w znacznej mierze, prosiłbym, jeśli można – ja zdaję sobie sprawę, że to jest już ostatnie wołanie, ostatni moment – państwa senatorów o to, aby wystąpić z inicjatywą zmiany w tym zakresie. To znaczy, tutaj zmian bardzo dużo nie trzeba, chodzi przede wszystkim o zmiany dotyczące art. 5, zmierzające do tego, żeby przywrócić jako jeden z warunków otrzymania pełnego prawa wykonywania zawodu odbycie stażu podyplomowego bądź też uznanie stażu odbytego za granicą. I w zasadzie tym wnioskiem chciałbym skończyć.

Jest jeszcze jedna, drobna sprawa, choć dla lekarzy bardzo istotna. A mianowicie w tej ustawie, tak jak i we wszystkich dotychczasowych nowelizacjach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, brakuje jednego rozwiązania, o którym muszę

tutaj, jako przedstawiciel samorządu, wspomnieć. Otóż brakuje realizacji postulatu, który my zgłaszamy od bardzo dawna. Nasz postulat dotyczy uznania kosztów kształcenia podyplomowego za koszt uzyskania przychodu lekarza. Proszę państwa, nie tylko etyka lekarska, oczywiście, ale i państwo polskie nakłada w tej ustawie na pewną grupę obywateli, na lekarzy i lekarzy dentystów, obowiązek ustawicznego doskonalenia zawodowego. Nie wszyscy obywatele w Polsce taki obowiązek mają, a ta grupa zawodowa ma. I jeżeli państwo nakłada taki obowiązek na lekarzy i lekarzy dentystów, to powinno ich w tym zakresie w jakiś sposób wesprzeć. Ponieważ to doskonalenie kosztuje, jedną z takich rzeczy, jakie państwo mogłoby uczynić, jest wprowadzenie rozwiązania polegającego na tym, żeby ta grupa lekarzy i lekarzy dentystów miała prawo do odliczania ponoszonych przez siebie kosztów doskonalenia zawodowego, związanych z realizacją tego obowiązku, od podstawy opodatkowania. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Czy pan minister chciałby się odnieść do tej wypowiedzi?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk: Oczywiście.)

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Może zacznę od końca. Panie Przewodniczący, Panowie Senatorowie, Panie Prezesie, nieprawdą jest, że tylko i wyłącznie lekarze mają ustawowy obowiązek ustawicznego kształcenia. Również inne zawody, chociażby zawody prawnicze, taki obowiązek mają nałożony i tego przywileju, tej ulgi podatkowej te zawody nie mają. Podobne obowiązki mają pielęgniarki i położne, farmaceuci, diagności laboratoryjni. To nie znaczy, że mnie jako lekarzowi nie byłoby miło, gdyby takie rozwiązanie zostało wprowadzone. Ale proszę wziąć pod uwagę, że my musimy pamiętać, że żyjemy tu i teraz, mamy kryzys, mamy taką, a nie inną sytuację finansową, budżetową, i ministra finansów i budżetu państwa w tej chwili na to rozwiązanie po prostu nie stać.

Jeśli chodzi o stwierdzenie, że w krajach, gdzie medycyna jest na najwyższym poziomie, staż podyplomowy jest, to ja bym z nim polemizował. Pozwolę sobie podać państwu aktualne dane, uzyskane od koordynatorów krajowych i z opracowania British Medical Association. W Austrii nie ma stażu podyplomowego, w Belgii nie ma stażu podyplomowego, w Czechach nie ma stażu podyplomowego, we Francji nie ma stażu podyplomowego, w Hiszpanii nie ma stażu podyplomowego, w Grecji nie ma stażu podyplomowego, w Liechtensteinie nie ma stażu podyplomowego, w Niemczech nie ma stażu podyplomowego, w Holandii nie ma stażu podyplomowego, w Portugalii nie ma stażu podyplomowego, w Słowacji nie ma stażu podyplomowego, w Szwajcarii nie ma stażu podyplomowego, na Węgrzech nie ma stażu podyplomowego, we Włoszech nie ma stażu podyplomowego. Ja polemizowałbym z tezą, że medycyna w tych krajach, które wymieniłem, jest na gorszym poziomie niż w Polsce.

Jeżeli chodzi o argument, że nie tylko pieniądze są potrzebne do przeprowadzania prawidłowego szkolenia przyszłych lekarzy, to oczywiście ministerstwo się z tym zgadza. Jak już powiedziałem, na konferencji rektorów rozmawialiśmy na temat możliwości przejścia czy zagospodarowania bazy szpitalnej likwidowanej służby zdrowia

Ministerstwa Obrony Narodowej. Mamy także nadzieję na dotrzymanie przez pana ministra Millera deklaracji, że ten przeżytek komunistyczny, jakim jest służba zdrowia MSWiA, również zostanie zlikwidowany i te szpitale zostaną przekazane jednostkom, które o to wystąpią. Wówczas ta baza zdecydowanie się powiększy. Tak jak mówiłem, my planujemy pewne rozwiązania legislacyjne, które mają zachęcić do tego, żeby tam, gdzie jest baza obca, dyrektorzy nie stawiali wygórowanych warunków finansowych na zasadzie: tak, będę miał u siebie klinikę, ale zapłaćcie mi za to duże pieniądze. Myślę, że doprowadzimy do takiej sytuacji, jak w krajach cywilizowanych, gdzie dyrektorom szpitali po prostu się opłaca – a niektórzy o tym marzą – żeby mieć u siebie kliniki akademickie i szkolić młodych ludzi.

Chcę powiedzieć, że pewne problemy, o których mówił pan prezes Radziwiłł, występują i dzisiaj. Dzisiaj również jest problem ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Dzisiaj również mamy problemy z pacjentami, którzy mają określone uprawnienia i mogą z nich korzystać. Dzisiaj również lekarzowi stażysta pacjent może powiedzieć: nie, ja sobie nie życzę, żeby mnie badał czy był obecny przy moim zabiegu operacyjnym lekarz stażysta, tak jak może sobie nie życzyć, żeby był obecny student. W tym miejscu chcę przypomnieć, że w ustawie o działalności leczniczej, którą niedawno Wysoka Izba przyjęła, zawarte zostały regulacje umożliwiające studentom zdobywającym kwalifikacje do wykonywania zawodu udzielanie świadczeń zdrowotnych. Tak że to rozwiązanie w komplementarnej ustawie zostało wprowadzone i przygotowane. Ja myślę, że część tych obaw wynika po prostu z wieloletniego przyzwyczajenia i generalnie niechęci wielu osób do pewnych zmian.

Jeśli chodzi o organizacje, które są przeciwne stażowi podyplomowemu, to, proszę państwa, na trzydziestu ośmiu konsultantów obecnych na jednej z konferencji w Ministerstwie Zdrowia, która miała miejsce niedawno, trzydziestu siedmiu poparło w ankiecie proponowane zmiany i reformę systemu kształcenia na polskich uczelniach medycznych. Jeżeli chodzi o organizacje wymienione przez pana prezesa Radziwiłła jako przeciwne, to powiedzmy sobie wprost: okręgowe izby lekarskie to samorząd lekarski, nie oddzielajmy naczelnej izby od okręgowych izb lekarskich, bo to jest ten sam samorząd. Organizacje młodych lekarzy działają również przy samorządzie, konferencja tych towarzystw też jest kontrolowana przez samorząd lekarski. Powiedziałbym, że to wszystko samorząd w jakimś sensie kontroluje czy ma wpływ na głos tych organizacji, dlatego one mówią jednym głosem, i tak samo jak samorząd w tej sprawie mówią: nie.

A jeśli chodzi o opinie młodych lekarzy, to namawiałbym pana prezesa do wejścia na strony internetowe portali społecznościowych, takich na przykład jak Konsylium24.pl. Państwa senatorów również namawiam do poczytania uwag tych młodych ludzi. Ja nie liczyłem, bo nie miałem na to czasu, ale myślę, że ponad 50% młodych lekarzy wypowiadających się na tych portalach społecznościowych jest za zniesieniem stażu podyplomowego. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Na tym zakończylibyśmy dyskusję. Bardzo proszę...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale pytania już były... No dobrze, proszę bardzo, w drodze wyjątku.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Panie Ministrze, mam pytanie, które pewnie nie dotyczy bezpośrednio tej ustawy, ale jest istotne. Otóż jest pewna grupa lekarzy z tak zwaną jedyneką, czyli z pierwszym stopniem specjalizacji. Co się z nimi dalej stanie, jaki będzie teraz ich statut w służbie zdrowia? Czy to będą, nie wiem, felczerzy, według starej nomenklatury, czy będą to lekarze, którzy mogą kontynuować swoją specjalizację? Czy jakiś moduł będzie im zaliczony? Może pan nam to przybliżyć? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze!

Bardzo dziękuję za to pytanie. Ja powiem tak, dzięki wniesionej w Sejmie przez grupę posłów Platformy Obywatelskiej poprawce umożliwia się wprowadzenie pewnych rozwiązań legislacyjnych, a mianowicie umożliwia się nam nowelizację rozporządzenia. My w ministerstwie przygotowujemy w tej chwili rozwiązanie polegające na wprowadzeniu tak zwanej krótkiej ścieżki. Po raz kolejny, bo już kiedyś takie rozwiązanie było, chociaż w znacznie mniejszym zakresie, chcemy umożliwić dwudziestu paru tysiącom lekarzy posiadających tylko pierwszy stopień specjalizacji według starego systemu – podkreślam, tylko, bo są lekarze, którzy mają tytuł specjalisty i jedynekę w jakiejś innej specjalności, i do nich to nie jest adresowane – otwieramy krótką ścieżkę. Przez trzy lata będzie można zdawać dwukrotnie egzaminy specjalizacyjne – pierwszy taki egzamin będzie już na jesieni tego roku – bez konieczności odbywania tych wszystkich staży kierunkowych, które są wymagane, na podstawie doświadczenia, jakie mają ci lekarze, co będzie weryfikowane przez Centrum Egzaminów Medycznych czy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Oni będą zdawali egzamin. Mało tego, wprowadzamy, Panie Senatorze, pewną nowinkę, która, myślę, wychodzi naprzeciw oczekiwaniom lekarzy, jak również Centrum Egzaminów Medycznych. Rozdzielamy egzamin teoretyczny od egzaminu testowego. Dzisiaj lekarz, który nie zdał... Ja pomijam już to, że w ogóle wprowadzamy możliwość wielokrotnego zdawania egzaminów specjalizacyjnych dla wszystkich lekarzy, czyli nie będzie limitu czterech podejść, jak dotychczas, tylko lekarz będzie mógł zdawać egzamin specjalizacyjny, czyli PES w nieskończoność. W tej ustawie wprowadzamy również możliwość powtarzania tylko jednego z tych egzaminów. Dotychczas w przypadku, gdy lekarz oblał ustny egzamin teoretyczny, a miał zaliczony egzamin testowy, musiał powtarzać oba egzaminy, co oczywiście powodowało konieczność ponownego przygotowywania się, narażało koleżanki i kolegów na stres związany z tym egzaminem i implikowało koszty dla Centrum Egzaminów Medycznych, które musiało dla pewnej grupy ludzi przygotować egzamin testowy. Proponowane rozwiązanie, jeśli państwo przyjmiecie tę ustawę, spowoduje, że osoba, która z wynikiem pozytywnym złożyła egzamin testowy, a oblała tylko egzamin ustny, będzie mogła powtarzać w następnej sesji tylko egzamin ustny. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do głosowania.

Ponieważ w czasie dyskusji senator Karczewski złożył najdalej idący wniosek o odrzucenie ustawy w całości, w związku z tym najpierw głosujemy nad tym wnioskiem, a w razie jego odrzucenia będziemy głosować nad poprawkami.

Kto z panów senatorów jest za przyjęciem wniosku o odrzucenie ustawy? (2)

Kto jest przeciw? (4)

Kto się wstrzymał? (0)

Wniosek nie został przyjęty, w związku z tym przechodzimy do...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Wniosek mniejszości? Bardzo proszę.

Rozumiem, że pan senator Kraska podpisuje się pod wnioskiem mniejszości.

Tak?

Przechodzimy do procedowania poprawek.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, mam pytanie, czy Biuro Legislacyjne będzie zgłaszało oddzielnie proponowane poprawki, czy też będziemy procedowali poprawki w kolejności artykułów ustawy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Zanim przystąpimy do omawiania poprawek, poproszę jeszcze o opinię pana legislatora.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Maciej Telec:

Dziękuję bardzo.

Biuro Legislacyjne przedstawiło swoje uwagi w opinii szczegółowej wraz z propozycjami poprawek. Czy mam je omówić po kolei?

Nie wiem, czy pan minister widział moje poprawki.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Tak, Panie Mecenasie, i uważamy, że w większości proponowane przez pana poprawki są zasadne, może poza jedną...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proponuję rozpatrywać je po kolei.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Pierwsza poprawka dotyczy doprecyzowania określenia „podmiot leczniczy”. Ponieważ pojawia się ono po raz pierwszy w systemie w ustawie o działalności leczniczej, chodziłoby o to, aby w tym zakresie odesłać do tej ustawy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Przyjmujemy tę poprawkę, akceptujemy ją.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

W art. 1 w pkt 1 w ust. 3 po wyrazach „podmiotem leczniczym” dodaje się wyrazy „o którym mowa w art. 4 ustawy o działalności leczniczej”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Poprawka została przyjęta.
Bardzo proszę.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Kolejna poprawka dotyczy art. 6 ust. 1a ustawy. Ten przepis mówi, że do uzupełnienia braków formalnych wzywa okręgowa izba lekarska, podczas gdy okręgowa izba lekarska działa przez swoje organy, w tym wypadku zapewne chodzi o radę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, przyjmujemy tę poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.
Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.
Bardzo proszę, Panie Mecenasiu.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Kolejna uwaga zapisana w pktcie 3 nie zawiera propozycji poprawki, lecz wątpliwość dotyczącą pozycji ustrojowej Centrum Egzaminów Medycznych. Na podstawie tej nowelizacji Centrum Egzaminów Medycznych zyskuje bardzo istotną pozycję w procesie kształcenia studentów i lekarzy, a w szczególności dyrektor centrum, który organizuje egzaminy, rozpatruje zastrzeżenia do egzaminów i może je unieważniać. Zgodnie z art. 14 ust. 1 Centrum Egzaminów Medycznych działa na podstawie przepisów odrębnych, a te przepisy odrębne to zarządzenie ministra zdrowia, czyli akt o charakterze wewnętrznym, który zgodnie z konstytucją nie może być źródłem praw i obowiązków dla obywateli ani nie może być do obywateli adresowany. Wobec takiej konstrukcji mogą pojawić się wątpliwości, czy umocowanie Centrum Egzaminów Medycznych i dyrektora centrum w związku z ich pozycją ustrojową może wynikać z zarządzenia ministra, które ze swojej natury jest bardzo łatwe do zmiany. W związku z tym wydaje nam się, że regulacja ustawowa wymaga w tym zakresie pewnego uzupełnienia poprzez wskazanie formy prawnej centrum, sposobu powoływania dyrektora, finansowania i innych tego rodzaju kwestii, które są zastrzeżone dla ustawy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.
Pan minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Ja powiem tak, my chyba dojrzeliliśmy do tego, że widzimy potrzebę ustawowego umocowania Centrum Egzaminów Medycznych. Czy pan mecenas przyjąłby proponowaną przez nas zmianę do tej ustawy? Chcielibyśmy mianowicie nadać art. 1 w zmianie dziewiątej w art. 14a ust. 1 takie brzmienie...

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Maciej Telec: Jeszcze raz.)

Ust. 1w art. 14a, w art. 1 w zmianie dziewiątej otrzymałby następujące brzmienie: „Lekarski egzamin końcowy (LEK) i lekarsko-dentystyczny egzamin końcowy (LDEK) organizuje i przeprowadza jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w zakresie egzaminów medycznych – Centrum Egzaminów Medycznych, zwane dalej CEM”.

Czy Biuro Legislacyjne byłoby skłonne przyjąć takie rozwiązanie?

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Wydaje mi się, że to jest niewystarczające rozwiązanie. Państwo nie mają przed sobą tego zarządzenia. Tak? Przepisy dotyczące, na przykład, tego, że Centrum Egza-

minów Medycznych jest państwową jednostką budżetową, czyli określenia formy prawnej tej jednostki, jej siedziby, obszaru, przedmiotu działalności, sposobu powoływania dyrektora, sposobu finansowania... No, tutaj jest mowa o tym, że centrum może korzystać ze środków pochodzących z opłat egzaminacyjnych. Wszystkie te kwestie należy przenieść do ustawy w ten sposób, aby była to regulacja kompletna.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Mecenasie, ja zaraz poproszę o pomoc naszego prawnika.

Chcę tylko przypomnieć, że na podobnej zasadzie funkcjonuje Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, które również jest przywoływane w tej ustawie, a w przypadku tego centrum państwo takich wątpliwości nie podnosiliście. Ale może pan mecenas...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Ministrze, mam propozycję, żebyśmy tę sprawę rozstrzygnęli już poza komisją. Ewentualnie w czasie debaty można będzie zgłosić poprawki.

Przejdźmy do dalszych poprawek.

Czy jest sprzeciw? Nie ma. A więc przyjmujemy taki tryb procedowania.

Bardzo proszę, Panie Mecenasie, dalej.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Maciej Telec:

Kolejna uwaga, w punkcie czwartym opinii, dotyczy w zasadzie kwestii terminologicznej. Chodzi o to, że w ustawie w dwóch przepisach posłużono się określeniem „nadzór i kontrola”. Zgodnie z doktryną prawa administracyjnego w pojęciu „nadzór” mieści się już pojęcie „kontrola”, w związku z tym posługiwanie się oboma tymi pojęciami naraz jest zbędne. Proponujemy więc zastąpienie określeń „nadzór i kontrola” sformułowaniem „nadzór”. Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Przyjmujemy tę uwagę, Panie Przewodniczący.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)

Poprawka została przyjęta.

Bardzo proszę.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Maciej Telec:

Kolejna kwestia dotyczy, jak się wydaje, luki prawnej, która powstała w przepisach. Chodzi o kwestie związane z wymogami wobec członków komisji egzaminacyj-

nej przeprowadzającej LEK i LDEK. Otóż spośród członków komisji egzaminacyjnej powołuje się zespoły egzaminacyjne do prowadzenia egzaminów. Członek zespołu egzaminacyjnego nie może być osobą karaną za przestępstwa umyślne, takiego wymogu nie przewidziano natomiast w stosunku do członków samej komisji, w związku z tym mogą się pojawić pewne problemy interpretacyjne. Poza tym proponowane poprawki zapewniają zgodność tego przepisu z terminologią prawa karnego. Chodzi o to, że używa się określenia „przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego”, a nie „przestępstwo ścigane z urzędu”.

Ja przedstawiłem te poprawki w dwóch wersjach. Wersja rozszerzona zawiera również określenie klauzuli kompetencyjnej wobec członków komisji egzaminacyjnej. Jest to rozwiązanie analogiczne w stosunku do tego, jakie przyjęto już w ustawie w odniesieniu do członków komisji, która rozpatruje zastrzeżenia do egzaminu. W związku z tym, jeżeli komisja uzna za stosowne przyjęcie takiej poprawki, powinna wybrać którąś z tych wersji. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, akceptujemy tę uwagę, z tym że prosilibyśmy o przyjęcie pierwszej wersji poprawki. Ona nam bardziej, że tak powiem, pasuje.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.
Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Dziękuję, poprawka została przyjęta.
Bardzo proszę.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Kolejna uwaga również podnosi wątpliwość natury ogólnej. Chodzi o kwestie związane z opłatami za przystąpienie do egzaminu końcowego albo do egzaminu specjalizacyjnego po raz czwarty i kolejny, albo do egzaminu składanego w języku obcym. Ustawa wprowadza możliwość pobierania opłaty za takie egzaminy, a wysokość tej opłaty ma być określona w rozporządzeniu. Zgodnie z nauką prawa konstytucyjnego, wysokość opłat nakładanych na obywateli winna wynikać bezpośrednio z ustawy, a jeżeli przekazuje się taką regulację do aktu wykonawczego, to przynajmniej główna wysokość opłaty powinna wynikać z ustawy. Wydaje się, że propozycja pana ministra w tym zakresie jest wystarczająca – pan minister przedstawił taką poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, my zgadzamy się z tą uwagą Biura Legislacyjnego Senatu i, tak jak powiedział pan mecenas, chcielibyśmy zaproponować pewną poprawkę. W art. 1 w zmianie dziewiątej w art. 14c w ust. 6 zdanie pierwsze otrzymałoby następujące brzmienie: „W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w art. 14a ust. 5, za LEK albo LDEK po raz czwarty i kolejny oraz za LEK albo LDEK składane w języku obcym, o którym mowa w art. 5 ust. 4, osoba zdająca wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty z nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym (...)w drodze obwieszczenia do dnia 15 stycznia każdego roku”.

I druga propozycja, dotycząca PES. W art. 16t ust. 1 zdanie pierwsze otrzymałoby następujące brzmienie: „W przypadku zgłoszenia do PES – czyli państwowego egzaminu specjalistycznego, gwoli przypomnienia, bo tu nie będzie pełnej nazwy – po raz czwarty i kolejny lekarz ponosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia” ... itd., itd.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Czy są uwagi do tej poprawki? Nie ma.

Przejmuję poprawkę.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)

Dziękuję, poprawka została przyjęta.

Bardzo proszę, dalej.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Maciej Telec:

Uwaga z punktu siódmego opinii dotyczy doprecyzowania zakresu rozporządzenia, które ma być wydane na podstawie art. 14a ust. 1. Chodzi o to, że na podstawie tego przepisu w brzmieniu przyjętym przez Sejm minister zdrowia ma określić zakres danych zamieszczanych we wniosku o przystąpienie do egzaminu końcowego. Wydaje się jednak, że lepszym rozwiązaniem, zwłaszcza z punktu widzenia metody, którą przyjęto w tej delegacji, byłoby określenie samego wzoru tego wniosku.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, tu bym polemizował z Biurem Legislacyjnym. My chcemy, żeby to był wniosek elektroniczny, a wzór takiego wniosku dosyć trudno określić. Ale myślę, że moglibyśmy wypunktować zakres danych, jakie muszą się znaleźć w tym wniosku, czyli byłyby to: imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, adres korespondencyjny. Myślę, że to dla Centrum Egzaminów Medycznych... Aha, i oczywiście wskazanie, o jaki egzamin chodzi itd. Myślę, że to dla Centrum Egzaminów Medycznych byłyby wystarczające dane.

Jest tu dyrektor CEM. Może pan przewodniczący się zgodzi udzielić głosu panu dyrektorowi.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych Mariusz Klencki:

Mariusz Klencki, dyrektor CEM.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Chciałbym powiedzieć, że pod względem merytorycznym to, jak wygląda ten wniosek elektroniczny, zależy trochę od tego, czym, że tak powiem, dysponuje zgłaszający się. Jeśliby miał inną przeglądarkę, to ten wniosek może wyglądać inaczej. Wydaje się, że najistotniejsze jest tu wskazanie informacji, które chcemy uzyskać. Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Czy ktoś z państwa chce przejąć tę poprawkę?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie widzę chętnych.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk: Prosimy jeszcze o opinię pana mecenasa.)

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Jeżeli to ma być wniosek w formie elektronicznej, to ja wycofuję tę uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Proszę, następna uwaga.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Pozostałe propozycje obejmują trzynaście poprawek, które ja uznałem za poprawki o charakterze doprecyzowującym albo legislacyjnym. Ja nie uzasadniałem ich

w tej opinii, ale gdyby się pojawiła jakaś wątpliwość co do którejś z nich, to wtedy może szerzej omówię...

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Panie Mecenasiu!

Do wszystkich poprawek, poza jedenastą, nie mamy żadnych uwag, to znaczy, akceptujemy te poprawki. A poprawka jedenasta, naszym zdaniem, jest w gruncie rzeczy poprawką merytoryczną. I, jeśli pan przewodniczący pozwoli, chciałbym, żeby mogła to skomentować, wyrazić naszą opinię w tej sprawie dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, pani Katarzyna Chmielewska.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

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

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

W poprawce jedenastej pan mecenas proponuje zastąpić wyrazy „ust. 1” wyrazami „art. 19 ust. 1”. To w sposób znaczący zmieniłoby rozstrzygnięcie merytoryczne, ponieważ w art. 19 ust. 1 jest znacznie szerszy katalog podmiotów. My odnosimy się do ust. 1 art. 19f, ponieważ zależy nam na wpisywaniu na listę tylko tych podmiotów, które spełniają warunki, o jakich mowa w art. 19f. W związku z tym prosilibyśmy o pozostawienie tej wersji, jaka była proponowana w przedłożeniu.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Mecenasiu?

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Jeżeli wnioskodawca uważa, że to jest... Wycofuję tę poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

A pozostałe?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk: Wszystkie pozostałe akceptujemy.*)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawki.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)
Poprawki zostały przyjęte.
Czy to już wszystkie poprawki pana mecenasa?
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Panie Ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, ja mam serdeczną prośbę, jeśli oczywiście pan przewodniczący pozwoli, żeby pani dyrektor mogła zgłosić poprawki. Ja się po prostu źle poczułem, przepraszam, muszę na chwilę wyjść.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

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

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Uprzejmie prosimy o akceptację poprawki pierwszej, która dotyczy art. 1 w zmianie dziewiątej, w art. 14c w ust. 6. Poprawka zmierza do tego, aby zdaniu drugiemu nadać brzmienie: „Dokument potwierdzający wniesienie opłaty egzaminacyjnej dołącza się do wniosku”, i skreślić zdanie trzecie. Poprawka ta doprecyzowuje, na wniosek Centrum Egzaminów Medycznych, że dokument, który potwierdza wniesienie opłaty, ma być dołączony do wniosku od razu, a nie na późniejszych etapach. To bardzo uprości postępowanie Centrum Egzaminów Medycznych.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Biuro Legislacyjne?

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Ja może wypowiem się odnośnie do wszystkich poprawek. Ja nie miałem zbyt wiele czasu, żeby się im dokładnie przyjrzeć, ale wydaje się, że one nie budzą zastrzeżeń legislacyjnych, wszystkie mają charakter merytoryczny, niemniej jednak wymagają pewnych drobnych korekt, takich technicznych. Chodzi o to, aby je zapisać w formie właściwej poprawkom Senatu. Ale rozumiem, że komisja nie będzie miała nic przeciwko...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak, tak, oczywiście.
Przejmuję poprawkę.
Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Dziękuję bardzo, poprawka została przyjęta.
Poprawka druga, bardzo proszę.

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

Poprawka druga dotyczy art. 1 zmiany dziewiątej i zmierza do dodania w art. 14c ust. 8a i ust. 8b w następującym brzmieniu. Ust. 8a: „Osobie, która złożyła LEK albo LDEK dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia LEK albo świadectwo złożenia LDEK w terminie dwudziestu jeden dni od dnia złożenia danego egzaminu”. Ust. 8b: „Wyniki LEK i LDEK dyrektor CEM przekazuje podmiotom, o których mowa w art. 16c ust. 8”.

Ta poprawka też pozwoli na wpisanie wprost do ustawy podstawy prawnej do wydawania dokumentów, które potwierdzają złożenie lekarskiego egzaminu końcowego i lekarsko-dentystycznego egzaminu końcowego.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję tę poprawkę.
Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Dziękuję.
Poprawka została przyjęta.
Proszę, poprawka trzecia.

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

Poprawka trzecia dotyczy art. 1 w zmianie trzynastej. W art. 16j po ust. 1 proponujemy dodać ust. 1a w brzmieniu: „Środki finansowe niezbędne do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury przez lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do jej odbywania lub odbywają ją w trybie (...), minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, zatrudniającym tych lekarzy. Umowa ta określa wysokość środków i ich przeznaczenie”.

Chodzi po prostu o doprecyzowanie, że środki w ramach rezydentur minister przekazuje jednostkom na podstawie umów, które zawiera z tymi jednostkami.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Pan mecenas się wypowiedział odnośnie do wszystkich poprawek.
Przejmuję poprawkę.
Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)
Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)
Poprawka została przyjęta.
Poprawka czwarta, bardzo proszę.

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

Poprawka czwarta. Pierwsza część ma charakter redakcyjny, a druga część merytoryczny. Proponujemy, aby w art. 1 w zmianie trzynastej, w art. 16l w ust. 1 w pktcie 4 przed słowami „urlopu bezpłatnego” dodać wyrazy „z powodu”. I podobnie w pktcie 5 przed wyrazem „przerwy” dodać wyrazy „z powodu”. Proponujemy ponadto, aby pkt 6 otrzymał brzmienie: „z powodu przerwy nie dłuższej niż dwanaście miesięcy, wynikającej z realizacji specjalizacji odbywanej w trybie, o którym mowa w art. 16h ust. 2 pkt 5”.

Chodzi o uwzględnienie także przerw wynikających z urlopów udzielanych doktorantom, bo art. 16h ust. 2 pkt 5 obejmuje właśnie studia doktoranckie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Przejmuję poprawkę.
Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki? (4)
Kto jest przeciw? (1)
Kto się wstrzymał? (2)
Poprawka została przyjęta.
Bardzo proszę, poprawka piąta.

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

Proponujemy, aby w art. 1 w zmianie trzynastej w art. 16l ust. 3 otrzymał brzmienie: „W uzasadnionych przypadkach zgodę na dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego może wyrazić wojewoda, a w odniesieniu do lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury – minister właściwy do spraw zdrowia”.

Istotą tej poprawki jest przeniesienie decyzji z poziomu ministra zdrowia, jeśli chodzi o tryb pozarezydencki, na poziom wojewody, co w naszej opinii bardzo usprawni i przyspieszy uzyskiwanie przez lekarzy tych decyzji.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.
Przejmujemy tę poprawkę.
Kto z państwa jest za przyjęciem? (4)
Kto jest przeciw? (1)
Kto się wstrzymał? (2)
Poprawka została przyjęta.
Bardzo proszę, poprawka szósta.

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

W art. 1 zmiany trzynastej, dotyczącym art. 16o, proponujemy skreślić w ust. 3 wyrazy „pkt 3–6”, a ust. 4 pkt 1 nadać brzmienie: „powiadomienia przez właściwy podmiot o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 6”.

Ta zmiana wynika z konieczności wprowadzenia bardzo istotnych przesłanek do skreślenia lekarzy z rejestru lekarzy specjalizujących się. Te przesłanki to zawieszenie prawa wykonywania zawodu i zakaz wykonywania zawodu albo ograniczanie lekarzy w wykonywaniu określonych czynności medycznych objętych programem specjalizacji.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto z państwa jest za przyjęciem? (4)

Kto przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

Poprawka została przyjęta.

Proszę, poprawka siódma.

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

W art. 1 w zmianie trzynastej proponujemy nadać pkt 14 w ust. 2 w art. 16p brzmienie: „imię i nazwisko kierownika specjalizacji, posiadana specjalizacja, posiadane stanowisko oraz dane, o których mowa w pkt 4”.

Istotą tej poprawki jest dopisanie PESEL tak, abyśmy mogli sprawniej monitorować przebieg specjalizacji, mając świadomość, że po PESEL będziemy mogli także identyfikować kierowników specjalizacji. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto z państwa jest za? (4)

Kto przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

Poprawka została przyjęta.

Poprawka ósma, bardzo proszę.

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

W art. 1 w zmianie trzynastej w art. 16r po ust. 4 proponujemy dodać ust. 4a w brzmieniu: „Wniosek o przystąpienie do PES zawiera następujące dane: imiona i nazwisko, datę urodzenia, miejsce urodzenia, numer PESEL, a w przypadku jego braku cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość – nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania – obywatelstwo, adres zamieszkania, adres do korespondencji, wskazanie

jednostki, w której lekarz odbywał szkolenie, i jej adres, posiadane specjalizacje, ukończona uczelnia, data wystawienia i numer uzyskanego dyplomu lekarza, informacje o posiadanym prawie wykonywania zawodu lekarza, numer, data wydania, organ wydający, tryb szkolenia, liczba dotychczasowych zgłoszeń do PES, informacja o ewentualnym skróceniu stażu specjalizacyjnego, stopień naukowy lub tytuł, imię i nazwisko kierownika specjalizacji, adres do korespondencji kierownika specjalizacji i telefon kontaktowy, wskazanie wojewody prowadzącego postępowanie specjalizacyjne”.

Wymienienie tych danych w ustawie jest niezbędne do tego, aby nie było zastrzeżeń GIODO co do tego, że dane te pozyskujemy na podstawie samych wniosków.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dziewiąta.

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

W poprawce dziewiątej prosimy o akceptację takiego rozwiązania, aby w art. 1 w zmianie trzynastej, w art. 16r w ust. 10 skreślić wyrazy: „oraz przedstawicielem właściwego towarzystwa naukowego”.

Tak naprawdę praktyka wskazuje, że procedury ustalania testów na dany egzamin są uzgadniane z konsultantami krajowymi. A to rozwiązanie bardzo uprości nam tę procedurę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (1)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dziesiąta.

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

W poprawce dziesiątej proponujemy, aby w art. 1 w zmianie trzynastej, w art. 16r w ust. 12 po wyrazach „w całości albo w części” dodać wyrazy „oraz wykaz dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów”.

Tu chodzi o egzaminy europejskie i zależy nam na tym, aby rozporządzenie określało nie tylko rodzaje tych egzaminów, ale także wykaz dokumentów potwierdzających złożenie takiego egzaminu. To na pewno bardzo uporządkuje tę procedurę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.
Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Dziękuję.
Poprawka została przyjęta.
Poprawka jedenasta.

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

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!
Ponieważ poprawka jedenasta była w pewnej części kompatybilna z uwagami Biura Legislacyjnego, to my już zaproponowaliśmy brzmienie tej poprawki, które Wysoka Komisja przyjęła.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Poprawka dwunasta.

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

Poprawka dwunasta dotyczy art. 1 w zmianie trzynastej, chodzi o to, aby w art. 16w w ust. 1 dodać zdanie drugie w brzmieniu: „Wynik PES nie stanowi decyzji w rozumieniu kodeksu postępowania administracyjnego”.

Zależy nam bardzo na tym, żeby rozstrzygnąć jednoznacznie, że wynik egzaminu nie jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.
Przejmuję poprawkę.
Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Dziękuję.
Poprawka została przyjęta.
Poprawka trzynasta.

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

Poprawka trzynasta. Uprzejmie prosimy o akceptację poprawki polegającej na tym, aby w art. 1 w zmianie piętnastej, w art. 19g dodać ust. 6 w brzmieniu: „Podmiot, który zrealizował kurs szkoleniowy, o którym mowa w ust. 1, przekazuje do CMKP listę lekarzy, którzy ukończyli kurs szkoleniowy, zawierającą imię i nazwisko oraz numer PESEL lekarza, a w przypadku jego braku cechy dokumentu, potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania”.

W naszej opinii ta poprawka bardzo usprawni proces monitorowania specjalizacji w odniesieniu do realizacji kursów.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto jest za jej przyjęciem? (4)

Kto przeciw? (???)

Kto się wstrzymał? (2)

Dziękuję.

Poprawka czternasta.

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

Uprzejmie prosimy, aby w art. 2 dodać ust. 4 w brzmieniu: „Wnioski o przystąpieniu do państwowego egzaminu specjalizacyjnego złożone przed dniem wejścia w życie ustawy uznaje się za złożone zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą”.

Jest to przepis porządkujący, który uwzględnia wnioski do PES złożone pod rządami obecnie obowiązujących przepisów. Chodzi o to, żeby one były uznawane za ważne.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)

Kto jest przeciw? (2)

Kto się wstrzymał? (2)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

I poprawka piętnasta.

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

Poprawka piętnasta dotyczy przepisów przejściowych. Uprzejmie prosimy, by po art. 2 dodać art. 2a w brzmieniu: „Osoby powołane przed dniem wejścia w życie

niniejszej ustawy do zespołu ekspertów do wydania opinii w sprawie spełniania wymogów akredytacyjnych przez jednostki prowadzące szkolenie specjalizacyjne albo ubiegające się o jego prowadzenie, zespoły ekspertów do opracowania i aktualizacji programu specjalizacji komisji egzaminacyjnej przeprowadzającej lekarski egzamin państwowy lub lekarsko-dentystyczny egzamin państwowy, państwowej komisji egzaminacyjnej przeprowadzającej państwowy egzamin specjalizacyjny, stają się, odpowiednio, z zachowaniem pełnionych funkcji, członkami:

1. zespołu ekspertów, o którym mowa w art. 19f ust. 4;
2. zespołu ekspertów, o którym mowa w art. 16f ust. 4;
3. komisji egzaminacyjnej, o której mowa w art. 14d;
4. państwowej komisji egzaminacyjnej, o której mowa w art. 16u ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą”.

Uprzejmie prosimy o akceptację tej poprawki dotyczącej przepisu przejściowego. Dzięki temu rozwiązaniu te zespoły będą mogły funkcjonować na bieżąco do czasu decyzji podjętych już zgodnie z przepisami niniejszej ustawy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)

Kto przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Czy ktoś z państwa jeszcze...

Proszę bardzo, pan senator Górecki.

Senator Ryszard Górecki:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Chcę zgłosić poprawkę następującej treści. W art. 1 pkt 2, art. 5 w pkt 2 lit. a przed wyrazem „sześćoletni” dodaje się wyrazy „co najmniej” oraz przed wyrazem „pięcioletni” dodaje się wyrazy „co najmniej”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Co na to strona rządowa? Panie Ministrze?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, przyjmujemy tę poprawkę.

Ta poprawka została zaproponowana przez pana senatora w związku z tym, że, jak mówiliśmy w dyskusji, część absolwentów polskich uczelni ma skończone tak zwane studia *premedical* – w niektórych przypadkach trwają one trzy lata, a w innych dłużej, cztery lata, a uczelnie muszą uznać minimum dwa lata, żeby wyszło łącznie sześć. I stąd to określenie „co najmniej” – żeby nie było wątpliwości, że chodzi o uznanie co najmniej dwóch lat studiów, ale może być więcej, oczywiście.

Panie Przewodniczący, jeśli można, pani dyrektor chciałaby zgłosić jeszcze jedną poprawkę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

To za moment.
Biuro Legislacyjne, bardzo proszę.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Maciej Telec:**

Nie mam uwag do tej poprawki.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Poprawka została przyjęta.
Bardzo proszę, Pani Dyrektor.

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

Ostatnia poprawka. Uprzejmie prosimy, aby art. 10, otrzymał brzmienie: „Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2011 r.”. Byłaby ona kompatybilna do ustawy o działalności leczniczej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmuję poprawkę.
Kto z państwa jest za? (4)
Kto przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (2)
Dziękuję.
Poprawka została przyjęta.
Pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, chciałbym zgłosić poprawkę do art. 1 pktu 2. Poprawka ta zmierza do tego, aby w ust. 3 po słowach „a także w pkt 3, 5 oraz ust. 2” dodać wyrazy „jeżeli odbyła staż podyplomowy lub uzyskała uznanie stażu podyplomowego odbytego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej”. Ponadto proponuję po ust. 6 dodać ust. 6a w brzmieniu: „W celu odbycia stażu podyplomowego okręgowa rada lekarska przyznaje ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry na okres nie dłuższy niż pięć lat”. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę. Co na to strona rządowa?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, my jesteśmy oczywiście przeciwni tej poprawce, ponieważ ona przywraca de facto staż podyplomowy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Biuro Legislacyjne?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (2)

Kto jest przeciw? (4)

Poprawka została odrzucona.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wniosek mniejszości? Bardzo proszę.

Czy ktoś z państwa senatorów ma coś jeszcze do dodania?

Czy są jeszcze poprawki strony rządowej? Już nie ma. Dziękuję.

Przystępujemy do głosowania w sprawie projektu ustawy w całości, wraz z przyjętymi poprawkami.

Kto z panów senatorów jest za? (4)

Kto przeciw? (2)

Projekt ustawy został przyjęty w całości, wraz z przyjętymi poprawkami.

Pan senator Górecki będzie nas reprezentował...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dziękuję bardzo.

Ponieważ obradujemy już ponad pięć godzin, proszę o pół godzinki przerwy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący, ja bym chciał bardzo serdecznie podziękować panom senatorom i przeprosić za chwilową niedyspozycję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękujemy, Panie Ministrze, i życzymy zdrowia.

(Rozmowy na sali)

(Przerwa w obradach)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Wznawiam obrady.

Przystępujemy do rozpatrzenia ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Ponieważ jest to rządowy projekt ustawy, proszę o omówienie tej ustawy pana ministra Fronczaka, którego bardzo serdecznie witam.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Uchwalona przez Sejm ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w sposób kompleksowy reguluje w polskim systemie prawnym drogę leku od producenta do pacjenta. To jest pierwsza próba uregulowania w tak przejrzystym, kompleksowym akcie tych bardzo szerokich, złożonych zagadnień. Po jednej stronie mamy przemysł, hurtownie, apteki, system refundacji przez NFZ i jeszcze wiele innych czynników, które składają się na całość tej układanki, a po drugiej stronie, niejako na końcu, mamy pacjenta. Wynikiem tych działań legislacyjnych musi być przejrzystość, racjonalność, oszczędność i przede wszystkim pełny dostęp do leków dla pacjenta – ta ustawa gwarantuje równy dostęp do leków wszystkim pacjentom w Polsce. Chcę podkreślić, uprzedzając wszelkie pytania, które być może się pojawiają, że art. 68 ust. 3 konstytucji mówi o zapewnieniu tego równego dostępu i ta ustawa daje takie właśnie możliwości. Jak jest teraz, wszyscy wiedzą, ja nie chcę się do tego odnosić. W każdym razie obecna polityka lekowa nie do końca spełnia oczekiwania pacjentów i strony rządowej.

Projekt ten, jak powiedziałem, ma za zadanie kompleksowe uregulowanie kwestii związanych z refundacją leków, a istotną przesłanką do poczynienia zmian w polskim systemie prawnym w przedmiotowym zakresie jest opinia Komisji Europejskiej z 2007 r., w której zarzuca się Rzeczypospolitej Polskiej brak implementacji właściwych przepisów dyrektywy nr 89/105/EWG. Chcę podkreślić, że ta dyrektywa, zwana dyrektywą przejrzystości, po implementacji – jeżeli oczywiście Wysoki Senat przyjmie tę ustawę i zmiany, które będziemy proponować, i jeżeli ta ustawa przejdzie dalszą ścieżką legislacyjną... No, wszystko wskazuje na to, że po ewentualnym – podkreślam, ewentualnym – wejściu w życie przedmiotowego projektu są szanse na formalne zamknięcie postępowania przed Komisją Europejską i zakończenie tego procesu.

Jakie zmiany odróżniają ten projekt od dotychczasowych regulacji? Przede wszystkim ujęcie wszelkich kwestii związanych z refundacją w jednym akcie prawnym, a nie w dwóch, jak ma to miejsce obecnie, co znacznie poprawi czytelność ustawy i ułatwi jej stosowanie. Wyjątek stanowią zasady zaopatrzenia świadczeniobiorców w refundowane produkty, które pozostawiono w ustawie o świadczeniach. Uregulowanie zasad zaopatrzenia i poziomów odpłatności refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Ustawa wskazuje precyzyjne kryteria podejmowania decyzji refundacyjnej, ustalania ceny zbytu, kwalifikowania do poziomów odpłatności oraz tworzenia grup limitowych. Chcę przypomnieć tym, którzy tę ustawę widzieli, że zakłada ona utworzenie wyspecjalizowanego zespołu negocjacyjnego, czyli komisji ekonomicznej, w miejsce obecnego zespołu do spraw gospodarki lekami, a zamiast obecnie istniejącej rady konsultacyjnej utworzenie rady przejrzystości – jest to zespół opiniodawczo-doradczy przy prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych. Ustawa zmienia i systematyzuje procedury podejmowania decyzji refundacyjnych i cenowych, wprowadza umowy łączące płatnika z aptekami odnośnie do produktów objętych refundacją. Wprowadza stałe ceny de-

taliczne w aptekach – podkreślam, dotyczy to jedynie leków refundowanych przez płatnika. Wprowadza zmianę wysokości marży hurtowej z obecnej 8,91% na 5%. Wspomnę tylko, że w innych krajach Unii Europejskiej obecnie marża wynosi średnio od 1% do 6,5–7%. Taka jest rozpiętość. Marża hurtowa wynikowa – 5% do podziału pomiędzy hurtownię. Mogą być aż trzy stopnie obrotu w hurcie. Ustawa wprowadza również zmiany, jeśli chodzi o zasady znaczenia limitów, Teraz, po wejściu w życie tej ustawy, podstawa limitu będzie naliczana jako najwyższa spośród najniższych cen hurtowych za DDD leku, który dopełnia 15% obrotu ilościowego liczonego według DDD zrealizowanego w danej grupie limitowej. Przypomnę, że DDD to *defined daily dose*. A jeśli chodzi o urzędową marżę detaliczną, to naliczana ona będzie od ceny hurtowej produktu stanowiącego podstawę limitu w danej grupie limitowej. Wprowadzona została także zmiana tabeli marż detalicznych w aptekach. Będzie to procentowa tabela degresywna, krótka, prosta, przejrzysta, a obecnie jest stosowana procentowo-kwotowa. Wprowadzono również zmianę wysokości opłaty ryczałtowej. Zaproponowaliśmy, żeby było to 0,23% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę. Według projektowanego na 2011 r. wskaźnika 1386 zł minimalnego wynagrodzenia ta opłata wynosić będzie 3,20% – to jest ta obecna stawka ryczałtowa. Ta opłata będzie się aktualizowała automatycznie, co de facto będzie oznaczało niewielki wzrost. Można się spodziewać, że to będzie groszowy wzrost, ponieważ to wynagrodzenie jest niewysokie i tak naprawdę 0,23% nie powoduje istotnych zmian. Ustawa wprowadza obowiązek przekazywania przez wnioskodawców, którzy otrzymali decyzje refundacyjne, kwoty stanowiącej 3% wartości zrefundowanego w roku kalendarzowym leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego liczonej od cen zbytu netto na rachunek bieżący dochodów ministra właściwego do spraw zdrowia. Kwota ta wykorzystywana będzie w szczególności na prowadzenie badań klinicznych niekomercyjnych oraz analiz farmakoekonomicznych.

Wysoka Komisjo, w sposób szczególny chcę podkreślić, że przedmiotowe zmiany nie spowodują obciążenia pacjentów, a w perspektywie czasu mają doprowadzić do obniżek cen refundowanych leków i zwiększenia dostępności nowych terapii lekowych. Projektowane zmiany nie doprowadzą do podwyżek cen leków refundowanych, doprowadzą natomiast do racjonalizacji wydatków NFZ na refundowane leki, ustabilizują na stałym poziomie procentowym i nie powiążą ze wzrostem środki w systemie na refundację leków – całkowity budżet na refundację jest ustalony na poziomie nie wyższym niż 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych.

Myślę, że to byłoby tyle, tytułem wstępu. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z panów senatorów ma pytania?

Proszę bardzo, pan senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, chciałbym zapytać o kilka kwestii. Najpierw o umowy z aptekami. Jak wiemy, do tej pory tych umów nie było. A jak ta kwestia wygląda w tej wer-

sji ustawy, jaka do nas dotarła? Ja nie śledziłem dokładnie poprawek w ostatniej fazie prac nad tą ustawą, więc chciałbym się tego dowiedzieć.

Po drugie, chciałbym, żeby pan minister wypowiedział się w sprawie zamrożenia kwoty 17 milionów zł refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia. Czym się państwo kierowaliście, podejmując tę decyzję? Jakie będą tego konsekwencje? Co będzie po wykorzystaniu tej kwoty? To jest drugie pytanie.

Trzecie pytanie. Jak będą wyglądały programy lekowe i programy terapeutyczne w odniesieniu do tego, o co zapytałem w poprzednim pytaniu?

I ostatnie, czwarte pytanie. Chciałbym, żeby pan minister odniósł się do kwestii trzyprocentowego podatku obrotowego. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, proszę udzielić odpowiedzi.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Pozwolę sobie, chociaż pan senator o to nie zapytał, podjąć jeszcze kilka innych wątków, ale to już w drugiej części mojej wypowiedzi.

Otóż umowy z aptekami zostały wprowadzone, ponieważ uważamy, że recepta na lek refundowany jest świadczeniem gwarantowanym, tak samo jak operacja guza esicy czy operacja prostaty, czy konsultacja specjalistyczna w ambulatorium, czy jakkolwiek inna usługa. Wszystkie przychodnie, poradnie i szpitale wykonują te usługi, mówiąc krótko, w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mają podpisane umowy, wiedzą, jaką liczbę usług mają wykonać. Tymczasem w sumie około 17% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia było dotychczas traktowane bezumownie. To znaczy, każda nowo otwarta apteka, która się pojawiła – a znamy przypadki, że pod tym samym numerem są dwie apteki – po prostu przynosiła pakiet refundowanych recept do funduszu i fundusz płacił w terminie ustawowym. Tak że właściwie nikt nie wiedział, jak będzie wyglądać ta sytuacja, nie było jakiegoś związania prawnego tych podmiotów, które wykorzystują refundację, to znaczy, których elementem działalności gospodarczej jest refundacja, tak to można określić, nie było to w żaden sposób regulowane. W związku z tym zaproponowaliśmy umowy. Chcemy zaproponować wzór takiej umowy, żeby w całym kraju obowiązywał jednakowy, żeby nie było nierównego traktowania, żeby nie dochodziło do takich sytuacji, że w którymś obszarze Polski w którymś z oddziałów ktoś wymyśli jakąś umowę rozszerzającą zakres elementów wiążących obie strony. Wzór takiej umowy przygotowuje minister zdrowia i to będzie wersja powszechnie obowiązująca. Nie jest to żaden konkurs, tak jak w przypadku, na przykład, szpitali, które co kilka lat muszą stawać do konkursów, czy innych świadczeniodawców, poza tym umowa jest praktycznie bezterminowa. Obowiązkiem funduszu jest taką umowę zawrzeć. To tyle, jeśli chodzi o kwestię aptek.

Jeśli chodzi o kwestię zamrożenia kwoty i tego, co legło u podstaw ustalenia tego limitu na 17% – to chyba budzi wiele nie do końca zrozumiałych emocji – to trzeba powiedzieć, że my przeanalizowaliśmy poziom refundacji w krajach OECD i okazało się, że refundacja w krajach OECD średnio jest na poziomie 17%. Jak porównamy rok

do roku refundację z naszego budżetu, to znaczy z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, to zobaczymy, że są okresy, gdy ona jest w okolicach 17%, chociaż ten procent bywa zmienny. Uważamy, że zamrożenie na trzy lata kwoty, która jest kwotą wykonania zeszłorocznego... to znaczy, tegorocznego, spowoduje, że nie zmniejszymy kwoty na refundację ani o złotówkę przez trzy lata. Można też powiedzieć, że i nie zwiększymy. Owszem, ale w tym czasie wchodzi reguły i zasady nowego prawa o refundacji, a po dwóch latach poddajemy się jako rząd audytowi – taka poprawka została wprowadzona na etapie prac sejmowych – czyli po dwóch latach jesteśmy zobowiązani do przedstawienia rządowi i parlamentowi, jak funkcjonuje ustawa, jak funkcjonują te nowe regulacje. Zgoda z naszej strony na takie rozwiązanie pokazuje, że jesteśmy przekonani co do odpowiedniej jakości zaproponowanych rozwiązań legislacyjnych. Tak że w art. 77a zapisane jest to jako dodatkowy element, świadczący o naszej otwartości na prześwietlenie, że tak powiem, wszystkich mechanizmów ustawy od strony praktycznej w momencie, kiedy ona będzie działać. To byłoby tyle, jeśli chodzi o kwestię zamrożenia... Może jeszcze powiem, że koniunktura zawsze jest degresywna bądź progresywna. Czas kryzysu na pewno się skończy i wtedy będziemy mieli zwiększone przychody w Narodowym Funduszu Zdrowia, i wtedy te 17% w wartościach bezwzględnych będzie znaczyło znacznie więcej, i wtedy będziemy posiadali dodatkowe środki na objęcie refundacją nowych terapii, nowych leków. Ale teraz musimy dokonać racjonalizacji wydatków w tym budżecie, który jest. Chcę w tym miejscu powiedzieć, że wszędzie są pewne ograniczenia – szpitale mają ograniczenia, przychodnie mają ograniczenia, nikt nie zawiera kontraktów nielimitowanych. I tylko w tym obszarze do tej pory tego nie było.

Jeśli chodzi o programy lekowe i terapeutyczne, to nie ma obawy, te programy są zachowane i jak najbardziej będą realizowane. Poddajemy coraz większą liczbę nowych molekuł, które były stosowane w chemioterapii niestandardowej, analizie *health technology assessment* w Agencji Oceny Technologii Medycznych i te, które przechodzą tę analizę pozytywnie, chcemy wprowadzać do programów terapeutycznych i jasno określić zakres, punkty wyjściowe i końcowe zaliczenia danego chorego do terapii. Tak że nic się nie zmieni, jeżeli chodzi o dostępność programów w tym zakresie.

A jeśli chodzi o trzyprocentowy podatek – nieważne, czy nazwiemy to opłatą, czy podatkiem, to skąd on się wziął? Otóż zarówno retrospektywna analiza rynków europejskich, jak i bieżące informacje z niektórych krajów pokazują, że przez różne państwa wdrażane są różnego rodzaju regulacje, nazwijmy to, instrumenty w zakresie polityki leków refundowanych. We Włoszech na przykład jest tak zwany podatek Garrattiniego – to jest podatek od marketingu, 5% od kwoty przeznaczonej na marketing stanowi opłata, którą ponoszą firmy prowadzące marketing w tym obszarze. Również w innych krajach są takie rozwiązania, polegające, na przykład, na tak zwanych przymusowych, może to nieładnie zabrzmie, ale kontrolowanych rabatach – chodzi po prostu o to, że państwo wie, jak te rabaty wyglądają i jest konkretna umowa co do tego, jaka ilość leków tym rabatami podlega. Podczas ostatniego spotkania ministrów zdrowia państw Grupy Wyszehradzkiej otrzymaliśmy informację, to znaczy, pani minister otrzymała tę informację, że na Węgrzech rząd, analizując całą problematykę dostępu do leków refundowanych, wprowadził taką opłatę, to też może nieładnie zabrzmie, czy podatek, nieważne, jak to nazwiemy, od reprezentantów. Oznacza to, że za każdego reprezentanta, który promuje leki danej firmy, rocznie odprowadza się 20 tysięcy euro do kasy państwowej, czyli do budżetu państwa. To też jest pewna opłata.

Otóż analizując sytuację i patrząc retrospektywnie na zjawiska, które towarzyszą objęciu refundacją, widzimy bardzo pozytywne trendy. Przecież my po to obejmujemy refundacją nowe cząsteczki, nowe leki bądź też środki generyczne, aby zwiększyć dostępność tych leków dla pacjentów. Wiele leków ma wysokie ceny i pacjenci nie są w stanie samodzielnie ich kupować. A dane o rozwoju medycyny i o tych lekach, które powstają dzięki stosowaniu nowych technologii medycznych, pokazują, że jeśli obejmujemy takie preparaty refundacją, będziemy mogli skuteczniej, efektywniej leczyć pacjentów. To jest ten cel, który realizujemy i do którego realizacji jesteśmy zobowiązani. Widzimy też, że sprzedaż leków rośnie, w niektórych przypadkach obserwujemy kilkudziesięciokrotny wzrost, tak że dynamika sprzedaży jest ogromna. Nieraz jest tak, że mamy bardzo dużą liczbę preparatów w jednej grupie, na przykład kilkanaście leków czy cząsteczek o takim samym czy zbliżonym mechanizmie działania, i kierunek wskazań do ich stosowania jest podobny, ale nie ma badań *head to head*. W związku z tym chcemy porównać te cząsteczki i zobaczyć, które z nich są najlepsze i które powinniśmy dalej refundować, bo dają najlepszy efekt terapeutyczny i są najbezpieczniejsze, a które z tych cząsteczek być może nie muszą dalej być na tej liście, dzięki czemu znajdują się na niej nowe leki, nowe technologie medyczne... No, przedstawiciele strony społecznej, a zwłaszcza firm innowacyjnych, często mają zastrzeżenia, że w Polsce zbyt mało tych leków jest umieszczanych na listach leków refundowanych. Tak że to, między innymi, udrożni nam ten kanał, że tak powiem, i umożliwi obejmowanie refundacją jak najbardziej sprawdzonych technologii medycznych.

Staralem się odpowiedzieć na wszystkie pytania pana senatora. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Proszę uprzejmie.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący

Panie Ministrze, dziękuję za wyczerpującą odpowiedź na wszystkie pytania.

Chciałbym jeszcze – w kontekście pytania dotyczącego umów z aptekami – zapytać, czy państwo podejmowaliście tę decyzję na podstawie informacji z Narodowego Funduszu Zdrowia o kontrolach i o wynikach tych kontroli. Jeśli tak, to ile przeprowadzono kontroli w aptekach i jakie stwierdzono nieprawidłowości.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Panie Senatorze!

Oczywiście wszystko z czegoś wynika. My analizowaliśmy tę sytuację nie tylko pod kątem tego, jakie były przeprowadzane kontrole i jakie wykryto nieprawidłowości, ale również pod kątem informacji z korespondencji, bardzo licznie napływającej do

Ministerstwa Zdrowia, w której i aptekarze, i inne osoby z tego kręgu informowały nas o nieprawidłowościach, powiem wprost, o patologiach, jakie zostały wykreowane w obecnie funkcjonującym systemie tego rynku. Otóż bez jasnych, czytelnych reguł i dążenia do tego, aby pacjenci mieli równy dostęp do leków, nie da się po prostu prowadzić jasnej, rzetelnej, czystej polityki lekowej w państwie.

A jeśli chodzi o dane dotyczące kontroli, to są tu obecni przedstawiciele Funduszu, i skoro są państwo zainteresowani, to gdyby pan przewodniczący udzielił im głosu...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Prosiłbym pana Markowskiego o syntetyczne przedstawienie...)

**Naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami
w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia
Mirosław Markowski:**

Nazywam się Mirosław Markowski, jestem naczelnikiem Wydziału Gospodarki Lekami w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ.

Oddział mazowiecki jest największym oddziałem w Polsce. Na refundację leków i wyrobów w trybie art. 63 ustawy w latach 2005–2010 przeznaczał środki finansowe w wysokości od 913 milionów zł rocznie do 1 miliarda 261 milionów zł, bodajże, w ostatnim roku. Na terenie Polski jest w chwili obecnej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Na terenie Polski w chwili obecnej jest trzynaście tysięcy trzysta pięćdziesiąt pięć aptek – to są dane z poprzedniego tygodnia. Każdego roku aptek przybywało w liczbach bezwzględnych, przyrastała też refundacja.

Jeżeli chodzi o kontrole Narodowego Funduszu Zdrowia, to są one ustawowym obowiązkiem oddziałów wojewódzkich i odbywają się w aptekach zgodnie z właściwością terytorialną, czyli dokonywane są przez oddział, na terenie którego apteka się znajduje. Są takie sytuacje, w których wiele aptek należących do spółki znajduje się na terytorium wielu oddziałów wojewódzkich i wówczas kontrole w tych aptekach są prowadzone przez różne oddziały wojewódzkie.

Jeżeli chodzi o liczby kontroli, które zostały wykonane na terenie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego, to przedstawiają się one następująco. W roku 2007 było siedemset jeden kontroli aptek, w 2008 r. – trzysta dziewięćdziesiąt, w 2009 r. – dwieście siedemdziesiąt, w 2010 r. – dwieście siedemdziesiąt pięć.

W odniesieniu do kontroli aptek znajdują zastosowanie przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz przepisy z rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich. Jakie są trzy podstawowe parametry kontrolne? Narodowy Fundusz Zdrowia kontrolował wykonywanie zadań, które są obowiązkiem apteki w odniesieniu do płatnika publicznego, a polegają one, w zakresie refundacji, na: wydawaniu leków i wyrobów medycznych na podstawie recepty, otaksowaniu zrealizowanej recepty, przekazaniu do funduszu danych dotyczących zrealizowanej transakcji i przekazaniu zbiorczych zestawień recept. Tak więc, najkrócej mówiąc, przedmiotem kontroli Funduszu jest wywiązywanie się z obowiązku wydawania leków i wyrobów

medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami, taksacja wydawanych leków i wyrobów medycznych, wywiązywanie się z obowiązku sprawozdawczego, poprawność składanych do funduszu dokumentów rozliczeniowych i pobieranie z tego tytułu refundacji w trybie art. 63.

Jeżeli chodzi o kwoty zakwestionowanej refundacji, to w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim przedstawiały się one następująco: w 2007 r. była to kwota 1 miliona 448 tysięcy zł, w niewielkim zaokrągleniu, w 2008 r. kwota ta wynosiła 4 miliony 199 tysięcy zł, w 2009 r. – 1 milion 791 tysięcy zł, a w 2010 r. kwota – blisko 2 miliony zł, dokładnie 1 milion 944 tysiące zł.

Jeżeli chodzi o nieprawidłowości stwierdzane w aptekach, to można podzielić je na trzy grupy, z czego tylko jedna grupa została wskazana w uzasadnieniu, do którego dotarłem. Otóż pierwsza grupa została wydzielona w ocenie kontrolnej ze względu liczbę realizowanych recept, błędy, do których doszło z powodu nieuwagi, niezajomości przepisów lub ich niestosowania. Na przestrzeni lat, od 2005 r., przez zespoły kontrolne, których postępowanie jest wybitnie sproceduralizowane, obserwowane jest zjawisko, że przepisy dotyczące refundacji leków i wyrobów medycznych po prostu nie są stosowane. Przy tym jeśli chodzi o niestosowanie tych przepisów przez osoby realizujące recepty w ramach tak zwanych wymogów formalnych recept, początkowo mieściło się to w zakresie zdarzeń statystycznych w odniesieniu do liczby wykonywanych transakcji, niemniej jednak na przestrzeni tych lat zmieniło się tu pole jakościowe. I to, co jest odpowiedzią apteki na zalecenia pokontrolne, które fundusz jest zobowiązany wystosować do apteki w każdym przypadku, gdy stwierdzi nieprawidłowości w zakresie będącym przedmiotem kontroli... Te zalecenia dotyczą przede wszystkim zobowiązania do przestrzegania obowiązujących przepisów, przeszkolenia personelu czy wyjaśnień w odniesieniu do stwierdzonych sytuacji. I te wyjaśnienia podmiotów kontrolowanych ewoluowały w ten sposób, że na początku tłumaczono uchybienia niezajomością przepisów, a w ciągu dwóch ostatnich lat – zresztą Mazowiecki Oddział Wojewódzki zasypywał Ministerstwo Zdrowia swoimi wystąpieniami w tym zakresie – były to odpowiedzi sprowadzające się, Szanowni Państwo, do tego, że kierownik apteki, która przecież jest placówką zdrowia publicznego realizującą zadania z zakresu zdrowotności i leczenia, stwierdzał, że on nie będzie realizował zaleceń i nie będzie wydawał leków we wskazany sposób, bo – powiem to wprost – my i tak mu nic nie możemy zrobić. To jest jedna grupa. My radziliśmy sobie w ten sposób, że każde z tych zaleceń wysyłałiśmy, zgodnie z zarządzeniem prezesa, zarówno do prezesa, jak i do nadzoru farmaceutycznego, a także do nadzorującego NFZ ministra zdrowia.

Na przestrzeni ostatnich lat zaniepokojenie i niesamowity dyskomfort zespołów kontrolnych, których członkowie są tylko ludźmi, powodowały sytuacje, gdy zespoły te podczas realizacji zadań w zakresie swoich kompetencji i w ramach upoważnienia stwierdzały w aptekach pewne procedury – tak to zostało określone przez tych kontrolerów. Pierwsza sprawa dotyczy tak zwanych bonifikat, upustów, rabatów, dopłat lub prezentów czy niespodzianek. Najkrócej mówiąc, niepokój kontrolerów wzbudziła sytuacja, gdy pacjent przychodził do apteki... W części przypadków jest tak, że recepty trafiają do aptek z domów opieki społecznej, ze szpitali, z gabinetów prywatnych, z placówek opieki zdrowotnej. Takie są ustalenia nie tylko funduszu, ale również innych organów, które w zakresie kontroli mają nieco inne zadania. A dotyczy to recept, które są refundowane czy które były aptece refundowane. Informacje na ten temat były

przesyłane przez te urzędy do oddziału wojewódzkiego. Jeżeli chodzi o kategorie leków, które były przedmiotem zabiegów w tym zakresie, to były to głównie leki przeciwnowotworowe, leki przeciwnrzepiwe, leki stosowane w astmie, leki stosowane w chorobach psychicznych, również paski cukrzycowe, insuliny, doustne leki przeciwcukrzycowe. Otóż w tych ustaleniach pojawił się pewien wspólny element: zasadniczo lek był drogi lub stosunkowo drogi, a refundacja z funduszu była wysoka lub bardzo wysoka – od kilkudziesięciu złotych za opakowanie do 1200 zł w przypadku leków stosowanych z powodu nowotworu gruczołu krokowego. Przy czym leki te były wydawane pacjentowi za opłatą ryczałtową lub bezpłatnie. A jak sprawdzaliśmy dane elektroniczne dotyczące przeprowadzanych transakcji, to okazywało się, że na druku taksacyjnym recept były zawarte inne dane dotyczące odpłatności pacjenta, niż te, które zostały przekazane do funduszu. W ten sposób wpływno na zwiększenie kwoty refundacji przekazywanej przez fundusz, osiągając limit refundacji. To były te mechanizmy nazywane bonifikatami...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Dyrektorze, bardzo proszę nie omawiać szczegółowo kwestii kontroli, to nie jest przedmiotem naszej dyskusji. Proszę tylko o zarys, bo na temat szczegółowych kontroli możemy rozmawiać trzy dni.

**Naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami
w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia
Mirosław Markowski:**

Panie Senatorze! Szanowna Komisjo!

Te zasadnicze dane, dotyczące zarówno liczby przeprowadzonych kontroli, jak i kwot finansowych z tytułu nieprawidłowej refundacji, uzyskane na podstawie przeprowadzonych kontroli, zostały tu podane.

Chciałbym tylko dodać, że do oddziału wojewódzkiego występowały apteki i występowali aptekarze, z zaniepokojeniem wskazując, że konkretne apteki w ich sąsiedztwie biorą udział w takim procederze. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Chcę powiedzieć, że podczas prac legislacyjnych, które toczą się przecież już od dłuższego czasu, bo tak naprawdę od stycznia tego roku, strona społeczna zgłaszała wiele różnych uwag, z których część na etapie prac w Sejmie, w Izbie Poselskiej, została...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ja właśnie nie chciałem użyć tego słowa, bo nie wiem, czy ktoś by mnie nie upomniał, że w polskim parlamencie nie używa się takich określeń.

Część tych uwag została przyjęta, część zmodyfikowana, sami też mieliśmy jeszcze propozycje pewnych rozwiązań, które były procedowane. I chcę powiedzieć, że w art. 46 tej ustawy, dotyczącym kontroli, została w sposób bardzo dokładny przewidziana ścieżka postępowania w czasie takiej właśnie kontroli. Tego dotyczył zresztą zarzut – strona społeczna mówiła, że ten art. 46 potraktowano zbyt lakonicznie. Dlatego w tym pakiecie poprawek, które zaproponujemy panom senatorom... Dobrze mówię? Nie obraziłem kogoś? Nie widzę tu żadnej pani senator. Tych poprawek jest sporo, w sumie jest dwadzieścia parę poprawek merytorycznych, które w jakiś sposób odpowiadają na postulaty strony społecznej. Od razu mówię, ja zdaję sobie sprawę, że te poprawki nie konsumują wszystkich uwag, których było multum, ale w dużym stopniu, myślę, powodują, że ta ustawa generalnie dla strony społecznej będzie, że tak powiem, bardziej strawna. Jest też dwadzieścia parę poprawek czysto legislacyjnych, które nie budzą dyskusji merytorycznych. To jest po prostu trudna ustawa, miały miejsce różne zmiany i to wszystko powoduje, że Ministerstwo Zdrowia cały czas nad nią pracuje i to jest wynik tej pracy. Zwracamy się do panów senatorów z prośbą o przejęcie tych czterdziestu paru poprawek. Parę kwestii się wyjaśni w trakcie tej dyskusji.

Jest jeszcze jeden mechanizm, o którym nie powiedziałem, jako że ta ustawa jest, jak mówię, bardzo szeroka, duża. Nie poruszyłem tu jeszcze kwestii mechanizmu *payback*. Ja nie mówiłem o tym na wstępie, ale myślę, że panowie senatorowie już się doskonale orientują w tej kwestii. I jeśli chodzi o ten *payback*, to tutaj też mamy propozycję pewnego złagodzenia jego skutków dla firm. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Sidorowicz.

Senator Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze! Szanowni państwo!

Muszę podziękować ministerstwu i przyznać, że po tym, jak ustawa przyszła do nas z Sejmu, odbyliśmy bardzo liczne spotkania z przedstawicielami producentów i izb aptekarskich. I przygotowane przez resort poprawki są efektem dialogu, jaki podjęliśmy, by ta ustawa była dobrą ustawą. Stąd to moje „dziękuję” dla ministerstwa. Mam nadzieję, że te poprawki zwiększą możliwości wejścia tej ustawy w życie. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Pan senator Kraska, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, pan dyrektor powiedział, że im większa była refundacja, tym więcej aptek powstawało w Polsce. Czy według pana... Pan w swoim wystąpieniu

mówił, że w aptekach dzieją się straszne rzeczy, że za recepty nieuczciwie są pobierane refundacje. No, myślę, że to jest tylko margines działalności aptek. Czy, według pana, w związku z tą ustawą liczba aptek pozostanie na takim samym poziomie jak obecny, czy też tych aptek będzie mniej? Czy każda apteka uzyska umowę...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

Czy każda apteka uzyska umowę na sprzedaż leków refundowanych?

I jeszcze jedno pytanie. Czy polski przemysł farmaceutyczny wyrażał swoją opinię na temat tej ustawy? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!
Można powiedzieć, że jest to przykład pełnej wolności gospodarczej i braku regulacji w systemie leków refundowanych. Lata dziewięćdziesiąte były, krótko mówiąc, czasem profitowym, jeśli chodzi o apteki. One się rozwijały, powstawały następne, potem powstawały sieci apteczne albo nowe osoby otwierały apteki, bo było wiadomo, że jest to dochodowy interes. Myślę, że została przekroczona pewna masa krytyczna, ponieważ analizy przekazywane nam przez stronę społeczną pokazują, że 50% aptek jest praktycznie bez kapitału. Zadłużenie jest tak duże, że pochłania cały kapitał, a nawet bywa większe niż ten kapitał. W związku z tym informacje, które do nas docierają, pokazują, że wiele aptek jest w złej kondycji finansowej. Obecna sytuacja na pewno daje większą moc, że tak powiem, aptekom sieciowym, ponieważ one mają większe możliwości konkurencyjności na rynku, udzielania większych rabatów, i konkurencja w tym zakresie rozwija się bardzo prężnie. Prawo, które wprowadzamy... To jest tak, jak z pracownikami przechodzącymi do nowej formy zakładu opieki zdrowotnej. Według przepisu 23¹, jak jest umowa, to przechodzą wszyscy pracownicy. Wszystkie apteki, które obecnie funkcjonują, które są zarejestrowane, taką umowę otrzymają. I nie ma tu żadnego mapowania, absolutnie nikt nie będzie się zajmował tym, czy apteka jest w złej, czy w dobrej kondycji. Po prostu będzie miała umowę i jak dalej będzie funkcjonowała, ma szansę – oczywiście każda apteka, te, które są w złej kondycji finansowej, też – stanąć na nogi. Dlatego że apteka musi być stabilna, musi to być podmiot stabilny gospodarczo, żeby mógł w sposób efektywny udzielać tych świadczeń gwarantowanych, a także prowadzić sprzedaż leków z grupy OTC. My chcemy, aby dzięki tym wszystkim regulacjom i sztywnym marżom, które wprowadzamy, konkurencja odbywała się nie na poziomie grosika, złotówki, dziesięciu złotych czy stu... No, na poziomie stu złotych to już nie jest promocja, zapędziłem się, przepraszam. Ale jak coś, co normalnie kosztuje sto złotych, jest sprzedawane o dziesięć taniej, to jest to promocja. Nie chcemy, żeby uprawiano turystykę lekową, żeby pacjencie z miejscowości pod Warszawą jechali do Warszawy, jak usłyszą, że tu właśnie jest promocja. No, proszę państwa, mówimy o lekach refundowanych, które są przepisywane przez lekarza, a to nie jest produkt jak każdy inny, który można poddać klasycznemu marketingowi. Tu jest konkretne wskazanie i nadmiar tych leków, tej chemii w organizmie człowieka może działać wręcz odwrotnie

do zamierzeń. A wiemy, że polipragmazja jest w Polsce faktem. To mówią ci, którzy zajmują się lekami, profesorowie, konsultanci i ci, którzy odpowiadają za politykę w różnych specjalnościach lekarskich. Tak że nie ma żadnego założenia, że ustawa może komuś zaszkodzić, jeśli chodzi o apteki. Wszystkie apteki dostaną umowy, a my chcemy, żeby apteki zaczęły konkurować w tym, w czym powinny, czyli jeśli chodzi o jakość usług, superserwis farmaceutyczny. Farmaceuta musi być przyjacielem pacjenta, który przychodzi, musi być doradcą w pewnych przypadkach, ale doradcą, który jest zainteresowany, aby ten pacjent faktycznie do niego wrócił. A kiedy tak się stanie? Jak sprzeda mu lek drogi czy jak sprzeda lek tani, choć tak samo dobry? Myślę, że teraz tym miernikiem będzie tani lek, jeżeli jest tak samo dobry, jak lek drogi. Marża farmaceuty w danej grupie limitowej jest stała, a nie uzależniona od sprzedaży tego leku droższego, bo zysk w tym momencie jest większy. To, co farmaceuta może zaoferować pacjentowi, to dobre doradztwo, dobra, fachowa opieka farmaceutyczna. Chodzi o to, żeby przywrócić farmaceute... No, może trochę za daleko wybiegam, w każdym razie farmaceuci zwracali się do nas z tym, że tak naprawdę oni nie chcą być tylko i wyłącznie sprzedawcami, tymczasem obecny system zmusza ich do walki, czasami na śmierć i życie. I żeby przetrwać, żeby zapewnić podstawę bytu swojej rodzinie, oni muszą walczyć i muszą w tym często bardzo drapieżnym świecie ekonomii i konkurencji znaleźć swoje miejsce. Dlatego często podejmują decyzje, które nie są w zgodzie z filozofią farmaceuty, tak to ujmę. Podkreślam, to nie jest tylko i wyłącznie mój wywód, ja o tym wiem z rozmów i z listów, które miałem okazję czytać. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Przepraszam, było jeszcze jedno pytanie.*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Waldemar Kraska: Czy polski przemysł farmaceutyczny wyrażał swoją opinię na temat tej ustawy?*)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Tak, oczywiście, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Nawet bodaj dwa dni temu otrzymałem od pana prezesa nowe uwagi do ustawy – już w tej wersji, która wyszła z Sejmu.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa jeszcze?

Pan senator Piechota, proszę.

Senator Leszek Piechota:

Panie Ministrze!

Wspomniał pan, że ma pan przygotowanych kilkadziesiąt poprawek uwzględniających uwagi strony społecznej. Czy wśród tych poprawek są również takie, które by uwzględniały stanowisko i uwagi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów?

One były zgłaszane jeszcze w trakcie konsultacji międzyresortowych. Jeżeli nie, to prosiłbym o ewentualne...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Wysoka Komisjo, to zostało wyjaśnione jeszcze na etapie uzgodnień międzyresortowych, tuż przed spotkaniem Rady Ministrów, tak że ten projekt jest zgodny z uwagami UOKiK.

Senator Leszek Piechota:

W takiej sytuacji pozwolę sobie zadać pytanie, ale najpierw odczytam fragment z tego stanowiska. Ja się z tymi uwagami częściowo zgadzam. Czy mógłby pan minister ewentualnie powiedzieć... No, możliwe, że one zostały uzgodnione i te kwestie rozwiązano w przepisach. To w takiej sytuacji wszelkie moje wątpliwości byłyby rozwiane.

„Szczególne zastrzeżenia urzędu wzbudziły plany wprowadzenia sztywnych marż i cen na leki refundowane. Zdaniem urzędu takie rozwiązanie przeczy bowiem zasadom wolnego rynku, ponieważ hurtownie i apteki sprzedające leki refundowane zostałyby pozbawione możliwości konkurowania w granicach dopuszczalnych dziś przez prawo. Hurtownik lub aptekarz, nawet jeśli będzie miał możliwość i chęć sprzedaży leku z niższą marżą, nie będzie mógł tego zrobić. W efekcie konsumenci poniosą wyższe wydatki na droższe lekarstwa. Jednocześnie zmniejszy się dostępność leków dla osób o niższych dochodach. Zdaniem urzędu właściwszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie marż maksymalnych. Dzięki temu konsumenci mieliby możliwość zakupu tańszych leków – poniżej ustalonych nieprzekraczalnych stawek. Jednocześnie zagwarantowana byłaby ochrona klientów przed nieuzasadnionym podwyższaniem cen w łańcuchu dystrybucji leków. Projekt ustawy przewiduje utrzymanie cen maksymalnych dla szpitali. Dlaczego zatem takie rozwiązanie nie miało się sprawdzić w przypadku hurtowni czy aptek? W związku z powyższym zamknięcie drogi do rabatowania na linii właściciel praw do leku – obrót hurtowy – obrót detaliczny jest posunięciem antykonsumenckim, które stoi w sprzeczności z celem projektowanej regulacji – zwiększeniem dostępu do leków, w tym także refundowanych.

Ustawodawca zmierza ponadto do likwidacji patologii polegającej na sprzedaży leków refundowanych za grosz lub dopłacaniu konsumentom do realizacji recepty. Zdaniem urzędu nieefektywne rozwiązania w tym zakresie wynikają z zaniedbań regulatora, który dopuszcza do sytuacji, w której limit refundacji jest znacząco wyższy od kosztu produkcji oraz dystrybucji niektórych leków. Do wyeliminowania tego typu sytuacji wystarczający, zdaniem urzędu, jest zapis art. 16 ust. 6 projektu, zgodnie z którym, jeżeli cena detaliczna jest niższa od limitu finansowania, limit ten ulega obniżeniu do wysokości ceny detalicznej”.

Bardzo bym prosił pana ministra o komentarz w tej sprawie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo.

Uwagi te były zgłaszane chyba ponad pół roku temu, jeszcze do wstępnej wersji projektu, który potem trafił do uzgodnień międzyresortowych. Wiele spraw zostało wyjaśnionych. Ja powiem tak, w tej chwili są marże maksymalne i jest tak, jak jest – a wiemy, jak jest. Jeśli chodzi o szpitale, to tam są przeprowadzane przetargi i ceny leków są w świadczeniach gwarantowanych w ramach JGP. Tak że to jest zupełnie inna sytuacja. W związku z tym szpital musi pozyskać leki jak najtaniej i najefektywniej z punktu widzenia ekonomicznego czy finansowego. W trakcie uzgadniania tych kwestii... Aha, jeszcze powiem, że rozwiązania w postaci maksymalnych marż i sztywnych cen są stosowane w ponad połowie krajów Unii Europejskiej – także w dużych krajach, które mają ten rynek leków bardzo ucywilizowany, że tak powiem. I to funkcjonuje, nie ma do tego żadnych zastrzeżeń. Być może niektórzy cały czas będą mieli zastrzeżenia, bo marże maksymalne dają możliwość takiego funkcjonowania, jak obecnie, a my zmieniamy ten system i sposób myślenia. Nie mówimy o działaniach na poziomie apteki czy hurtowni, tylko mówimy o działaniach sensownych na poziomie całego systemu negocjacji, wniosków refundacyjnych, cen, na poziomie ministerstwa. Tak że chodzi tu o przywrócenie takiej polityki, dzięki której możemy się w jakiś sposób dogadać, negocjować i wypracować konkretne, sensowne rozwiązania.

A o uszczegółowienie tej odpowiedzi poprosiłbym panią mecenas, która była przy tych uzgodnieniach ustawowych w zeszłym roku, kiedy ja jeszcze tą sprawą się nie zajmowałem. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Jeśli chodzi o uwagi UOKiK, to były one podnoszone w toku uzgodnień zewnętrznych, a ostatni raz na posiedzeniu Komitetu Stałego Rady Ministrów. Po spotkaniu Komitetu Stałego Rady Ministrów zalecenie było następujące: minister zdrowia powinien odbyć spotkanie z UOKiK, z udziałem ministra Skarbu Państwa i pana ministra Boniego. To spotkanie się odbyło, UOKiK na tym spotkaniu wycofał się ze zgłoszonych uwag i ustawa została przyjęta przez Radę Ministrów jako uzgodniona. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa chce zabrać głos?

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić do protokołu.

**Prezes Rady Nadzorczej Związku Pracodawców
Hurtowni Farmaceutycznych Andrzej Stachnik:**

Andrzej Stachnik, Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowny Panie Ministrze! Wysoka Komisjo!

Związek pracodawców prosi o możliwość zaprezentowania niezależnej, obiektywnej oceny skutków ustawy refundacyjnej. Ta ocena bardzo się różni od tego, co przedstawił pan minister. Niezależne firmy bardzo różnią się w tej ocenie zarówno jeżeli chodzi o skutki dla pacjentów, jak i dystrybutorów. To będzie krótka prezentacja, przygotowana przez firmę IMS Poland. Zaprosiliśmy pana prezesa Michała Pilkiewicza, który chciałby przedstawić skutki tej regulacji w ocenie niezależnej firmy badającej ten rynek od ponad dwudziestu lat.

Ja ze swojej strony mogę powiedzieć, że Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych zupełnie nie zgadza się z przedstawioną tu oceną skutków tej ustawy. Uważamy, że redukcja o 50% marży dla hurtowników spowoduje, że dostępność leków w Polsce będzie zagrożona, a przecież jednym z fundamentalnych celów tej ustawy jest poprawa dostępności leków na polskim rynku. My jako hurtownicy nie widzimy możliwości przetrwania w tym systemie.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, pan Michał Pilkiewicz przedstawi kompleksową ocenę. Ta krótka prezentacja na pewno pozwoli nam wszystkim wyrobić sobie zdanie na ten temat.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Jeżeli krótko, to bardzo proszę.

Country Manager IMS Health Poland Michał Pilkiewicz:

Szanowni Państwo!

Na kilkunastu slajdach postaram się przedstawić naszą opinię w sprawie ewentualnych skutków tej ustawy z uwzględnieniem pozycji Polski, czyli z takiej, powiedziałbym, globalnej perspektywy.

Na początek powiem, że my jesteśmy największą na świecie firmą badającą rynek farmaceutyczny, mamy ponad pięćdziesiąt lat doświadczenia ze stu krajów – ja będę w trakcie tej analizy troszeczkę się odnosił do naszego doświadczenia z innych rynków – i jesteśmy jedynym podmiotem będącym w stanie dokonać kompleksowego oglądu sytuacji, ponieważ posiadamy informacje na temat producentów, hurtu, działalności aptek, rynku szpitalnego, promocji, lekarzy oraz płatników.

Krótko opowiem o sytuacji w Polsce na tle innych krajów europejskich, o średniej cenie leków, o poziomie odpłatności, o bardzo ważnym zjawisku, o którym nie było dotychczas mowy, a mianowicie o eksporcie równoległym, rynku hurtowym i aptecznym oraz dokonam krótkiego podsumowania na temat wpływu na tę sytuację nowej ustawy.

Polska jest szóstym pod względem wielkości rynkiem w Europie. Ale jeżeli porównamy polski rynek do rynku kraju o podobnej liczbie mieszkańców, jakim jest Hiszpania, to okazuje się, że rynek ten jest dwuipółkrotnie mniejszy. Z kolei jeżeli porównamy wskaźnik wydatków per capita, czyli w przeliczeniu na jednego miesz-

kańca, to, jak widać, zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie – ten wskaźnik jest u nas dwa razy niższy niż w Hiszpanii. Na przykład Słowacja czy Węgry mają wydatki większe odpowiednio o 47% i 60% na głowę mieszkańca niż obecne wydatki w Polsce.

Specyfika polskiego rynku to ewenement na skalę europejską. Ponad 60% rynku pod względem wartości to leki generyczne. Z kolei w obszarze leków innowacyjnych jesteśmy dziewiątym rynkiem w Europie. Jest to sześć razy mniej w porównaniu do Hiszpanii.

Pod względem liczby produktów innowacyjnych jesteśmy na ósmym miejscu, ale są to produkty, które od wielu lat znajdują się u nas na rynku. W porównaniu do innych krajów, w których nieraz jest wprowadzanych kilkanaście lub kilkadziesiąt nowych produktów, w Polsce zmiany te nie są tak częste, dlatego stwierdzamy, że nie ma u nas dostępu do leków innowacyjnych.

Jeśli mówimy o średniej cenie leków – państwo w wielu swoich prezentacjach i analizach odnoszą się do wpływu nowej ustawy na rynek leków – to średnia cena leków w Europie, generycznych i innowacyjnych łącznie, wynosi 8 euro. W Polsce dzisiaj cena ta kształtuje się na poziomie poniżej 4 euro, to znaczy 50% średniej europejskiej, czyli zmiany, o których mówi ministerstwo, są przygotowywane na bardzo małej bazie i przy bardzo niskim koszcie pojedynczego leku. Leki innowacyjne kosztują średnio 16 euro za jeden produkt, a w Polsce poniżej 8 euro, to jest 54% mniej niż wynosi ta średnia. Podobnie jest z lekami generycznymi, które u nas należą do najtańszych w Unii Europejskiej, ich cena wynosi bowiem 40% poniżej średniej europejskiej.

Jeżeli chodzi o odpłatność za leki regulowaną przez pacjenta, to analizy, którymi dysponujemy, pokazują, że Polska należy do krajów o najwyższym udziale pacjenta we współpłaceniu za nie, zarówno na poziomie wszystkich wydatków, to jest 67%, jak i płacenia za leki refundowane – 32%. W innych krajach zawiera się to między 40% a ponad 20%, co widać na załączonym wykresie.

Zastanawialiśmy się długo, w jaki sposób nowa ustawa wpłynie na rynek leków. Przyjmując założenia dotyczące zamrożenia wydatków, które są jasno opisane w ustawie, na poziomie budżetu roku 2011, NFZ w najbliższych czterech latach zaoszczędzi kwotę ponad 5 miliardów zł. Jeśli przyjmiemy tylko dwa scenariusze, to pierwszy z nich, który mówi, że w wyniku negocjacji oszczędności te zostaną pokryte przez firmy produkujące leki generyczne i innowacyjne, my uznajemy za mało prawdopodobny. Koszty przeniesione na firmy produkujące leki generyczne wyniosłyby ponad 3 miliardy 600 milionów zł, a na firmy produkujące leki innowacyjne – 1 miliard 700 milionów zł. Jeśli z kolei zejdziemy niżej, na sytuacje w poszczególnych klasach czy koszykach, o których mówi ministerstwo, to taka obniżka nie jest możliwa z dwóch powodów. Po pierwsze, ceny leków w Polsce są już tak niskie w stosunku do cen leków w Europie, że nie ma tak dużego marginesu, który zakłada ministerstwo. Po drugie, firmy innowacyjne nie będą w stanie obniżyć cen tych leków w Polsce ze względu na olbrzymią różnicę w stosunku do ich cen w innych krajach europejskich. Dlatego nasze szacunki mówią, że koszt zmniejszenia wydatków przez NFZ w znacznej mierze zostanie poniesiony przez pacjentów i szacujemy to na kwotę co najmniej 3 miliardów zł w najbliższych czterech latach.

Bardzo ważnym zjawiskiem – tutaj odnosiliśmy się do dostosowania naszego prawa do przepisów Unii Europejskiej – jest zjawisko eksportu równoległego, który

notabene jest kształtowany odpowiednią dyrektywą. Nasza wstępna opinia – nie słyżeliśmy tego nigdzie ani obszar ten nie był analizowany – mówi, że nowa ustawa w istotny sposób wpłynie na to zjawisko. Obecnie jest on szacowany na ponad 800 milionów zł. Zakładamy, że będzie co najmniej dwu-, trzykrotne zwiększenie tego eksportu, czyli leki, które zostały wprowadzone w Polsce, będą wywożone do innych krajów, głównie do Niemiec, Anglii, Skandynawii czy Hiszpanii, gdzie są po prostu droższe. Jako przykład może służyć prezentowana tu pierwsza dziesiątka leków. W wypadku wybranych leków jest to 6–50% całej sprzedaży leków w Polsce. Eksport ten jest liczony w dziesiątkach milionów złotych i ma tendencję wzrostową. Piętnaście produktów wyjeżdżających z Polski odpowiada dzisiaj za 13% całego eksportu równoległego. Jak mówiłem, z kwartału na kwartał eksport ten rośnie, dlatego że jesteśmy krajem o bardzo atrakcyjnej cenie leków innowacyjnych, a poza tym trend ten zaczyna już dotyczyć także leków generycznych.

Oto przykład. Mamy dwa leki: Zoladex i Seretide. Proszę zwrócić uwagę na dwie kwoty: 212 zł i 34 zł, i porównać je z cenami leków w okolicznych krajach. Jesteśmy najtańszym krajem i decyzją firmy innowacyjnej przystępującej do rozmów jest dalsze obniżenie ceny, by fundamentalnie zwiększyć eksport leków do krajów ościennych, utrzymać cenę leków albo wycofać je z list refundacyjnych. My zakładamy, że w wielu wypadkach leki te zostaną wycofane z list refundacyjnych, dlatego że firmy nie mogą sobie pozwolić na tak duże obniżenie ceny, a mówimy tu o lekach, które kształtują gros wydatków refundacyjnych ministerstwa.

Przykładem negatywnych skutków eksportu na rynku, który jest jeszcze bardziej dojrzały niż nasz, jest Wielka Brytania. Dyrektywa Unii spowodowała, że w wypadku leków, które są najczęściej eksportowane czy wywożone, często obserwuje się istotny, zgłaszany do izb, brak dostępności tych leków w aptekach. Dotyczy to nawet poziomu popytu przekraczającego kilkanaście procent i sięgającego do 30%. Tych leków po prostu nie ma. Pacjent przychodzi do apteki i musi wrócić za jakiś czas, żeby kupić lek. To są przykłady z Wielkiej Brytanii.

I na koniec parę słów o rynku hurtowym i aptecznym. Polska jest bardzo specyficznym rynkiem, dlatego że działają na nim firmy polskie. Nie ma praktycznie kapitału zagranicznego – są tylko dwie firmy w drugiej piątce hurtowni. Trzy hurtownie, odpowiadające za blisko 70% sprzedaży, to hurtownie polskie. Jeśli popatrzą państwo na średnią marżę hurtową na rynku polskim, to wynosi ona 9,8%, czyli jest taka sama jak średnia europejska. Chciałbym przy tym zwrócić uwagę, że na przykład w Finlandii – ona jest tutaj na samym końcu, to informacja dla państwa, którzy siedzą dalej – marża wynosi 3,6%. Nie należy się tym kierować, oceniając rentowność tego kanału, dlatego że najważniejszą informacją jest zysk, jaki hurtownia osiąga ze sprzedaży jednego opakowania leku. Obecnie średnia w Europie wynosi 0,82 euro, a w Polsce jest 0,35. Wprowadzenie pięcioprocentowej marży spowoduje obniżenie tego zysku do najniższego poziomu w Europie – 0,18%. Przywołana przeze mnie Finlandia ma w tej chwili zysk na poziomie 0,52%. Wszystko to jest związane z tym, że w Polsce leki są bardzo tanie, a więc procent od niskiej ceny daje bardzo mały zarobek jednostkowy. Ważne jest, że koszty główne, czyli koszty płac, transportu, inwestowania w magazyny, są na podobnym poziomie co w Europie Zachodniej.

Jeśli chodzi o apteki, sytuacja jest, o czym tu już zresztą mówiło ministerstwo, odmienna od innych rynków, dlatego że u nas mamy bardzo dużą liczbę aptek, ponad

trzyście tysięcy, i przypada na nie bardzo mała liczba pacjentów. Obecnie średni obrót apteki wynosi 515 tysięcy euro rocznie, ale średnio mamy dwa tysiące ośmiuset pacjentów. Gdy porównujemy te wskaźniki do bardziej dojrzałych rynków, to okazuje się, że na przykład we Francji na jedną aptekę przypada podobna liczba pacjentów, ale jej obrót jest blisko dwa razy większy. Jeśli z kolei popatrzymy na taką samą liczbę aptek, jak ma Polska, w Wielkiej Brytanii, to ten obrót też jest większy, czyli jednostkowo apteki w Polsce realizują znacznie niższą sprzedaż niż podobna liczba aptek w krajach zachodnich o podobnej wielkości.

Średnia marża na leki refundowane w całej Europie wynosi blisko 25%. W Polsce jest ustawiona na poziomie 16%. Jest ona najniższa w Europie.

Odpowiedzieliśmy sobie również na pytanie, co się stanie w momencie wprowadzenia tej ustawy, gdyż w obecnej ustawie brakuje zapisów dotyczących okresu przejściowego. Ja pokazałem tylko jeden przykład, że prawo wymusi przecenę w hurtowniach towarów, co oznacza jednorazową stratę – dla wszystkich hurtowni działających w Polsce – na poziomie 47 milionów zł. Apteki będą musiały dokonać takiej samej przeceny. Ustawa uniemożliwia dzisiaj zrefundowanie tej przeceny przez producentów czy hurtowników, jak to czasami miało miejsce. Mówimy o kosztach dla wszystkich aptek w Polsce na poziomie 91 milionów zł. Ja nie mówię, że nie jesteśmy w stanie powiedzieć, jak będą te przeceny dokonywane w ciągu roku w wypadku zmian limitów i cen. Szacujemy, że będzie to kwota od kilkunastu do kilkudziesięciu milionów złotych dodatkowo w skali roku, jeżeli nie znajdą się przepisy przejściowe. Innym tematem z tym związanym jest na przykład możliwość sprzedawania leków uszkodzonych, ale już nie chcę rozwijać tego wątku.

Drugą ważną informacją jest to, że przy tak dużej liczbie aptek dwadzieścia dziewięć z nich jest na granicy rentowności. My szacujemy, że w Polsce jest ponad cztery tysiące aptek, których średni miesięczny obrót jest mniejszy niż 100 tysięcy zł. Są to najczęściej apteki w małych miejscowościach, poza dużymi centrami, obsługujące konkretne grupy pacjentów.

Szacując efekt domina, który niewątpliwie wystąpi przy tak dużej zmianie, jaką planuje regulator, uważamy, że w pierwszym roku czy w ciągu dwóch lat w istotny sposób pogorszy się rentowność hurtowni przy wprowadzeniu 5% marży. Tu jest wiele czynników. Powinna ona być negatywna, czyli hurtownie powinny mieć ujemne zyski. To samo dotyczy 10–15% aptek. Uważamy, że tych 10–15% aptek albo zlikwiduje swoją działalność, albo po prostu zbankrutuje. Jeżeli będą to bankructwa na dużą skalę, będzie to oznaczało kłopoty dla hurtowni. Według naszej opinii może wystąpić ograniczony dostęp pacjentów do leków, wynikający zarówno z ich eksportu, jak i z sytuacji, która może nastąpić, jeśli duża hurtownia – jedna z trzech, obejmująca, przypominam, 70% rynku – będzie miała problemy finansowe. Dla państwa informacji podam, że większość hurtowni w Polsce ma zadłużenia kredytowe na ponad 1 miliard 500 milionów zł. Są to oficjalne dane, które można poznać z ich raportów, bo są to spółki giełdowe.

Jednym z końcowych efektów będzie również wzmocnienie pozycji dużych aptek oraz aptek sieciowych. Widzimy też możliwość wejścia na polski rynek firm zagranicznych, dlatego że, tak jak powiedziałem na początku, Polska jest ewenementem i takich firm, dużych graczy zachodnich, u nas nie ma.

Podsumowując, powiem, że Polska ma największy rynek leków generycznych. Mamy najniższe ceny zarówno dla leków generycznych, jak i oryginalnych, i ograniczony dostęp do leków innowacyjnych. Nowa ustawa nadal będzie ograniczała dostęp do nich, zarówno na poziomie aptek, jak i szpitali.

Wydatki pacjenta na ochronę zdrowia są u nas najwyższe w Europie. Kondycja aptek w Polsce nie jest najlepsza. Mamy najniższe marże i najmniejszą liczbę pacjentów. Marże hurtowe są najniższe w Europie, a Polska jest liczącym się krajem i eksport równoległy w obszarze leków się zwiększy. Efektem wprowadzenia nowej ustawy będzie istotne ograniczenie wydatków finansowych NFZ, ale koszty tej zmiany poniosą głównie pacjenci.

Nie będę się odnosił do komplikacji związanych z uchwaleniem tej ustawy. Jako ekspert szacuję je, powołując się na wiele krajów i przykładów. W tej analizie posłużyłem się przykładami krajów, które takie reformy przeprowadziły, na przykład Węgier. W ostatnim czasie ważne były negocjacje z Grecją i Niemcami. A skutki, o których mówię, dotyczą nie tylko Polski, ale również innych krajów. Dziękuję serdecznie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję za ciekawe wystąpienie i poproszę pana ministra o ustosunkowanie się do niego na gorąco.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Wcześniej nie mieliśmy materiału zawierającego przedstawione tu kwestie. Nie mogę się zgodzić ze stwierdzeniem, że jesteśmy na średnim poziomie marży europejskich, dlatego że nasze dane wskazują, iż poziom marż w Europie wynosi średnio 1–7%, a u nas w tej chwili jest to 8,91%, nie można więc powiedzieć, że jest to poziom najniższy. W wielu krajach marże hurtowe wynoszą około 5%.

Jeśli chodzi o cały materiał, to zabrakło jeszcze informacji, jakie są wydatki na leki w stosunku do dochodów na głowę mieszkańca. Bo to, że są dwa i pół raza czy dwa razy niższe niż w jakimś kraju, jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że tam dochody na jednego mieszkańca są trzy czy cztery razy wyższe, to musielibyśmy mieć również te dane. Mimo wszystko, nawet jeżeli nie będą to takie proporcje, to wtedy te wykresy się spłaszczają i nie mają takiego charakteru, jaki był zaprezentowany tutaj.

Pan potwierdził, że wiele aptek jest w tej chwili na granicy rentowności. Prezentacja ta potwierdza również to, że w gorszej kondycji są apteki w małych miastach, na prowincji kraju. My się z tym zgadzamy, a dzieje się tak, dlatego że tam nie dociera to, co jest teraz przedmiotem dużego biznesu, czyli rabatowanie, promocje i różnego rodzaju upusty, które są kreowane szczególnie w aptekach sieciowych, w dużych miastach, gdzie dostępność do tego rynku jest zdecydowanie większa i tam, gdzie ma to w sumie jakąś wartość dodaną. Bo czy, proszę państwa, lek za grosik kosztuje grosik? Można się zastanowić nad tym, prawda? W części się zgadzam z tą prezentacją, w części uważam, że można było jeszcze pogłębić te dane. My się z nią jeszcze zapoznamy, ponieważ proces legislacyjny trwa, nie kończymy go dzisiaj, przecież jeszcze w przyszłym tygodniu będzie posiedzenie Senatu, zapewne będzie też powtórne posiedzenie Komisji Zdrowia i na pewno do tego czasu pochylimy się nad tą prezentacją. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Pan profesor Tatoń prosił o głos. Proszę bardzo.

**Kierownik Oddziału Diabetologicznego
w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii
na II Wydziale Lekarskim na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Jan Tatoń:**

Ja mam następujące pytanie. Wszyscy wiemy, że głównymi problemami obecnej ochrony zdrowia są epidemie chorób przewlekłych. Sposób leczenia chorób przewlekłych, również w mojej specjalności, opiera się obecnie na samoopiece, samokontroli, na pewnym specjalnym systemie leczenia, który oprócz leków wymaga także sprzętu dla pacjenta. Na przykład moi pacjenci z cukrzycą wymagają glukometrów, ketonometrów, tensjometrów, a także pomp insulinowych i cewników do tych pomp.

W ustawie do tej pory było tak, że w dużej mierze wydatki na sprzęt do samoopieki, który daje dużą potencję polepszenia jakości wyników leczenia, był oferowany – na przykład peny czy automatyczne wstrzykiwacze – przez firmy. Tak to się działo i tak to było praktykowane. Teraz w ustawie jest napisane, że tego rodzaju działalność będzie karana. Jeżeli pacjent przyjmie tego rodzaju sprzęt, może być karany, czyli jest to jak gdyby odsunięte. Chciałbym wobec tego zapytać, czy ustawa przewiduje rozszerzenie refundacji na sprzęt do samoopieki i samokontroli w chorobach przewlekłych, z którego korzystanie w dotychczasowy sposób jest zakazane w tej ustawie. Jest to bardzo ważne, ponieważ im bardziej powszechne jest leczenie tego rodzaju, tym lepsze są wyniki leczenia, tym mniej jest powikłań, tym w sumie jest taniej i lepiej. I tutaj pojawia się pytanie, czy są szanse na refundację tego sprzętu.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Jeśli chodzi o choroby przewlekłe – pan profesor mówi tu przede wszystkim o cukrzycy – to chcę państwu przypomnieć, że wprowadziliśmy pompy insulinowe dla dzieci do osiemnastego roku życia, a teraz chcemy przedłużyć ten okres do dwudziestego szóstego roku życia. Osprzęt do tych pomp jest finansowany z Narodowego Funduszu Zdrowia, tak że w ciągu ostatnich dwóch, trzech lat pojawiła się nowa jakość leczenia, szczególnie dla młodych pacjentów, którzy potrzebują takiej terapii, i jest ona finansowana, jest to więc na pewno duży krok naprzód.

Niedawno została skierowana do Agencji Oceny Technologii Medycznych propozycja programu terapeutycznego, który obejmie pacjentów, u których są wskazania do zastosowania analogów insuliny długo działających. W tej chwili jest to w agencji oceniane. Zobaczmy, czy agencja potwierdzi założenia programu, które zostały przy-

gotowane przez szefa Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, konsultanta krajowego w zakresie diabetologii, tak że tutaj, Panie Profesorze, zmierzamy coraz szerzej w kierunku pomocy osobom z chorobami przewlekłymi, aby miały dostęp do jak najlepszej jakościowo terapii.

A co do penów...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, sekundkę.

Tak. Jeżeli pen jest elementem niezbędnym do zastosowania insuliny, nie można tego traktować jako zachęty i tutaj nie widzimy problemu, dlatego że to nie jest zachęta, tylko narzędzie do wykonania iniekcji i podania leku. W tym zakresie nie widzimy tu problemu. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.

Proszę, pan profesor Rowiński.

Konsultant Krajowy do spraw Transplantologii Klinicznej Wojciech Rowiński:

Wojciech Rowiński, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej.

Jako człowiek związany od czterdziestu pięciu lat z przeszczepianiem narządów chcę powiedzieć, że jest to unikalna, jedyna metoda leczenia, w której społeczeństwo ma własny wkład w system ochrony zdrowia, bo daje bezcenny dar – narząd. Bez narządu największe środki finansowe nic by nie zdziałały.

Z mojego rozumienia ustawy wynika, że istnieje dość realne ryzyko konieczności przestawienia ponad dwunastu tysięcy chorych, którzy otrzymują leki immunosupresyjne, i to w schematach, na tańsze z natury rzeczy leki generyczne. Ja sam stosuję leki generyczne, nie immunosupresyjne, bo są tańsze.

Chcę powiedzieć, że nie ma żadnych dowodów naukowych na świecie, że immunosupresyjne leki generyczne dają taki sam efekt w sensie przeżycia odległego. W Polsce jest ponad dwanaście tysięcy chorych z czynnym narządem, z dobrą czynnością po przeszczepieniu serca, wątroby i nerek. Gdyby się okazało, że zajdzie taka konieczność – tak jak to miało miejsce przed paru laty, kiedy to w ciągu jednego dnia ministerstwo, nie to, tylko poprzednie, wprowadziło jeden z generyków cyklosporyny i chorzy się o tym dowiedzieli 1 stycznia, a lekarze w dowiedzieli się od chorych – to byłaby katastrofa. Chorych widzimy raz na trzy miesiące. Oni wychodzą z receptą na leki. A gdyby musieli być przestawieni na inny lek, wymagałoby to co najmniej około 10 milionów zł i co najmniej pół roku oczekiwania, bo każdy chory musi mieć trzykrotnie sprawdzone stężenie leku. Poza tym nikt nie udowodnił, że leki generyczne w schemacie, czyli gdy są stosowane dwa lub trzy leki, działają tak samo jak leki innowacyjne. Skierowałem w tej sprawie pismo do pani minister Kopacz i do pana senatora Sidorowicza, a ponieważ w art. 16 w ust. 3 jest *passus*, że na podstawie stanowiska Rady Przejrzystości dopuszcza się tworzenie odrębnych grup limitowych, moje pytanie brzmi: czy istnieje możliwość stworzenia odrębnej grupy limitowej dla każdego z leków immunosupresyjnych? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo! Panie Profesorze!

Nie może być badań odległych, ponieważ leki te dopiero się pojawiają, tak że w porównaniu do wieloletnich obserwacji, jakie państwo mają w stosowaniu leków immunosupresyjnych, tu nie jest możliwe zaprezentowanie tego typu badań. Jest dzisiaj w tej sali sporo farmaceutów i farmakologów, ludzi znających się na problemach biorównoważności, na problemach farmakokinetyki, na problemach farmakodynamiki, i wiedzą oni, że to są pojęcia, za którymi kryje się ogromna wiedza porównawcza dotycząca leków innowacyjnych, leków generycznych bądź generycznych ze sobą wzajemnie... Jeżeli coś jest generykiem, to powstaje pytanie, czy to oznacza, że jest gorsze. Jeżeli jest gorsze, to nie jest generykiem. Jeżeli nie spełnia tych parametrów, nie może być traktowane jako lek generyczny, a jeżeli spełnia parametry, o których wspominałem, i są badania porównawcze, to jest generykiem.

Problem, który pan przedstawia, Panie Profesorze, jest problemem, z którym miałem okazję wczoraj się zapoznać, bo chyba wczoraj to pismo do mnie trafiło. My będziemy analizować tę sprawę. Myślę, że na tym etapie nie ma problemu, bo jeżeli znajdzie potrzeba i pojawią się leki immunosupresyjne, które mają inną charakterystykę, funkcjonują inaczej, na innej zasadzie, to nie będą to leki generyczne tylko będą to inne preparaty. My prześlemy sprawę do Agencji Oceny Technologii Medycznej, aby się odniosła do tej kwestii oraz przeanalizowała najnowsze dostępne w tym zakresie piśmiennictwo i w odpowiednim czasie zajmiemy stanowisko w tej kwestii. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Rozumiem, Panie Profesorze, że ad vocem? Bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy do spraw Transplantologii Klinicznej
Wojciech Rowiński:**

Panie Ministrze, ja doskonale zdaję sobie sprawę ze znaczenia biorównoważności i tych innych rzeczy, o których pan powiedział. My wiemy, bo to jest sprawdzone, bo przedstawialiśmy chorych na leki generyczne, że ona nie zawsze jest taka sama. Proces rejestracji leków generycznych zakwestionowano w Stanach Zjednoczonych. Proces rejestracji w FDA, stosowany również w Europie, nie odpowiada żadnym kryteriom w odniesieniu do leków immunosupresyjnych. Bada się trzydzieści osób, głównie zdrowych mężczyzn, ochotników, a leki immunosupresyjne mają to do siebie, że, po pierwsze, jest zmienność osobnicza we wchłanianiu, a po drugie, jest interferencja z pożywieniem. Ja nigdy nie mówiłem, że generyki są złe, ale przedstawiając chorych na jeden z generyków cyklosporyny, zauważyliśmy ogromne różnice. Substancja czynna jest ta sama. Zresztą prosiliśmy panią minister, żeby na posiedzeniu krajowej rady zechciała poprosić pana ministra lub dyrektora Fałka o spotkanie z nami, ponieważ

chcemy przedstawić nasze argumenty, a nie wrażenia, że to nie jest zupełnie to samo. W tej chwili w Polsce jest na przykład zarejestrowanych trzynaście generyków jednego z leków immunosupresyjnych, z których część była rejestrowana przed wprowadzeniem nowych przepisów przez EMA, czyli Europejską Agencję Medyczną. Sądzę, że automatyczne wprowadzenie konieczności stosowania leku generycznego, dlatego że jest tańszy, może spowodować to, iż część chorych straci przeszczep. To będzie sprawdzanie skuteczności leku na ludziach z dobrą czynnością narządu.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Teraz pytania będą zadawali kolejno: pan prezes Śledziwski, pan prezes Kucharewicz i pan mecenas Markiewicz. Bardzo proszę.

**Prezes Zarządu
Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
Cezary Śledziwski:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący, za zgodą komisji są tutaj eksperci czy doradcy z CASE, którzy również robili symulacje, oraz z Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową, którzy badali wpływ ustawy na przemysł krajowy. Gdyby była możliwość, to bym uprzejmie prosił o zgodę na krótką wypowiedź, bez prezentacji, dwóch specjalistów, pani Katarzyny Piętki z CASE i pana doktora Fundowicza z Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę o krótkie wypowiedzi.

**Wiceprezes Zarządu Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Doradcy
Katarzyna Piętka-Kosińska:**

Jedno zdanie wstępu. CASE – Doradcy zajmuje się rynkiem farmaceutycznym od prawie dziesięciu lat. W ostatnich latach przygotowało model, który analizuje rynek na poziomie pojedynczego leku i na podstawie tego właśnie modelu, naszych prognoz makroekonomicznych oraz prognozy demograficznej GUS przygotowaliśmy symulacje, ale też projekcje do 2020 r., jak będzie wyglądał koszt refundacji i efekty dla pacjenta, dla producentów, dla NFZ. Po kolei.

Efekty dla pacjentów. Z naszych analiz wynika, że sposób ustalania budżetu, jaki został zaproponowany w ustawie, gdzie nakłada się ograniczenie od góry wydatków na refundację oraz poziom wydatków na programy terapeutyczne i chemioterapie, są tak naprawdę decyzją arbitralną Narodowego Funduszu Zdrowia i ministra zdrowia. Refundacja apteczna jest tak naprawdę wielkością wynikową. W ostatnich latach wydatki na chemioterapie i programy lekowe rosły bardzo dynamicznie, były nawet liczone w kilkudziesięciu procentach. W ostatnim roku wydatki na chemioterapie spowolniły, a to dlatego, że były negocjacje cenowe. Założenie na kolejne lata, że dynamiki bę-

dą równie niskie, jest w zasadzie nierealne. My w swoich projekcjach na kolejnych dziewięć lat założyliśmy dosyć ostrożnie właśnie kilkuprocentowy wzrost wydatków na chemioterapię i programy lekowe. Wynika z niego na przykład to, że kwota na refundację apteczną maleje nie tylko w relacji do wydatków na świadczenia zdrowotne, ale także maleje nominalnie o prawie 1 miliard zł z poziomu 8,6 w 2011 r.

Nowe regulacje, a głównie ustalanie limitu na podstawie leku najdroższego spośród 15% najtańszych, dawałyby szansę na to, że wydatki pacjenta by zmalały. Ale mają być wprowadzone nowe grupy limitowe i z wykazu tych grup, który ministerstwo udostępniło jesienią, wynika, że będzie ich mniej o ponad połowę. To znaczy, że się łączy niektóre cząsteczki leku lub niektóre grupy leków, które dotychczas nie były łączone. W niektórych wypadkach jest to racjonalizowanie systemów, w niektórych jest to łączenie, tak jak mówię, cząsteczek, które nie były łączone wcześniej. Z naszych szacunków wynika, że powoduje to bardzo duże przeniesienie kosztów z NFZ na pacjenta. Jeśli porównamy je do wydatków, które pacjent faktycznie poniósł w 2010 r., wyniesie to nawet ponad 30%. Żeby zrównoważyć ten wzrost wydatków pacjenta, producenci leków, które są nieinnowacyjne, czyli mają swoje odpowiedniki lub są generykami, musieliby obniżyć ceny średnio o 35%, żeby zrównoważyć te większe wydatki pacjenta.

Kolejna kwestia dotyczy tego, że jest wprowadzany payback. My uważamy, że w momencie gdy firmy będą się orientowały, iż są narażone na zapłacenie tego odprowadzenia zwrotu, będą ograniczały dostęp do tych leków. To oczywiście będzie godziło w pacjenta, jest więc zmianą jakościową.

Następną grupą zainteresowaną są producenci. Jak już wspomniałam, wprowadzony jest payback. Z analizowanych przez nas doświadczeń międzynarodowych wynika, że obecnie payback jest stosowany tylko przez cztery kraje w Europie, jednak w żadnym z tych krajów jego forma nie jest drastyczna. W Polsce planuje się płacić od każdej złotówki przekraczającej budżet na refundację i to w 100%, czyli tak naprawdę nie ma podziału ryzyka pomiędzy płatnika i producentów, gdy rosną wydatki nawet z powodów obiektywnych, typu epidemie czy wzrost zapotrzebowania na leczenie pewnych chorób.

Poza tym wprowadza się element hazardu w płaceniu paybacku, dlatego że jeśli cały budżet na refundację nie zostanie przekroczony, a w poszczególnych grupach limitowych będzie przekroczony, to jedni producenci nie zapłacą paybacku, ponieważ im się udało, bo w innych grupach te wydatki nie wzrosły. Jest to więc w zasadzie narażenie przemysłu na śledzenie tego niemalże w warunkach hazardu, kombinowanie, żeby nie ponieść tego typu wydatków.

Kolejna rzecz to składka na Agencję Oceny Technologii Medycznych w wysokości 3% obrotu. Warto tu nadmienić, że są szacunki, które mówią, iż obecny VAT to mniej więcej 1,8% obrotu w całej gospodarce. Nałożenie na tę branżę kwoty w wysokości 3% od obrotu, jest, wydaje mi się, dosyć drastyczne. Rodzi się pytanie, dlaczego to ryzyko nie jest, tak jak w wypadku paybacku w innych krajach, dzielone między wnioskodawcę, który chce wprowadzić nowy lek, a płatnika lub w całości pokrywane przez wnioskodawcę? Zgodnie z ustawą jest to pokrywane przez wszystkich w równym stopniu.

Kolejnym podmiotem, na który ma wpływ ustawa, jest oczywiście NFZ. Jak już powiedziałam, z jednej strony przez taką konstrukcję budżetu przeznaczanego na refundację ustawa przerzuca deficyt w finansowaniu leków albo na przemysł, na produ-

centów, albo na pacjenta, albo częściowo na ten podmiot, częściowo na drugi. Z drugiej strony, nakładając taki limit od góry, ministerstwo w sumie nie stwarza sobie żadnego pola manewru. W momencie gdy będą jakieś epidemie czy wzrośnie liczba zachorowań jakichś grup pacjentów, nie ma tu możliwości manewru, bo jest limit ustalony odgórnie.

Prowadziliśmy również szacunki, jaki efekt może przynieść ustawa dla hurtowników i aptek, ale ponieważ już była o tym mowa, na razie, z braku czasu, powstrzymam się od dalszych komentarzy. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

**Pracownik Naukowy w Instytucie Badań nad Gospodarką Rynkową
Jacek Fundowicz:**

Dzień dobry.

Jacek Fundowicz z Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową.

Prowadziliśmy w instytucie analizę wpływu proponowanych w ustawie rozwiązań wyłącznie na krajowy przemysł farmaceutyczny. Skupiliśmy się zwłaszcza na dwóch kwestiach: trzyprocentowym paropodatk, czyli składce na AOTM, i na paybacku. Pozwolę sobie przedstawić wyłącznie wyniki analizy i wnioski z tego płynące. Gdyby ktoś był zainteresowany całością analizy, to służę uprzejmie raportem, który powstał w wyniku prowadzenia analiz.

Łącznie trzyprocentowy paropodatek i payback wpłynęły na zmniejszenie o około 20% przychodów przedsiębiorstw w zależności od rozpatrywanych scenariuszy, czyli zakładając, że obecnie przychody przemysłu farmaceutycznego wynoszą ponad 15 miliardów zł, ich spadek wyniesie około 3 miliardów zł. W związku z tym, że przedsiębiorstwa produkujące leki są zobowiązane do pokrywania zapotrzebowania na leki, popyt cały czas się nie zmniejsza – zmniejszają się ceny, ale popyt pozostaje stały – istnieje więc niewielkie pole do manewru, jeżeli chodzi o koszty wytwarzania. W związku z tym spadek przychodów, przy utrzymaniu w miarę zbliżonych kosztów, musi skutkować obniżeniem rentowności przedsiębiorstw. Szacujemy, że byłoby to około dwudziestu punktów procentowych spadku rentowności. Czyli branża generująca obecnie około dziesięcioprocentową dodatnią rentowność przechodzi na około dziesięcioprocentową rentowność brutto na minusie. Producenci otrzymują bowiem niejako alternatywę: albo obniżą ceny, co, jak wynika z naszych analiz, postawiłoby producentów w sytuacji poniżej progu rentowności, a jeżeli nie obniżą cen, muszą zwracać w ramach paybacku istotną część swoich przychodów i w wyniku tego również znajdują się poniżej progu rentowności. Nie ma tu ucieczki od rentowności ujemnej. Czyli branża, która obecnie generuje około 1 miliarda 500 milionów zł zysku brutto, przechodzi na straty brutto. Zależnie od analizowanych scenariuszy jest to od ponad 1 miliarda zł do ponad 1 miliarda 500 tysięcy zł straty rocznie.

Jakie to ma praktyczne konsekwencje? Po pierwsze, krótkookresowo musi dojść do spadku zatrudnienia, do spadku płaconych przez branżę podatków, do obniżenia wpływów do ZUS, ale to jeszcze nie jest najgorsze, dlatego że to są skutki krótkookre-

sowe. A jakie mamy konsekwencje w perspektywie kilku lat? Otóż część przedsiębiorstw zdecydowanie czeka bankructwo. Upadną, ponieważ ujemna rentowność, ta strata, o której mówiłem, nie będzie wynikiem przejściowej sytuacji, przejściowego kryzysu na rynku, tylko jest niejako wynikiem zapisów ustawowych, czyli sytuacja producentów nie będzie mogła ulec poprawie. Dotyczy to przede wszystkim firm krajowych, nie części międzynarodowych koncernów, tylko tych średnich, niedużych przedsiębiorstw rodzimych, dlatego że dla międzynarodowych koncernów farmaceutycznych rynek polski stanowi odprysk działalności, będą więc one w stanie przetrwać nawet kilka lat w tej ujemnej rentowności, a dla firm krajowych oznaczać to będzie upadek.

Dalej. Z budżetów przedsiębiorstw jest wyjmowana istotna część ich zysków. W związku z tym ograniczone są ich możliwości rozwojowe, możliwości prowadzenia badań, możliwości inwestowania w biotechnologie, które są przyszłością przemysłu farmaceutycznego. W wyniku tego przedsiębiorstwa utracą możliwość konkurowania nie tylko na rynku krajowym, ale też na rynku międzynarodowym, zostaną wypchnięte przez swoich zagranicznych konkurentów z rynków światowych.

Podsumowując: w krótkim okresie spadek cen, którego możemy się spodziewać, być może doprowadzić do obniżenia wydatków NFZ, ale po kilku latach, kiedy część przedsiębiorstw upadnie, wyjdzie z rynku, zmniejszy się poziom konkurencji na rynku, a w związku z tym mniejsza konkurencja będzie prowadziła do zwyżki poziomu cen. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Pan prezes Kucharewicz, proszę.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Przyznam szczerze, że nie chciałbym się ustosunkowywać do danych, które uzyskaliśmy dosłownie przed chwilą, ponieważ musimy je przeanalizować. Ja mam tylko jedno krótkie pytanie: jakie są gwarancje sprawdzalności przedstawionych tu przez pana prezesa prognoz? Chciałbym to wiedzieć. Bo trzeba sobie zdać sprawę z tego, że dzisiaj mamy ustawę, która przez wielu z nas obecnych tu na sali jest bezwzględnie krytykowana. Trzeba zadać sobie jedno pytanie: czy chcemy mieć ten stan prawny, jaki mamy dzisiaj, czyli stan, który pozwala na liczne patologie, który pozwala na dosyć twardą i momentami bardzo niewłaściwą grę rynkową lekiem refundowanym – chcę podkreślić, że mówię to bardzo delikatnie – czy mamy pozostać przy tym stanie prawnym, jaki dzisiaj mamy, ze wszystkimi patologiami, czy powinniśmy mimo wszystko pochylić się nad zagadnieniem dotyczącym usztywnienia tego rynku i doprowadzić jednak do takiego finału, który te patologie wyeliminuje? Bo wszystkie te prognozy, jakie zostały nam przedstawione – trzeba to sobie powiedzieć otwarcie – wskazują na to, że nie tylko powinna być wprowadzona ustawa refundacyjna, ale również jeszcze inne ustawy. Mam tu na myśli prawo farmaceutyczne, i tutaj między innymi był podany przykład Węgier, gdzie wprowadzono zasadę „apteka dla aptekarza” i uwzględniono demografię oraz geografę, czyli liczbę mieszkańców oraz odległości pomiędzy aptekami.

Trzeba się zastanowić nad tym problemem, bo przez wiele lat zabiegaliśmy o to, żeby apteka była dla aptekarza, żeby te patologie, które dzisiaj wypłynęły, nie były sankcjonowane, i myślę, że trzeba jeszcze rozszerzyć zakres prac na takie zapisy, jakie mają inne kraje, gdzie ten rynek jest doregulowany. Bo kiedy się zaczęły powtarzać patologie? Wtedy gdy aptekami zaczęły się zajmować osoby, które nawet przez pięć minut nie miały nic wspólnego z farmacją i z aptekarstwem, wtedy dopiero nastąpiły te wszystkie patologie, sprzedaże za 1 gr, talony, wygrane samochodowe – to dopiero doprowadziło do bezwzględnej gry rynkowej. Proszę zauważyć, że wszystkie promocje, jakie w ogóle występowały na rynku, to były w zasadzie promocje dotyczące leku refundowanego. Dlaczego nikt nie sprzedawał rutinoscobiny za 1 gr? Dlatego, że były pieniądze w Narodowym Funduszu Zdrowia i mechanizmy, które dzisiaj mamy, pozwalały na tego typu praktyki. Zastanówmy się więc nad tym, czy chcemy pozostać przy tym systemie, jaki mamy dzisiaj, czy nie chcemy jednak jako państwo sankcjonować tych nieprawidłowości. Bo w mojej ocenie państwo jest po to, żeby stanowiło przepisy prawa i żeby przepisy te były egzekwowane i absolutnie nie sankcjonowały patologii. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję za ten głos.
Pan mecenas, bardzo proszę.

**Przedstawiciel Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych
Marek Markiewicz:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Przepraszam za to pytanie. Ono by nie padło, gdyby po wielu naszych spotkaniach z panem ministrem nie padła dzisiaj deklaracja, która nie była przedstawiana. Pan minister zaręczył, że ta ustawa i jej mechanizmy tworzą zgodność z konstytucyjną zasadą wyrażoną w art. 68 ust. 2, który przewiduje równość dostępu do świadczeń medycznych. Po tych prezentacjach rodzi się jednak pytanie: czy ta równość w wypadku pogorszenia sytuacji też będzie gwarantowała konstytucyjną zasadę? Ja chciałbym zadać pytanie w imieniu ZPHF o art. 1 ust. 1 konstytucji, który mówi: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”.

Po tym, co powiedział pan profesor Rowiński i wielu innych mówców, należy zauważyć, że ochrona zdrowia jest pojęciem mierzalnym. Wylicza się nakłady, dostępność do leków, dostępność do procedur, dostępność do generyków, dostępność do leków innowacyjnych. Czy w ślad za tą deklaracją pan minister jest w stanie zapewnić, że poziom ochrony zdrowia nie pogorszy się? Bo to jest dopiero ważna deklaracja, skoro ta ustawa powoduje głębokie przeoranie całego rynku produkcji, dystrybucji leków i ich sprzedaży. Chciałbym powiedzieć, że jeżeli już pan minister, nieprovokowany i niepytany, sięgnął do konstytucji, to te mechanizmy, które są zawarte w ustawie, muszą doprowadzić do polepszenia sytuacji. Takiej deklaracji oczekujemy, gdyż dopiero wtedy te mechanizmy będą uzasadniały ograniczenia swobód konstytucyjnych interesem publicznym. A interes publiczny to jest polepszenie zakresu ochrony zdrowia, a nie utrzymanie go na tym samym poziomie, bo inaczej wszystkie zabiegi w tej ustawie będą oczywiście niekonstytucyjne.

Nie wnikając w kwestie szczegółowe, chcemy, żeby to zostało dzisiaj wyraźnie powiedziane. ZPHF ma zamiar napisać skargę konstytucyjną dotyczącą tej ustawy. Chcemy zmierzyć – będzie ona rozpoznawana gdzieś za rok – jak zmienił się poziom ochrony zdrowia od deklaracji złożonej dzisiaj w jednym z najważniejszych miejsc w państwie, czyli w Senacie Rzeczypospolitej, że ochrona się polepszy, bo nie dopuszczam myśli, że utrzyma się na tym samym poziomie, do stanu, który da się zmierzyć. Przecież mieliśmy do czynienia z profesjonalnymi analizami tego rynku – to są mierzalne zjawiska. I to jest pierwsze pytanie, prośba, dlatego że my chcemy to zawrzeć w skardze jako pewne oświadczenie rządu. Jeżeli się to nie sprawdzi z naszej strony, to skarga będzie bez sensu. Jeżeli nastąpią zmiany, to mamy połowę sukcesu. To chyba naturalne pytanie.

I drugie pytanie, bardzo szczegółowe. Pan senator zapytał jakieś pół godziny temu, dlaczego to szpitale mają zachowaną marżę maksymalną, a gdzieindziej stosowana jest marża sztywna. Ja rozumiem, że pan minister się pomylił, mówiąc: Szpital musi pozyskać leki jak najtaniej i jak najefektywniej. Czy to oznacza, że pacjent nie musi pozyskać tych leków jak najtaniej i jak najefektywniej? Z czego by płynął wniosek, że marże maksymalne należy stosować nie tylko wobec szpitali, jeżeli stosujemy pewną logikę i konsekwencję wypowiedzi. To są tylko dwa pytania, które teraz zgłaszam.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Chciałem ubiec te pytania, ale skoro będziemy dyskutować o konstytucji, poproszę naszych prawników o odpowiedź na pierwsze pytanie.

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

Wysoka Komisjo!

Istotnie, art. 68 konstytucji w ust. 1 stanowi, że każdy ma prawo – bez względu na obywatelstwo, każdy kto jest na terytorium RP – do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, ale nie finansowanych ze środków publicznych, o czym mówi ust. 3, który dotyczy wyłącznie obywateli. Mówi on, że jest równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r., gdy zakwestionował ówczesną ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia, stwierdził wyraźnie w uzasadnieniu, że zakres tych świadczeń musi być zgodny z ustawą. Nieważne, czy ten koszyk świadczeń – negatywny czy pozytywny – jest pełny, czy jest ich w nim 1/2, 3/4, czy 1/3, wszystko zależy od możliwości finansowych państwa, ale zakres dla wszystkich musi być równy. Art. 68 wyraźnie stwierdza: „Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Czyli zwykły ustawodawca ma prawo określić poziom finansowania świadczeń ze środków publicznych. Może to być 50% tego, co jest dzisiaj, czyli z punktu widzenia konstytucyjności nie ma to najmniejszego znaczenia. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.

Czy pan minister chciałby się jeszcze ustosunkować do wypowiedzi?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Myślę, że na te wszystkie pytania już odpowiedziałem w trakcie dyskusji.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dobrze, dziękuję bardzo.

(*Senator Władysław Sidorowicz: Ja mam też takie...*)

Proszę bardzo, pan przewodniczący.

Senator Władysław Sidorowicz:

Ja mam wrażenie, że część obaw, jakie państwo tutaj zgłaszają, rozwieje się, gdy będziemy omawiać poprawki. No ale jeszcze dyskutujemy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

Przedstawicielka Organizacji Pracodawcy RP

Paulina Kieszkowska-Knapik:

Dzień dobry państwu. Paulina Kieszkowska-Knapik, Pracodawcy RP.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeden odnośnik do tej konstytucyjności. Otóż na temat tej ustawy jest kilkanaście opinii, które najpewniej będą przedmiotem obrad senackiej Komisji Ustawodawczej w przyszłym tygodniu. Trzeba jednak wskazać – bo wywiązała się tutaj dyskusja, która pokazuje pewne konkrety – że to nie jest bajanie o jakichś ogólnych zapisach ustawy, to się przebija na konkretne życie konkretnych ludzi, którzy mają przeszczep albo którzy mają cukrzycę, albo którzy są leczeni w programie terapeutycznym. Dlatego ta ustawa wymaga chyba jeszcze pracy nad szczegółami, ponieważ dobre założenia są w niej po prostu źle odzwierciedlone. Nie są efektywnie zapisane.

Mówi się na przykład o większej dostępności do terapii. Jeśli więc ze względów oczywistych, czyli braku środków publicznych, ograniczamy budżet NFZ, to powinniśmy pozwolić ludziom ponieść większe koszty legalnie, żeby mogli leczyć się sami w myśl ust. 1. Tymczasem my mrozimy ich dopłatę, która ma być zawsze większa, bo nawet jeśli producent zgodzi się na obniżenie ceny, to zawsze jest jakaś opłata, którą ten człowiek musi ponieść. W związku z tym, jeśli zamrozimy ją na zawsze – co jest przedmiotem kary, również w stosunku do pacjenta, ponieważ jest przepis karny dotyczący korzyści – powodujemy, że pacjent z definicji musi zapłacić więcej. Z drugiego czytania wynika, że pomysł ministerstwa na ten matematyczny zgrzyt, który jest nie do rozstrzygnięcia, to znaczy zakaz obniżenia ceny, ma powodować jej obniżenie. Praw-

da? Tu zawsze była dyskusja, jak to możliwe. I otóż pan poseł Orzechowski ujawnił, że tak naprawdę chodzi o to, aby ludzi przymusowo przestawić na leki tańsze.

Oczywiście nikt nie ma nic przeciwko lekom tańszym, tylko chodzi o to, czy konstytucyjnie wolno ustawodawcy przymusem ekonomicznym zmieniać obecne terapie. To jest to, o czym powiedział profesor. Oczywiście, można zastępować terapię, ale, proszę państwa, proszę zobaczyć, jak szeroka grupa limitowa jest w art. 16. I tylko minister będzie miał wpływ na to zamiennictwo, nie żaden lekarz, nie AOTM. Proszę zwrócić uwagę, że w kraju, gdzie mamy tylko 15% dostępności do innowacji, przymusowe ekonomiczne blokowanie dostępności do leków tańszych, nawet jeśli producenci obniżą cenę w negocjacjach, jest po prostu konstytucyjnie zakwestionowana w licznych opiniach, które będą musieli państwo analizować w komisji sejmowej.

Ponadto jest to jeszcze wzmocnione tym, że ustawa zawiera bezwzględny zakaz jakichkolwiek korzyści dla pacjenta. To jest z kolei to, o czym mówił pan profesor Taton. To znaczy, że jest kara więzienia za korzyści, które uzyskuje pacjent związany z refundacją. Tu uzyskujemy teraz interpretację, że jeśli chodzi o igły czy peny, to nie... Ale to jest jakaś kazuistyka. Mamy ogólny przepis, z którego wynika, że inne, niewymienione w ustawie korzyści powodują odpowiedzialność finansową i karną po stronie dającego korzyść, a także powodują odpowiedzialność karną po stronie pacjenta. Jaki więc chcemy stworzyć system? Taki, żeby rynek umożliwiał pacjentowi jak największe skorzystanie, przy jego trudnościach finansowych i trudnościach finansowych NFZ, czy też blokujemy to, przestawiając pacjentów, całą populację, nie zważając, że na przykład w takich dziedzinach jak transplantologia tego się nie da zrobić bez ryzyka zdrowotnego, ot tak 1 stycznia?

Następna kwestia dotyczy szpitalnictwa, gdzie nie uzyskaliśmy w dalszym ciągu odpowiedzi na pytanie, jak mają funkcjonować czy zostać przekształcone programy terapeutyczne w zdrowotne. Dla państwa wiedzy programy terapeutyczne są oparte na zasadzie per choroba i tam jest kilka różnych leków dotyczących choroby. Programy lekowe będą oparte na zasadzie per lek i decyzji konkretnego producenta. Musi więc być jakiś mechanizm: albo przekształcenia jednych w drugie, albo współlistnienia jednych z drugimi, tak żeby 1 stycznia nie było blokady w terapii. To, że kontrakty będą obowiązywały jeszcze przez pół roku, to mało. Bo proszę zważyć, że producent będzie ponosił karę, jeśli źle wykona program i umowę z ministerstwem.

Następna sprawa dotyczy grupowania produktów w szpitalnictwie, które zostało zmienione dopiero poprawką na poziomie Sejmu. Czyli de facto minister ma decydować, jaki lek szpital będzie mógł kupić, bo szpital będzie mógł go kupić tylko za taką cenę. Powstaje pytanie: co z pacjentami, którzy nie będą mogli się leczyć tym lekiem? Jakim lekiem oni się mają leczyć? Czy lek limitodawczy zawsze będzie najwłaściwszy dla tych pacjentów? To jest jakiś gigantyczny eksperyment na całym lecznictwie – nie tylko otwartym, ale również zamkniętym.

Część tych kwestii może być rozwiązana bardzo małymi zmianami w tej ustawie, doprecyzowującymi na przykład to, że ceny szpitalne są maksymalne. Obecnie są zapisane jako sztywne. Jest kara za ich obniżanie, ale zarazem jest ekspektatywa ich obniżenia, czyli jest to sytuacja nierozwiązana.

I jeszcze jedna rzecz. Obliczyłam sobie, że zważywszy na to, ile leków jest na liście refundowanej, ministerstwo będzie miało trzy minuty na podjęcie decyzji co do wpisania leku do nowego wykazu. W wykazie jest tyle leków, że jeśli nawet weźmie-

my półroczne *vacatio legis*, to powstaje pytanie: jak przy trzech minutach na produkt, nie licząc wyrobów medycznych i leków terapeutycznych, ma się to logistycznie udać, żeby 1 stycznia nie było dziury w leczeniu? Ja zadaję pytania dotyczące tylko mechaniki działania tej ustawy, żeby państwo sobie zdawali sprawę, że jeden błąd może się skończyć fatalnie dla konkretnych pacjentów.

Chciałabym jeszcze nawiązać do informacji ministerstwa, że UOKiK zmienił zdanie. Otóż nie dalej jak trzy tygodnie temu był artykuł pani Krasnodębskiej-Tomkiel, która absolutnie podtrzymuje wszystkie swoje zarzuty dotyczące tej ustawy. Tak że nie wiem, czy jest jakieś pismo oficjalne, gdzie UOKiK się wycofuje z tych zarzutów. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

Ekspert Organizacji Pracodawców RP Marek Świerczyński:

Marek Świerczyński, Pracodawcy RP.

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Mam kilka konkretnych, dosyć szczegółowych pytań do Ministerstwa Zdrowia. Żeby było łatwiej, może powiem, jakich artykułów to dotyczy.

Pierwsze zasadnicze pytanie dotyczy art. 9, czyli leków sprzedawanych do szpitali. Czy ustawa dotyczy wszystkich leków sprzedawanych do szpitali, a zatem, czy dla wszystkich leków trzeba ustalić urzędową cenę zbytu? Nie mam tutaj na myśli tak zwanych leków refundacji aptecznej, programów leczniczych, chemioterapii, dla których jest przewidziany okres przejściowy, chodzi mi o wszystkie inne leki, które na przykład stanowią istotną składową kosztów spełniania świadczeń gwarantowanych. Jeśli tak, jeśli rzeczywiście na każdy lek, na każdy produkt sprzedawany do szpitala musi być ustalona cena urzędowa, to możemy mieć do czynienia z pewną luką, bo nie mamy tutaj okresu przejściowego, nie wiadomo, jak ustalić pierwsze ceny urzędowe dla tych wszystkich produktów, i po 1 stycznia 2012 r. może się pojawić sytuacja, że szpital nie będzie mógł nawet nabyć tych produktów.

Proszę zwrócić uwagę na to, jak brzmi art. 9 ust. 1: „świadczeniodawca w celu realizacji świadczeń gwarantowanych jest obowiązany nabywać leki po cenie nie wyższej niż urzędowa cena zbytu”. Jest obowiązany, czyli ta cena urzędowa musi być ustalona. Być może nie taka była intencja Ministerstwa Zdrowia, być może cały problem polega na nieszczęsnym sformułowaniu, którego projektodawca użył na końcu przepisów w różnych ustawach pakietu: „jeżeli dotyczy”. Już przy poprzednich ustawach, nad którymi dzisiaj się proceduje, były uwagi Biura Legislacyjnego, że sformułowanie „jeżeli dotyczy” nie należy do języka prawnego. Być może chodzi o to, że trzeba napisać „o ile taka urzędowa cena została ustalona” i wtedy będzie jasne, że nie dla wszystkich leków sprzedawanych do szpitali musi być ona ustalona. Proszę o wyjaśnienie tej wątpliwości.

Pytanie drugie. Ustawa wprowadza bardzo dobry mechanizm tak zwanych instrumentów dzielenia ryzyka. Można je ustalić z wnioskodawcą, można ustalić jakiś szczególny tryb sprzedaży leków do szpitali, na przykład po obniżonej cenie czy w formie darowizn. Mówi o tym uzasadnienie do projektu ustawy. Ale czy jednocześnie te ustalenia mogą wyłączać inne przepisy ustawy? Była tu dzisiaj mowa o zakazie

stosowania zachęt, była mowa o tym, że można przez to rozumieć również zakaz darowizn dla szpitali, czy więc wnioskodawca w negocjacjach z Ministerstwem Zdrowia, ustalając instrument dzielenia ryzyka, wyłącza zakazy stosowania zachęt? Czy możemy tak to interpretować? Chyba byłoby to racjonalne.

Trzecie pytanie dotyczy mechanizmu payback, o którym była tu mowa. Jacy wnioskodawcy muszą płacić tę kwotę zwrotu? Czy chodzi tylko o producentów leków z refundacji aptecznej, czy również o producentów, których leki są w programach lekowych, w chemioterapii? Czy oni również płacą payback? Jak wiadomo, payback dotyczy przekroczenia dynamiki wzrostu w grupach limitowych. Te grupy limitowe objęły programy lekowe i chemioterapię w ramach prac w Sejmie. Czy więc oznacza to, że art. 4 został rozszerzony? Chyba nie, ale bardzo prosimy o doprecyzowanie tej kwestii.

I już ostatnie uwagi, dotyczące tego, o czym była mowa wcześniej. Był problem penów i rozumienia, co to są te niedozwolone zachęty. Być może rozwiązaniem tego problemu byłoby użycie w art. 48 słów „nieuzasadnione zachęty”. Może pozwoliłoby to na wyłączenie tych penów i innych rzeczy.

Była mowa o problemie cen i marż maksymalnych. Ministerstwo Zdrowia wyjaśniało, że marże muszą być sztywne, ale czy to oznacza, że ceny producenta też muszą być sztywne? Ustawa mówi i o cenach, i o marżach, jeśli więc marże mają być sztywne, to czy ceny mogą mieć jednak charakter maksymalny? Zdaje się, że te patologie dotyczyły głównie obniżania marż, a nie cen przez producentów.

W ramach prezentacji była mowa o problemie eksportu równoległego, o wywozie leków z Polski. Być może, jeśli doprecyzujemy tutaj zasięg zastosowania ustawy, jeśli powiemy, że chodzi tu jedynie o leki dla polskich pacjentów i cena urzędowa dotyczy leków dla polskich pacjentów, a nie wywożonych z kraju, to rozwiążemy problem eksportu równoległego. Mamy tu gotowe propozycje zmiany przepisów i możemy je udostępnić. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk:

Dzisiaj nie zabierał jeszcze głosu dyrektor Fałek z Departamentu Polityki Lekowej, bardzo więc proszę pana dyrektora o wypowiedź.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo, dyrektor Fałek.

**Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia Artur Fałek:**

Szanowni Państwo! Zdaje się, że o tych wątpliwościach mówiliśmy na posiedzeniach komisji, a jeśli chodzi o pytania, to nie wiem, czy na wszystkie jestem w stanie odpowiedzieć, bo były one zadawane bardzo szybko.

Jeśli chodzi o art. 9, to tutaj sytuacja się nie zmienia w stosunku do sytuacji obecnej, czyli jest to sytuacja, w której są zakupywane leki do szpitala i zarówno ceny, jak i marże, mają tutaj charakter maksymalny. Jest to taka sytuacja, jaka obowiązuje obecnie. Oczywiście nie dla wszystkich leków ta cena będzie ustalana. W ust. 4 tego artykułu jest przewidziana procedura, kiedy minister działa z urzędu lub na wniosek zainteresowanego podmiotu. Dotyczy to, jak rozumiem, leków, które będą miały szczególne znaczenie. Musimy pamiętać, że leki te są bezpłatne dla pacjenta, są one stosowane przez szpital przy realizacji procedur, które są rozliczane w grupach JGP przy realizacji świadczeń i w interesie szpitala leży to, żeby ten lek kupować jak najtaniej, ponieważ wycena grupy nie zmienia się wraz ze zmianą kosztów leku.

Jeśli chodzi o system paybackowy, to działa on w refundacji aptecznej. To też jest w naszych przepisach.

Jeśli chodzi o przepisy doprecyzowujące, to pan minister wspominał o propozycjach drobnych korekt legislacyjnych, które naszym zdaniem poprawią czytelność przepisów ustawy. Mamy je i będziemy je przedstawiali.

Na pewno instrumenty dzielenia ryzyka są narzędziami, które będą negocjowane z podmiotami, z wnioskodawcami. Nie oznaczają one jednak wyłączenia innych zakazów, które są w ustawie. I to jest realizacja porozumienia z ministerstwem, nie jest to forma zachęty. Ja nie mam tutaj takich wątpliwości i nie ma ich, jak rozumiem, zespół prawników Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Czy są jeszcze głosy w dyskusji? Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Izby Gospodarczej

Właścicieli Punktów Aptecznych i Aptek Paweł Klimczak:

Paweł Klimczak, Izba Gospodarcza Właścicieli Punktów Aptecznych i Aptek.

Ja chciałbym zabrać głos w sprawie kontroli ze strony NFZ. Mam tutaj na myśli art. 41 ust. 6, dotyczący sprawy kontroli. Jeżeli kontrola kończy się jakimiś zaleceniami, to w tym momencie mamy z tego artykułu zalecenia pokontrolne. Od tych zaleceń nie ma w tej wersji ustawy żadnej możliwości odwoławczej. Zalecenia po prostu obowiązują. Chciałbym więc zapytać, czy ministerstwo przewiduje jakieś zmiany w tej kwestii, bo to było już podnoszone kilkakrotnie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Chciałbym pana uspokoić, że taką poprawkę mam przygotowaną.

*(Prezes Zarządu Izby Gospodarczej Właścicieli Aptek i Punktów Aptecznych
Paweł Klimczak: Dziękuję.)*

Jeszcze pan się zgłasza? Proszę bardzo.

**Prezes Rady Nadzorczej
Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych Andrzej Stachnik:**

Andrzej Stachnik, Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych.

Pytanie do Ministerstwa Zdrowia. Czy Ministerstwo Zdrowia nie obawia się, że jedno z kluczowych założeń tej ustawy, to jest poprawa dostępności leków poprzez obniżkę prawie o 50% marży hurtowej, nie spowoduje pogorszenia dostępności leków na rynku polskim? Hurtownie polskie deklarują, że marża 5%, liczona od dołu, czyli obniżka o prawie 50% zdecydowanie pogorszy tę dostępność. Już dzisiaj, przy bardzo wysokich cenach benzyny i wzroście kosztów tak zwanych osobowych, nie jesteśmy w stanie utrzymać tego poziomu serwisu.

Apteki oczekują od nas dostaw trzy razy dziennie, ponieważ nie mają pieniędzy na sfinansowanie zapasów. My dzisiaj nie jesteśmy już w stanie, przy tych kosztach i przy tych marżach, obsługiwać aptek na tym poziomie. Deklarujemy jeszcze raz, że utrzymanie tak niskiej marży spowoduje dostawę leku raz w tygodniu, a do mniejszych miejscowości raz na dwa tygodnie. Nie można przewieźć leków w specjalnych, izolowanych samochodach za złotówkę. Przesłanie listu kosztuje 1 zł 50 gr, czyli tak drastyczne pogorszenie marży to pogorszenie dostępności leków. To hurtownie utrzymują zapasy dla aptek, to hurtownie finansują te zapasy i są wentylem bezpieczeństwa. Jeżeli ta sytuacja nie ulegnie zmianie, to nie będziemy w stanie spełniać tego podstawowego obowiązku, jakim jest zapewnienie dostępności leków. Dlatego proszę o precyzyjną odpowiedź, czy ministerstwo nie obawia się, że to przyniesie odwrotny skutek, czyli zachwianie systemu, który był budowany przez dwadzieścia lat.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Temat ten był już dyskutowany wielokrotnie, ale poproszę pana dyrektora Fałka o odniesienie się do tych kwestii.

**Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia Artur Fałek:**

Ja chciałbym tylko powiedzieć, że i w analizach AMS i CASE pojawiały się swego czasu informacje na temat poziomu rabatowania aptek przez hurtownie. Był to poziom istotny. Jeśli dobrze pamiętam, była mowa o tym, że 5% ceny leku apteki dostają od hurtowni. Było to również podstawą do dyskusji w Sejmie i zmiany tabeli marżowej dla aptek, która nastąpiła w trakcie prac sejmowych. No i pytanie: czy firmy te zechciałyby przedstawić obraz rzeczywistego rabatowania aptek przez hurt? Bo wtedy też byśmy mogli powiedzieć, jak wpływa na to przedłożenie rządowe dotyczące poziomu marży hurtowej. Inaczej byśmy mieli niekompletny obraz. W analizach przy najmniej jedna z tych firm przyjęła, że właśnie 5% odpowiada rzeczywistej efektywnej marży hurtowej w dzisiejszych czasach. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Naczelna Rada Aptekarska.

Radca Prawny Naczelnej Rady Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Krzysztof Baka, radca prawny Naczelnej Rady Aptekarskiej.
Panie Przewodniczący, ja mam pytanie: czy na tym etapie mamy zgłaszać konkretne propozycje poprawek do ustawy? Samorząd aptekarski ma kilka konkretnych propozycji, czy więc jest to moment na ich zgłaszanie, czy czekamy na moment, kiedy pan to zarządzi?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Po zakończeniu dyskusji. Kończymy dyskusję i zgłaszamy poprawki.
Kto jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę bardzo.

Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak:

Stanisław Maćkowiak, Federacja Pacjentów Polskich.
Pan dyrektor Fałek wspomniał o zmianach tabel dotyczących marż aptekarskich. Ja chciałbym zadać pytanie dotyczące całego systemu. W art. 8 mamy zapisane urzędowe ceny zbytu, jak w związku z tym zmiana dotycząca podwyższenia marż aptecznych wpłynie na poziom odpłatności pacjenta? Przy stałych cenach jest to po prostu przesunięcie kwoty około 500 milionów zł z kieszeni pacjenta do kieszeni farmaceuty.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Pan prezes Kucharewicz.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Ja bym chciał zadać krótkie pytanie koledze, który przed chwilą zabrał głos. Wszyscy mówią o obniżeniu marż i o upadku aptek, a pan Maćkowiak usłyszał o podwyższeniu marż, jest to więc dla mnie sytuacja dosyć kuriozalna. Mówi się cały czas, że marże będą mniejsze, apteki będą upadać, a tu kolega mówi, że będą wyższe. Czy więc ja słyszę dwie różne wartości?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę.

Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak:

Ja mówię o poprawce, która została zgłoszona w trakcie prac sejmowych, o tej propozycji rządowej, która była na początku, a która jest obecnie w drukach senackich. Jest to zasadnicza zmiana, marże apteczne są zdecydowanie wyższe, jest to roczny poziom środków około 500 milionów zł.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

Adwokat w Kancelarii CMS Cameron McKenna Monika Duszyńska:

Monika Duszyńska, adwokat, Kancelaria CMS Cameron McKenna.

Ja chciałabym tylko zasygnalizować następujący problem. Przy obecnym sformułowaniu kryteriów odpłatności dla pacjenta w nowej ustawie refundacyjnej zauważyliśmy, że wystąpi następujący problem: część powszechnie stosowanych przez dzieci preparatów mlekozastępczych zostanie przesunięta do poziomu odpłatności 30%, czego skutkiem będzie to, że staną się one tak tanie, iż wielu rodziców będzie miało silną pokusę do nakłaniania lekarzy, żeby zapisywali dzieciom produkty refundowane, podczas gdy tak naprawdę z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych ich dzieci w zupełności wystarczyłoby im zwykłe mleko modyfikowane. I tak, proszę państwa, mamy do czynienia z sytuacją, kiedy wylewamy dziecko z kąpielą, bo chcemy pacjentowi trochę ułatwić życie, ale skutkiem może być niekontrolowalny, wręcz wzrost wydatków na refundację tych produktów. Chciałam zwrócić państwu uwagę na ten problem. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

**Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia Artur Falek:**

Rozumiem, że pani mecenas obawia się o wzrost wydatków refundacyjnych. Jeśli chodzi o przepisy przejściowe, to dają one gwarancję, że w wypadku tych kategorii produktów, wobec których w chwili wejścia w życie tej refundacji – czy dzień przed jej wejściem w życie – będzie stosowany ryczałt, będzie dalej odpłatność ryczałtowa, istnieje więc tutaj ten efekt ochrony pacjentów. A jeśli chodzi o pewną kategorię produktów, których refundacja jest nadużywana, to chcemy ten system zmienić. Chcemy się temu przyglądać i weryfikować, wydając decyzję refundacyjną.

Prawdą jest – i o tym problemie ministerstwo wie – że recepty na mleko są nadużywane przez pacjentów oraz przez lekarzy i pracujemy nad rozwiązaniem tego problemu. Mamy nadzieję, że rozwiążemy go przed wejściem w życie ustawy. Jest to kwestia działań, które są obecnie prowadzone w ministerstwie, i tworzenia wykazów leków refundowanych do czasu wejścia w życie ustawy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

**Wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
Wojciech Kuźmierkiewicz:**

Wojciech Kuźmierkiewicz, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Ja chcę powiedzieć, że w tej samej kwestii zgłosiliśmy poprawkę do ustawy. Pani ma absolutną rację, że regulacja, jaka w tej chwili jest wprowadzona, będzie jeszcze pogłębiała stan niekorzystny. Dzisiaj w Polsce jest 22% dzieci ze skazą, niemogących używać normalnego mleka tylko dlatego, że jest ono znacznie tańsze niż mleko w sklepie kupowane dla zdrowego dziecka. Teraz ma być głębsza refundacja, w związku z czym pani ma absolutną rację, że będziemy płacić jeszcze więcej. W krajach europejskich jest 0,3–0,5% dzieci dotkniętych potrzebą zażywania tego mleka, a u nas dzisiaj jest 22%, a jutro będzie 50%. Jeśli ministerstwo będzie się nad tym zastanawiało, jest to ewidentne.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

**Przedstawicielka Organizacji Pracodawcy RP
Paulina Kieszkowska-Knapik:**

Paulina Kieszkowska-Knapik.

Ja chciałabym tylko prosić o odpowiedź na moje pytanie, które zostało bez odpowiedzi, a mianowicie o założenie dotyczące przekształcenia programów terapeutycznych per choroba na programy lekowe per lek oraz o to, jak, jeśli mają współistnieć te dwa reżimy, przewidują państwo zmianę jednego w drugi lub ich współistnienie na początku funkcjonowania tej ustawy. Bo ja, niestety, nie znajduję odpowiedzi na to pytanie w ustawie. Zmiany w ustawie o świadczeniach są niekonsekwentne – zmiana art. 31b jest wewnątrznie sprzeczna ze zmianą art. 31d. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Czy można prosić o odpowiedź panią mecenas, Panie Przewodniczący?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

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

Podstawowym przepisem jest tutaj przepis przejściowy art. 69, jeśli chodzi o chemioterapię niestandardową i programy w tym zakresie. Oczywiście ważny jest też przepis art. 66, który mówi o ustaleniu pierwszego wykazu, mówiąc krótko, dlatego że tutaj, jeżeli ci sami wnioskodawcy zgłoszą się w ostatnim dniu przed dniem wejścia w życie ustawy, to tak naprawdę kategoria tego leku się nie zmieni. Czyli w wypadku kiedy lek był refundowany odpowiednio w programie zdrowotnym, nadal pozostanie refundowany w tym programie, oczywiście po przeprowadzeniu odpowiednich negocjacji. Dziękuję.

Przedstawicielka Pracodawców RP Paulina Kieszowska-Knapik:

Jeśli mogę jeszcze doprecyzować... To jest bardzo ważna sprawa, bo to dotyczy najważniejszych chorób i najwyższej medycyny. Nie wystarczy taka odpowiedź. Programy terapeutyczne są przygotowywane przez AOTM oraz odzwierciedlane w rozporządzeniach Ministerstwa Zdrowia i opisują całą motorykę leczenia danego schorzenia. Wzajemne relacje leków: która terapia jest inicjująca, która nie jest inicjująca, która jest w remisji choroby, w liniach sekwencyjnych, to znika. Ponieważ program lekowy będzie per lek, każdy z wnioskodawców będzie definiował swój program lekowy. Czy więc jest przewidywany jakiś parasol, który będzie łączył wszystkie te programy w terapeutyczną całość? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę o odpowiedź na pytanie.
Pan dyrektor Fałek.

**Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia Artur Fałek:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Nie wiem, skąd przekonanie, że programy przygotowuje AOTM. Programy terapeutyczne są tworzone w Ministerstwie Zdrowia i głównymi ich autorami są konsultanci krajowi. Oczywiście w trybie wniosku do refundacji jest to o tyle uwzględnione, o ile taki projekt programu będzie składany przez wnioskodawcę i dalej prace będą trwały w resorcie. Zaznaczam, że tutaj kluczową rolę grają konsultanci bądź zespoły, które powstają przy programach terapeutycznych i nadzorują zarówno ich tworzenie, jak i każdą potrzebę modyfikacji wynikającej ze zmiany praktyki medycznej. Agencja tylko ocenia już przygotowany i przekazany projekt programu: czy to świadczenie jako świadczenie gwarantowane spełnia wszystkie wymogi odnośnie do analiz farmakoekonomicznych, czyli skuteczności i bezpieczeństwa? Czy to świadczenie ma szansę być skuteczne i efektywne, jeśli chodzi o koszty, i czy jest sugestia, że powinno być finansowane ze środków publicznych? Tak że z całą pewnością programy powstają w ministerstwie.

Dodatkowo w ustawie jest instytucja, nazwijmy ją, wczesnego dialogu. I tutaj dajemy wnioskodawcy możliwość wstępnych rozmów z ministerstwem w zakresie wstępnego określenia kształtu tego programu, zanim będzie on poddany konsultacji i zanim się ustali jego ostateczny kształt. Chodzi o to, żeby podmiot, czyli wnioskodawca, mógł lepiej poznać oczekiwania regulatora co do tego kształtu, żeby zwiększyć dostępność i stworzyć pacjentom możliwość leczenia się nowymi lekami. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Karczewski, proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.
Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja bym chciał jeszcze pana ministra uprzejmie prosić o odniesienie się do art. 47, bo rozumiem, że z aptekami będą zawierane umowy, ale z tego zapisu art. 47 wynika, że każdy lekarz, bez względu na to, gdzie pracuje, będzie musiał podpisywać również dodatkową umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Czy uważa pan, Panie Ministrze, że to jest rozsądne, logiczne, ma sens, czy do tej pory to źle funkcjonowało?

I, Panie Ministrze, jeszcze drugie pytanie, szczegółowe, jeśli ten zapis zostanie, bo ja będę wnosił poprawkę o skreślenie art. 47. W ust. 2 w tym artykule jest zapis, że umowa określa zobowiązania osoby, ale również wskazuje miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego. Czy to nie spowoduje sytuacji, że ja, praktykujący lekarz, mający swoje miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w województwie x, będąc w województwie y, nie będę mógł napisać recepty sobie czy swoim najbliższym?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Panie Senatorze! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!
Nie przewidzieliśmy tutaj dodatkowych zmian.
(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, dlatego że w tej chwili na przykład w województwie mazowieckim 3/4 lekarzy ma już takie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponieważ zdecydowana większość lekarzy, Panie Senatorze, ma, jak widać, prywatne praktyki, świadczy usługi poza zakładem, jeżeli pracuje w zakładzie publicznym czy też niepublicznym, ale w większej ilości czasu, w związku z tym uważamy, żeby – jak mówiłem na początku, prezentując ducha ustawy i kierunki, które ona wytycza – wszędzie tam, gdzie są leki refundowane, były dookreślone umowy. Umowę mają apteki i lekarze, dlatego że uczestniczą w systemie refundacji. Jak widać, tego typu umowa nie jest żadnym problemem z punktu widzenia 3/4 lekarzy w województwie mazowieckim i dużego procenta lekarzy w Polsce, ponieważ takie umowy mają i to jest podpisane praktycznie raz. Dopóki nie ma jakichś zmian w NFZ, nic się tutaj nie dzieje. Chodzi jednak o to, że jest duża grupa lekarzy w dużym zakładzie, na przykład w jakimś wielkim szpitalu, którzy działają bez takich umów, a ważne jest, żeby wszyscy lekarze mieli ten sam status, jeżeli wypisują leki refundowane. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Ministrze, ja nie znam tych danych, pan minister może ma takie dane z oddziału mazowieckiego. Ja akurat praktykuję tu jako lekarz i polemizowałbym

z tymi danymi. Pan minister Włodarczyk mówił, że na stronie internetowej Konsylium24 większość biorących udział w debacie opowiada się za stażem. Przed chwilą zajrzałem na tę stronę i jest tam sondaż: 95% jest przeciwko likwidacji stażu. Dlatego ja bym tutaj polemizował z danymi podanymi przez pana ministra.

A teraz, Panie Przewodniczący, ponieważ nie ma już chętnych do zabrania głosu, chciałbym zgłosić wniosek o odrzucenie tej ustawy. Krótko to uzasadnię. Nie będę powtarzał argumentów, które już padały, i państwa opinii, przychyliam się do większości z nich. Pani minister Ewa Kopacz w swoim wystąpieniu sejmowym, z którym się zapoznałem, mówiła o odwadze, mówiła o tym, że w ostatnim roku funkcjonowania tego rządu i tego ministerstwa podejmuje się bardzo odważne decyzje, które będą służyć pacjentowi.

Z tej debaty i z tych państwa opinii wynika, że jest pewnego rodzaju odwaga, ale chyba bardziej jest to kalkulacja polityczna, bo wrażenie społeczne jest takie, że ministerstwo wprowadza przepisy, które spowodują wprowadzenie tańszych leków. Z państwa wypowiedzi, za które bardzo serdecznie dziękuję, bo również dały mi wiele do myślenia i otworzyły oczy na wiele problemów, wynika jednoznacznie, że dostępność leków, która w naszej działalności jest najistotniejsza i najważniejsza, o której tutaj państwo również mówili, będzie coraz mniejsza, coraz słabsza. Bardzo wątpię, że założenie, o którym mówili pan minister i pani minister, będzie realne. Państwo mnie przekonali, że leki będą w rezultacie droższe. Najgorsze jest to, że w tym roku wyborczym skutków działania tej ustawy nie sprawdzimy, choć ja się cieszę, że nie sprawdzimy, bo może będzie czas na zmiany w tej ustawie.

O tym, że ustawa jest niedoskonała, świadczy chociażby to, że państwo z ministerstwa przynieśli, kolokwialnie mówiąc, ponad czterdzieści poprawek, co znaczy, iż ta ustawa, mimo że jest prowadzona przez państwa już od ponad roku, jest niedopracowana. Wnoszę, Panie Przewodniczący, o odrzucenie tej ustawy w całości.

A jeśli ten wniosek nie przejdzie, a sędzę, że nie przejdzie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Z wycucia politycznego.

...to drugim wnioskiem będzie skreślenie art. 47. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Zakończyliśmy dyskusję.

Padł wniosek formalny o odrzucenie ustawy w całości.

Przystępujemy do procedowania. W związku z tym – ponieważ do tego wniosku opinia legislatora jest niepotrzebna – proponuję głosowanie nad wnioskiem pana senatora Karczewskiego.

Kto z panów senator jest za odrzucenie ustawy w całości? (1)

Kto jest przeciw? (4)

Wniosek nie został przyjęty, Panie Senatorze.

W związku z powyższym będziemy przystępowali do procedowania nad poprawkami, ale sekundę musimy poczekać na legislatora...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Jest już pani Bożenka, poprosimy... Przegłosowaliśmy już wniosek o odrzucenie ustawy, to znaczy odrzuciliśmy wniosek o odrzucenie ustawy w całości.

Przystępujemy do procedowania nad poprawkami.

Prosimy pani legislator o opinię do przedmiotowej ustawy.

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

Jeśli chodzi o uwagi przedstawione przez nasze biuro, o niespójność z ustawą o działalności leczniczej, to myśmy w przerwie...

(Głos z sali: Głośniej, bo nic nie słyhać...)

...wyjaśnili, że owszem, rozbieżność pomiędzy ustawą o działalności leczniczej a tą ustawą w zakresie ustawy o cenach i w zakresie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych istnieje, ale jak rozumiem, jest to zjawisko ministerstwu znane, zjawisko zamierzone. W związku z tym nie ma potrzeby wnoszenia poprawek.

Jeśli chodzi o materię dotyczącą art. 62, to ministerstwo przedstawiło swoją wersję sprostowania tego stanu rzeczy, propozycję szerszą niż propozycja naszego biura, dlatego ja wycofuję się z tej uwagi. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie poprawek.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Poprawka, która ma charakter legislacyjny, dotyczy zmiany brzmienia art. 1 pkt 5: przecinek zastępujemy spójnikiem „oraz”. Chodzi o zasady ustalania cen leków oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w ramach udzielanych świadczeń gwarantowanych. Zmiana polega zatem na zastąpieniu przecinka spójnikiem „oraz” i ma na celu prawidłowe określenie zakresu produktów, do których odnosi się pkt 5. Tak że jest prosta poprawka, niewielka...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Biuro...

Przejmuję tę poprawkę.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Dziękuję.

Poprawka została przyjęta.

Proszę o następne poprawki.

Chyba że, Panie Ministrze, są jakieś poprawki, które można by przegłosować łącznie.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Ciężko będzie...)

Ciężko... To proszę bardzo, głosujemy oddzielnie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Będę starał się jak najkrócej...

Kolejna poprawka legislacyjna: w art. 4 ust. 5 wyrazy „DDD produktu” zastępuje się sformułowaniem „DDD leku”. Proponowana zmiana... Po ust. 5 dodaje się ust. 5a o brzmieniu następującym: przepis ust. 5 stosuje się odpowiednio do środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego oraz leku, w odniesieniu do którego nie określono DDD.

Proponowana zmiana ma na celu właściwe wyliczenie kwoty zwrotu wnioskodawcy za środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrób medyczny oraz lek, w odniesieniu do których nie określono DDD. Tak że to też jest...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy tę poprawkę.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)

Kto przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka... Poprawki zostały przyjęte.

Proszę o następną.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka kolejna dotyczy art. 4 ust. 5. Chodzi o zmianę brzmienia tego artykułu, dopisujemy jednak dwukrotnie tylko jeden wyraz: „urzędowej”. Urzędowej ceny zbytu... Pojawia się zatem słowo „urzędowej”. Zmiana ma charakter legislacyjny, ujednocila przepis materialny i opis poszczególnych składowych wzoru matematycznego, nic więcej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Biuro?

Przejmujemy poprawkę.

Kto jest za? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka została przyjęta.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Jeśli chodzi o następną poprawkę, to ma ona charakter merytoryczny i dotyczy art. 4. Chodzi o odstąpienie od egzekucji w formie aktu notarialnego i przejście na tryb administracyjny. Ten temat był dyskutowany wielokrotnie, przeanalizowaliśmy sytuację i przychyliliśmy się... Proponujemy takie rozwiązania, które, jak myślę, kompleksowo rozwiązują te kwestie i usuwają spór między stroną społeczną a rządową w tym zakresie.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Bardzo dobra poprawka, przejmujemy ją. Kto jest...)

Z tym że dotyczy ona... To jest, że tak powiem, łączna poprawka, dotyczy ona art. 4, art. 12, 24, 32, 33 i art. 66. W tych wszystkich przepisach, konsekwentnie, zmiany muszą się znaleźć.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy te poprawki.

Kto jest za ich przyjęciem? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (0)

(Głos z sali: Jednogłośnie...)

Dziękuję.

Poprawki zostały przyjęte.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Jeśli chodzi o następną poprawkę, to dotyczy ona art. 4. Po ust. 6 dodaje się ust. 6a–6d. Uzasadnienie tej poprawki: proponowana zmiana ma na celu premiowanie wniosków oferujących najtańsze produkty objęte decyzją refundacyjną przez ograniczenie albo całkowite zniesienie skutków działania mechanizmu payback.

Może pokrótce przybliżę istotę tej propozycji. Propozycja jest taka: lek najtańszy w danej grupie nie będzie miał paybacku, czyli pierwszy najtańszy ma zerowy payback, pozostałe leki do grupy limitowej mają pięćdziesięcioprocentowy payback, a leki powyżej... według starych zasad.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Biuro? Nie ma uwag.

Przejmujemy poprawkę.

Kto z państwa jest za jej przyjęciem? (4)

(Głos z sali: Jednogłośnie za.)

Dziękuję.

Bardzo proszę, następna poprawka.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Szanowni Państwo, następna poprawka dotyczy art. 6 ust. 3, a w konsekwencji zmiany w art. 14 i w art. 16. Jest to legislacyjna poprawka, chodzi o zastąpienie zwrotu „ilości DDD” zwrotem „liczby DDD”. Poprawka ma charakter językowy i ma na celu uporządkowanie terminologii, nic więcej.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (4)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Poprawka przyjęta.

Następną prosimy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka: w art. 6 po ust. 3 dodaje się ust. 3a. Zmiana ma na celu określenie zasad ustalania odpłatności ryczałtowej dla leku, dla którego DDD nie zostało określone, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (4)

Kto przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (0)

Dziękuję.

Poprawka przyjęta.

Prosimy dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka dotyczy art. 7 ust. 2. Ustęp ten otrzymuje następujące brzmienie: „Przedsiębiorcy prowadzący obrót hurtowy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne są obowiązani stosować marżę, o której mowa w ust. 1”. Uzasadnienie tej poprawki jest następujące. Zastąpienie zwrotu „podmioty uprawnione do obrotu hurtowego”, bo tak teraz jest, zwrotem „przedsiębiorcy prowadzący obrót hurtowy”, ma na celu ujednoczenie stosowanej terminologii.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto za? (3)

Kto przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (0)

Dziękuję.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę.

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

Przepraszam. Chciałabym tylko zapytać, czy ma to być liczba mnoga. Chodzi o wyraz „przedsiębiorca” czy „przedsiębiorcy”? Bo w uzasadnieniu jest liczba pojedyncza... Chciałabym wiedzieć, jak to miałyby być. Liczba mnoga. Tak?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Tak, przedsiębiorcy... W zapisie literalnym będzie wyraz „przedsiębiorcy”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę dalej, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka ma charakter legislacyjny i dotyczy art. 7 ust. 4. Chodzi o zmianę tiret, dopisanie na końcu przepisu sformułowania „albo liczbę jednostek wyrobu medycznego”. W konsekwencji przepis art. 9 ust. 2 również ma taką zmianę, dopisano wyrazy „liczbę jednostek wyrobu medycznego”. Poprawka ma charakter doprecyzowujący, dotyczy wyrobów medycznych możliwych do podziału na jednostki, na przykład opatrunków.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka kolejna dotyczy art. 10 ust. 3 pkt 2 i 3. Jeśli chodzi o tę poprawkę, to jest ona zgłaszana w celu doprecyzowania przepisów ustawy. Proponuje się, aby zrezygnować z odwołania do ustawy – Prawo farmaceutyczne. Zmiana ma także na celu doprecyzowanie zakresu możliwych wyłączeń z objęcia refundacją środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

Dziękuję.

Poprawka przyjęta.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka dotyczy art. 11 ust. 2. W konsekwencji zmianie ulega art. 16 i 66. Zmiana ma na celu doprecyzowanie zasad ustalenia grup limitowych. Ja może przeczytam przepis art. 16a, który się dodaje. „W przypadku, gdy w wyniku wydania decyzji administracyjnej o objęciu refundacją leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, zachodzi koniecz-

ność utworzenia nowej grupy limitowej obejmującej również leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne zakwalifikowane uprzednio do innej grupy limitowej, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje z urzędu decyzje administracyjne zmieniające określenie grupy limitowej, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 8”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

Dziękuję.

Proszę o następną.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Podczas poprzednich posiedzeń komisji dyskutowaliśmy ze stroną społeczną o kwestiach określenia grup limitowych. W poprawce chodzi o to, że wraz z wydaniem decyzji refundacyjnej będzie wskazanie, do jakich grup są zakwalifikowane dane produkty.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy również tę poprawkę.

Proszę kto za? (4)

Kto przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka przyjęta.

Proszę o następną.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

To jest poprawka o charakterze doprecyzowującym. Chodzi o zmianę brzmienia art. 11 ust. 3 pkt 3. Na końcu tego przepisu, czyli po wyrazach „niż trzy lata”, dodajemy sformułowanie „albo dla których wydawana jest pierwsza decyzja administracyjna o objęciu refundacją”. Zmiana ta polega na doprecyzowaniu przepisu poprzez wyraźne określenie czasu obowiązywania decyzji dla leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych po raz pierwszy obejmowanych refundacją.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali:* Jednogłośnie za.)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka: Tiret w ust. 3 otrzymuje brzmienie: „przy czym okres obowiązywania decyzji nie może przekraczać terminu wygaśnięcia okresu wyłączności rynkowej”. Tę sprawę również ...

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Przepraszam bardzo, którego artykułu dotyczy poprawka, którą przed chwilą przegłosowaliśmy?)

Poprzednia? Art. 11 ust. 3 pkt 3.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: A ta, którą teraz...)

(Głos z sali: Do tiret...)

Do tiret... Tiret w ust. 3. W wyniku debat i dyskusji doprecyzowaliśmy zasady ustalenia okresu obowiązywania decyzji administracyjnej o objęciu refundacją – ten okres nie może przekraczać terminu wygaśnięcia okresu wyłączności rynkowej.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy tę poprawkę.

Kto z panów senatorów jest za? (5)

(Głos z sali: Jednogłośnie za.)

Dziękuję.

Proszę o następną.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka o charakterze merytorycznym. Art. 11 ust. 11 otrzymuje następujące brzmienie. „Minister właściwy do spraw zdrowia odmawia wydania decyzji, o której mowa w ust. 10, jeżeli: 1) jej wydanie spowodowałoby: a) istotne ograniczenie dostępności świadczeniobiorców do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, b) znaczny wzrost odpłatności lub dopłat świadczeniobiorców; 2) urzędowa cena zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4, została ustalona z urzędu”. Zmiana ma na celu doprecyzowanie przesłanek pozwalających ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wydanie odmowy skrócenia okresu obowiązywania decyzji o objęciu refundacją, czyli ustaleniu urzędowej ceny zbytu tak, aby nie było, Panie Senatorze, tego ograniczenia, o którym pan był uprzejmy mówić.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(Głos z sali: Jednogłośnie za.)

Dziękuję.

Proszę o następną.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka dotyczy art. 13 pkt 10. Ten przepis otrzymuje brzmienie: „istnienia alternatywnej technologii medycznej w rozumieniu ustawy o świadczeniach oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania”. Jest to zmiana techniczna i ma na celu ujednoczenie stosowanej w ustawie terminologii.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali:* Jednogłośnie za.)

Dziękuję.

Proszę o następną.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka dotyczy art. 14 i ma charakter merytoryczny. Po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: „Urzędowa cena zbytu dla leku, w sytuacji, o której mowa w ust. 3, ustalona zostaje w decyzji administracyjnej o objęciu refundacją wyłącznie w ten sposób, aby koszt stosowania leku wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, dotychczas finansowanej ze środków publicznych, o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania”. Zmiana ma na celu doprecyzowanie zasad ustalania ceny urzędowej leku w sytuacji, gdy analiza kliniczna, o której mowa w art. 25 pkt 14 lit. c tiret pierwsze, nie zawiera randomizowanych badań klinicznych.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali:* Jednogłośnie za.)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka dotyczy art. 16 ust. 3 i ma charakter legislacyjny. Ma ona na celu zapewnienie spójności terminologii używanej w ustawie. Przepis ust. 3 zaczynamy od sformułowania „po zasięgnięciu opinii Rady Przejrzystości”, a w pkt 2 dodajemy... Wspólnej grupy limitowej, w przypadku gdy podobny efekt zdrowotny lub podobny dodatkowy efekt zdrowotny... Dodajemy wyraz „podobny”. Tak że poprawka zawiera te dwa elementy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Zmiana legislacyjna w art. 16 ust. 9. W zdaniu pierwszym po wyrazach „z uwzględnieniem” dodaje się wyraz „urzędowej”. Zmiana ma charakter legislacyjny.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Dalej proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

W art. 16 po ust. 12 dodaje się ust. 12a w brzmieniu: „Przepisy ust. 11 i 12 stosuje się odpowiednio w przypadku leków, dla których DDD nie zostało określone, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 i 3”. Zmiana ma charakter doprecyzowujący.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Dalej proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka merytoryczna. W art. 18 ust. 2 dodaje się pkt 3 i 4 w brzmieniu: 3) monitorowanie realizacji zobowiązania, o którym mowa w art. 25 pkt 4; 4) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zmiana ma charakter porządkujący i wynika z regulacji zawartych w art. 25 pkt 4.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przyjmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali: Wszyscy...*)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka to poprawka merytoryczna i dotyczy art. 20. Ogólnie mówiąc, chodzi o przepisy antykorupcyjne. Po prostu doprecyzowujemy... Na przykład w art. 20 ust. 1 pkt 1 mówi się, że członkami organów spółek handlowych nie mogą być... Te spółki handlowe bądź stowarzyszenia... Terminologia odpowiednio jest tutaj dopasowana. Podobnie w pkt 6, gdzie jest sformułowanie „wykonywać zajęć zarobkowych na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczenie usług zarządczych”... Zatrudnienie na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczeniu usług zarządczych są włączone do tego przepisu.

Z kolei zgodnie z przepisem art. 21 ust. 1 członek komisji nie można być jednocześnie członkiem Rady Przejrzystości. Ten przepis był... Ust. 2: funkcji członka komisji albo Rady Przejrzystości nie można łączyć z funkcją prezesa agencji i jego zastępcy. Tak że to jest przepis rozdzielający te funkcje po to, żeby zachować większą przejrzystość.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali:* Jednogłośnie za.)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Jeszcze... Konsekwencje tych zmian dotyczą przepisu art. 62 w zakresie działalności Rady Przejrzystości. To wszystko...

(*Głos z sali:* To do poprzednich...)

Tak, to wszystko jest, powiedziałbym, razem, czyli zmiana art. 20, 21, 17 i w konsekwencji art. 62.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

To są... Przejęliśmy te poprawki, to już jest przegłosowane.

Dalej proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dziękuję.

Poprawka legislacyjna. Chodzi o zmienione brzmienie art. 24 ust. 2 pkt 1. W tym punkcie po wyrazach „dzielenia ryzyka” dopisuje się wyrazy „albo informację o nieistnieniu takich ograniczeń lub niezawarcia takich instrumentów”. Poprawka ma charakter legislacyjny.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

We wniosku o objęciu refundacją proponujemy... W art. 25 pkt 6 lit. b otrzymuje brzmienie: proponowaną cenę zbytu netto.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka legislacyjna, art. 30. Zaproponowane zmiany wynikają z dostosowania do przepisów kodeksu postępowania administracyjnego w przedmiotowych postępowaniach. W art. 30 ust. 4, 5 i 7 skreśla się ostatnie zdanie w brzmieniu: „Wniosek nieuzupełniony w terminie pozostawia się bez rozpatrzenia”. W ust. 6 tego przepisu skreśla się z kolei ostatnie zdanie w brzmieniu: „Wniosek nieuzupełniony w terminie pozostawia się bez rozpatrzenia z zastrzeżeniem art. 9 ust. 6”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali: Wszyscy, jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka doprecyzowująca. Chodzi również o art. 30, ale ust. 11. Zdanie drugie tego przepisu otrzymuje brzmienie: „W przypadku niezgodnienia treści programu lekowego, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję administracyjną o odmowie objęcia refundacją”. Proponowana zmiana ma na celu umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wydania rozstrzygnięcia kończącego postępowanie w przypadku niezgodnienia treści programu lekowego.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję.

Przejmujemy.

Kto z państwa jest za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka doprecyzowująca. W art. 30 ust. 12 dopisujemy zdanie drugie w brzmieniu: „Do wydania wstępnej opinii nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania administracyjnego”. Ta poprawka ma na celu wyłączenie stosowania przepisów k.p.a. w przypadku wystąpienia przez wnioskodawcę do ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie wstępnej opinii dotyczącej programu lekowego.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka ma charakter merytoryczny. Art. 32 ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie: gdy zobowiązanie, o którym mowa w art. 25 pkt 4, nie zostanie dotrzymane w zakresie dotyczącym zapewnienia ciągłości dostaw lub rocznej wielkości dostaw, i nastąpi... Tutaj jest przecinek... Spójnik „i” po przecinku? I nastąpi niezaspokojenie potrzeb świadczeniobiorców... Dodanie wyrazów „zapewnienie ciągłości dostaw” zapewni korelację z brzmieniem przepisu art. 25 pkt 4.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

Dziękuję.

Proszę dalej.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Jest propozycja zmiany... Chodzi o poprawkę do art. 33 ust. 4, który otrzymałby brzmienie: kwotę, o której mowa w ust. 1, oblicza fundusz na podstawie danych, o których mowa w art. 102 ust. 5 pkt 31 ustawy o świadczeniach. Wcześniej była mowa o art. 29, ale to było błędne odesłanie. Stąd pojawił się w tym zapisie art. 31.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (5)

(*Głos z sali: Jednogłośnie za.*)

Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka legislacyjna. Art. 34 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie. „W przypadku stwierdzenia, że wniosek nie spełnia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 24 ust. 7, prezes agencji informuje o tym fakcie ministra właściwego do spraw zdrowia. Przepis art. 30 ust. 4 i 5 stosuje się”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka merytoryczna, w art. 34 po ust. 6 dodaje się nowy ust. 6a. Poprawka ma na celu określenie elementów rekomendacji prezesa. Chodzi o rozszerzenie opisu, pokazanie, jakie są niezbędne elementy decyzji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych. Ta rekomendacja będzie niepełna, jeżeli nie będzie zawierała wymienionych w ustawie elementów.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy poprawkę.

Kto jest za? (5)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Art. 35 otrzymuje nowe brzmienie. Ta zmiana ma charakter legislacyjny. Charakter negocjacji prowadzonych przez komisję ekonomiczną jest określony w art. 18 ustawy refundacyjnej. Art. 35 brzmi: „Wniosek, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt 1 dla leku, środka specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, który ma swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, oraz wnioski, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 2–5, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje komisji celem przeprowadzenia negocjacji”.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto za? (5)

Dziękuję.

Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka merytoryczna. W art. 37 ust. 1 tiret otrzymuje brzmienie: „– w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją albo ostateczne decyzje zmieniające, o których mowa w art. 16a”. W ust. 4 tiret otrzymuje brzmienie: „– o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4, w stosunku do których wydano ostateczną decyzję administracyjną o ustaleniu urzędowej ceny zbytu”. Proponowana zmiana ma na celu ujednoczenie terminologii stosowanej w ustawie w odniesieniu do decyzji administracyjnych o objęciu refundacją.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto za? (5)
Dziękuję.
Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka legislacyjna. W art. 37 ust. 2 pkt 6 po wyrazach „limitu finansowego dla leków” dodaje się, po przecinku, wyrazy „środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego”. Po prostu brakowało tego sformułowania. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto za? (5)
Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka merytoryczna dotycząca art. 37 ust. 6 ma na celu usprawnienie procesu wydawania obwieszczeń, o których mowa w art. 37. Zamieszczanie ich w „Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia” skraca procedurę publikacji obwieszczeń.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto za? (5)
Dziękuję.
Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka... Art. 41 ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie: imię i nazwisko osoby będącej kierownikiem apteki. Uzasadnienie tej zmiany... Zmiana ta ma na celu zlikwidowanie obowiązku podawania w umowie na realizację recept refundowanych numeru

dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu. W przypadku przyjęcia wyżej wymienionej zmiany konsekwencją będzie następujący zapis w art. 41 ust. 4 pkt 2: kopie dokumentów uprawniających kierownika apteki do pełnienia tej funkcji.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Takie były postulaty ze strony środowiska aptecznego...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Tak, tak...)

Doprecyzowuje się brzmienie art. 44 ust. 9. „Nieprzekazanie przez aptekę danych sporządzonych zgodnie z ust. 8 traktowane jest jako zatwierdzenie przez aptekę projektu zestawienia zbiorczego, powoduje udostępnienie aptece komunikatu elektronicznego zawierającego uzgodnione zestawienie zbiorcze, zamyka dany okres rozliczeniowy oraz uniemożliwia aptece składanie do niego korekt w trybie określonym w ust. 3.”

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

W art. 44 ust. 12, na końcu tego przepisu, to znaczy po wyrazach „do 15 marca roku następnego” dopisujemy, po przecinku, sformułowanie „z zastrzeżeniem ust. 9”. Proponowana zmiana ma charakter legislacyjny, wprowadza ona zastrzeżenie zgodnie z którym zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 9, uniemożliwia składanie korekt do zamkniętego okresu rozliczeniowego.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto za? (5)
Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Jeśli chodzi o poprawkę merytoryczną do art. 46... To jest rozbudowany zapis, na prawie dwóch stronach... Chcę powiedzieć, że zmiana ta ma na celu rozpisanie trybu kontroli aptek w ustawie, a nie jak było dotychczas w akcie wykonawczym. W sposób szczegółowy opisano przebieg oraz sposób kontroli z dokładnym określeniem ter-

minów, elementu upoważnienia oraz praw i obowiązków stron. Wprowadzono również przepis przejściowy, zgodnie z którym do kontroli wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się dotychczasowe przepisy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za? (4)

Kto przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (0)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Konsekwencją zmian w art. 46 będą zmiany w art. 81, a także dodanie art. 78a.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przechodzimy teraz do art. 48. Tamte poprawki przegłosowane...

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka w art. 48 ust. 3 ma charakter merytoryczny. Chodzi o formy zachęty... W tym przepisie zostało wprowadzone sformułowanie „osób wykonujących zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczenie usług zarządczych, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze zawartej z tymi podmiotami”. Zmiana ta zawęża zakres podmiotowy, podkreślam, zawęża zakres podmiotowy zakazu stosowania form zachęty określonych w art. 48 ust. 3 z uwzględnieniem praw podmiotu odpowiedzialnego wynikających z ustawy – Prawo farmaceutyczne. W konsekwencji tych zmian zmiany będą dotyczyć także art. 49 ust. 5.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.

Kto jest za przyjęciem tych poprawek? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Dziękuję.

Poprawki przyjęte.

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka merytoryczna, która dotyczy art. 50. Zdanie drugie tego przepisu otrzymuje brzmienie: „Kara ta wymierzana jest w kwocie stanowiącej dwukrotność wartości poniesionych przez fundusz kosztów refundacji związanych z niedotrzymaniem postanowień decyzji”. Jak państwo pamiętają, była tutaj mowa o czterokrotności... W ramach naszej dyskusji o umiarkowaniu i pewnej proporcjonalności kar... Ta

poprawka wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom, ma na celu złagodzenie sankcji przewidzianych w art. 50. Wprowadzono również doprecyzowanie wskazania wartości, do której odnosi się sankcja. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Kto przeciw? (0)
Dziękuję.
Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejna poprawka także wychodzi naprzeciw opiniom osób, które takie opinie zgłaszały do projektu ustawy na początku, jeszcze jesienią poprzedniego roku. W art. 51 ust. 1 mówimy, że karze pieniężnej podlega ten, kto zajmując się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznym podlegającymi refundacji ze środków publicznych, stosuje... Do tej pory było tu sformułowanie „niejednolite warunki”, a teraz proponujemy zapis „niejednolite istotne warunki”. I dalej jest już bez zmian. W konsekwencji... W art. 53 ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie: „Kto zajmując się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę lub takiej korzyści żąda w zamian za zachowanie wywierające wpływ na”. Uzasadnienie: poprawka ma charakter doprecyzowujący przesłanki penalizacji określonych czynów.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Dziękuję.
Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka merytoryczna. Art. 52 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Kary pieniężne, o których mowa w art. 49 ust. 1 pkt 1–3, art. 50 i art. 51 nakłada minister właściwy do spraw zdrowia w drodze decyzji administracyjnej”.

Po ust. 1 dodaje się w ust. 1a i 1b. Ust. 1a w brzmieniu: karę pieniężną, o której mowa w art. 49 ust. 1 pkt 4, nakłada wojewódzki inspektor farmaceutyczny w drodze decyzji administracyjnej. Ust. 1b... Właściwy miejscowy wojewódzki inspektor farmaceutyczny na którego obszarze działania doszło do naruszenia przepisów art. 48 ust. 3...

Ze względu na charakter naruszeń, o których mowa w art. 49 ust. 1, w art. 50 i 51, rozdzielono kompetencje organów do wydawania decyzji w zakresie nakładanych kar pieniężnych pomiędzy ministra właściwego do spraw zdrowia i wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Wiceprzewodniczący Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka porządkująca, która właściwie określa zadania agencji po wejściu w życie przepisów ustawy. W art. 62 po pkt 9 dodaje się pkt 9a, który otrzymuje brzmienie: „w art. 31n w pkt 1 lit. b i c otrzymują brzmienie: b) opracowywania raportu w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej, c) opracowywania analiz weryfikacyjnych, o których mowa w art. 34 ustawy o refundacji”.

Wiceprzewodniczący Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Dziękuję.
Proszę dalej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Kolejne proponowane zmiany także dotyczą art. 62. Tam były błędy legislacyjne i chodzi o uporządkowanie zapisów. Jest to dość obszerna poprawka, z konsekwencjami w innych... Jest to propozycja zmiany art. 62, to znaczy nadania nowego brzmienia pktowi 26 i pktowi 27. Po pkt 29 dodaje się z kolei pkt 29a i 29b. Skreśla się też pkt 30. W konsekwencji są zmiany w art. 4, w art. 12, a art. 73 otrzymuje nowe brzmienie.

Jeśli chodzi o... Może ja poproszę naszych prawników. Te zmiany są czysto legislacyjne, ale jeżeli państwo życzą sobie państwo dokładniejszych analiz, jeżeli dokładniej...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Te poprawki znamy, są one porządkujące, tak że....
(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:* Bardzo prosimy o przejście.)

Przejmujemy te poprawki
Kto z państwa jest za? (5)
Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Przedostatnia...
(*Głos z sali:* Tak, przedostatnia.)

Poprawka przedostatnia, Szanowni Państwo, Wysoka Komisjo. W art. 62 dodaje się pkt 30a. Poprawka ma na celu włączenie do umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej sposobu realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Poprawka ostatnia ma charakter legislacyjny. W art. 64, w art. 29a ust. 1 brzmienie... W treści tych przepisów po wyrazie „dopuszczony” dodaje się wyrazy „do obrotu”... Do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany... Poprawka ma charakter legislacyjny, polega na dostosowaniu terminologii do terminologii ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy.
Kto jest za? (5)
Dziękuję.

Senator Władysław Sidorowicz:

Chciałbym tylko powiedzieć, że poprawki, o których mówił pan minister, były wcześniej uzgodnione z częścią prezydium komisji. Tak że mogliśmy dosyć szybko z tymi poprawkami...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Pozwolę sobie zgłosić poprawki do ustawy, do art. 42 ust. 1 pkt 6. Proponuję art. 42 ust. 1 pkt 6 nadać następujące brzmienie: zwrotu refundacji ceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego łącznie z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia, w którym wypłacono refundację, do dnia jej zwrotu, w terminie czternastu dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty, jeżeli w wyniku weryfikacji lub kontroli informacji, o których mowa w pktcie 2, lub kontroli, w której mowa w pktach 3 i 4, zostanie stwierdzone, że w wyniku naruszenia przepisów dotyczących realizacji recept wydano lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny nieobjęty refundacją lub przepisany przez nieuprawnioną osobę lub na rzecz nieuprawnionego świadczeniodawcy.

Chodzi o to, że... Przepis ten zakłada, że apteka ma obowiązek zwrotu refundacji ceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego, jeżeli realizacja recepty nastąpiła z naruszeniem obowiązujących przepisów. W systemie prawa nie ma jednoznacznej normy określającej warunki dostępu do refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Z pewnością prawo to nie jest uwarunkowane, jak chcą projektodawcy, prawidłową realizacją recepty. Dlatego uważam, że ta poprawka powinna zostać wprowadzona, co w pewnym sensie uchroni aptekarzy przed koniecznością zwrotu refundacji z powodów przez nich niezawinionych. Chodzi o takie sytuacje,

kiedy pomimo tego, iż lek był wypisany przez uprawnioną osobę i trafił do uprawnionego świadczeniodawcy, refundacja musi zostać zwrócona.

Panie Ministrze, bardzo proszę.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Może poproszę panią mecenas...*)

Proszę bardzo.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Pan senator chciał zadać pytanie. Tak?

(*Głos z sali: To może teraz pytanie, a potem pani mecenas...*)

Senator Stanisław Karczewski:

Chciałbym zapytać pana przewodniczącego, wnioskodawcy tej poprawki... Bo to jest rozszerzenie zapisu w pkt 6 o sformułowanie, że lek został przepisany przez osobę do tego nieuprawnioną. W jaki sposób farmaceuta ma to sprawdzać, zweryfikować?

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Jest możliwość zweryfikowania tego, czy lek został przepisany przez osobę uprawnioną czy też nieuprawnioną. Jeżeli nie ma pewnych cech, na pieczęcie...

(*Głos z sali: Panie Przewodniczący, czy możemy dostać treść tej poprawki?*)

Tak, proszę bardzo.

(*Głos z sali: Bardzo proszę o dwie minuty na przeczytanie tego...*)

Czy ktoś co do tej poprawki ma jeszcze jakieś pytania?

Proszę bardzo.

Radca Prawny w Naczelnej Izbie Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Krzysztof Baka, radca prawny Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Proszę państwa, propozycja pana przewodniczącego powoduje, że musi być spełniony drugi warunek, aby nastąpił obowiązek zwrotu refundacji. Poza naruszeniem przepisów dotyczących realizacji recept, musi zaistnieć jeden z tych przypadków, o których pan przewodniczący mówił. Obecnie sytuacja jest taka, że każde naruszenie przepisów, nawet najdrobniejsze, będzie powodować obowiązek zwrotu refundacji. Nie ma tutaj ryzyka, ponieważ jest połączenie dwóch... W wyniku naruszenia prawa musi zaistnieć jedna z tych trzech przesłanek. Jeżeli zatem apteka zrobi wszystko dobrze, sprawdzi receptę, ale lek trafi do pacjenta, który jednak nie był uprawniony, to nie ma naruszenia przez aptekę przepisów. Jest spełniony pierwszy warunek. Prawda? Stąd wynikają ewentualne wątpliwości. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Tak. Apteka sprawdziła wszystko, co mogła sprawdzić, a mimo to doszło do pomyłki. Nieuprawniony lekarz wypisał, ale tego nie mógł sprawdzić... Bo jak? I za to musi odpowiedzieć aptekarz. Za to... Muszą być spełnione przynajmniej dwa warunki.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Dlaczego przeciwko? No to farmaceuta... Nie mogą zabrać refundacji, jeśli... Oczywiście, że nie.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie, nie mogą zabrać, jeżeli tylko jeden z tych trzech warunków... Jeżeli zaistnieją dwa albo trzy, to tak. Ale jeżeli jeden... Taki zapis chroni aptekarzy.

(Głos z sali: Czy ministerstwo przygotowało już opinię?)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Jeśli można, to dwie osoby chciałbym poprosić o wypowiedź, o merytoryczne odniesienie się...)

Bardzo proszę.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Pani inspektor, wojewódzki inspektor farmaceutyczny, a potem nasza pani legislator.)

Bardzo prosimy.

**Mazowiecki Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny
Małgorzata Szelachowska:**

Małgorzata Szelachowska, mazowiecki wojewódzki inspektor farmaceutyczny.

Treść art. 42 ust. 1 pkt 6 w dotychczasowym projekcie miała na celu stwierdzenie, że jeżeli realizacja recepty nastąpiła z naruszeniem obowiązujących przepisów, a więc rozporządzenia w sprawie recept lekarskich... Recepta lekarska w zakresie leków refundowanych ma odpowiedni wzór, ma pewne elementy, które osoba realizująca tę receptę powinna sprawdzać. Zaproponowana poprawka jedynie zawężająco określa... Chodzi tylko o...

(Głos z sali: Duża różnica...)

...produkt, który nie jest objęty refundacją albo receptę podpisaną przez nieuprawnioną osobę lub wypisaną na rzecz nieuprawnionego świadczeniobiorcy. I jeżeli recepta na lek refundowany będzie wypisana na druku recepty niezgodnym z obowiązującym wzorem albo generalnie będzie źle wypisana, to wtedy nie będzie ona podlegała możliwości zakwestionowania przez organ uprawniony do kontroli.

**Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia Artur Falek:**

Chciałbym dodać, że i ministerstwo, i Narodowy Fundusz Zdrowia, włożyły wiele wysiłku, żeby uszczelnić system receptowy. Recepty mają unikalne numery... Rozumiem, że wypisanie leku na receptę zupełnie niezgodnej ze wzorem... Mało tego, że istnieją indywidualne umowy lekarzy, numer umowy i numer recepty... Przygotowanie systemu recept... Fundusz skończył wdrażanie systemu i ujednoczenia numerów recept na terenie całego kraju. A chodzi właśnie o to, żeby wykluczyć czy ograniczyć możliwość nieuzasadnionego wpływu środków. Tutaj katalog naprawdę jest bardzo zawężony i tak istotne elementy, jak recepta jako druk ścisłego zarachowania, są pominięte. Także inne wymogi, jakie są w rozporządzeniu, wymogi co do zawartości recepty, są zupełnie pominięte, co de facto zwalnia z obowiązku ich przestrzegania. Recepta jest nośnikiem zarówno informacji merytorycznej, jak i finansowej, i jej dostarczenie do apteki skutkuje wpływem niekiedy kilkuset zł, jeżeli nie kilku tysięcy, z NFZ. To poluzowanie na pewno jest za daleko idące, to jest burzenie całego systemu kontroli recept.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Dyrektorze, my się chyba nie rozumiemy, bo jeżeli chodzi o receptę na innym blankiecie, niedozwolonym... To w ogóle nie wchodzi w rachubę.

(Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia Artur Fałek: Ale tutaj nie ma konsekwencji...)

Proszę bardzo, izba aptekarska.

Radca Prawny w Naczelnej Izbie Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Krzysztof Baka.

Chciałbym uzupełnić to, co zostało już powiedziane, co wielokrotnie na posiedzeniach komisji sejmowej było przez nas przedstawiane.

Proszę państwa, jeżeli następuje naruszenie zasad realizacji recepty, to na mocy tej ustawy mamy za to przynajmniej kilka sankcji. Przede wszystkim jest umowa, która będzie zobowiązywała aptekę do prawidłowego realizowania recept. Jeżeli będzie błąd, to będzie kara umowna. Jeżeli będzie działanie niezgodne z obwieszczeniem i cenami, które są w obwieszczeniu, będą sankcje w postaci kar pieniężnych. Nam chodzi o taką sytuację. Jeżeli uprawniony pacjent dostał lek, który mu się na mocy ustawy należy, ale na receptce jest drobne uchybienie formalne, to nie możemy powiedzieć: refundacja w tym przypadku się nie należy. Jeżeli doszło... No nie możemy przyjąć, że każdy element ma takie znaczenie, iż powoduje utratę prawa pacjenta do refundacji. Bo jeżeli mówimy, że apteka musi zwrócić refundację, to kolejnym krokiem jest stwierdzenie, że pacjent nie miał prawa do refundacji... I co w takiej sytuacji? Aptece służy regres wobec pacjenta? Proszę państwa, nie możemy takim torem działania iść. Oczywiście kara za błąd w realizacji takiej recepty jak najbardziej, tak. I tak będzie, jestem na sto procent przekonany, że w umowie, którą minister wyda, będą kary bardzo dotkliwe dla aptek. Kara umowna zatem nie ominie apteki. Równocześnie trzeba zwrócić całą refundację... Prosimy więc o... Ten mechanizm, proszę państwa, powoduje, że każda wątpliwość w związku z receptą jest interpretowana na niekorzyść pacjenta. Jaka apteka wyda lek na podstawie recepty, która wzbudzi najmniejszą wątpliwość? Żadna, bo się będzie bała kilku sankcji jednocześnie.

Proszę państwa, musimy przyjąć zasadę, którą zaproponował pan przewodniczący. Nie ma żadnego rozszczelnienia systemu, ponieważ w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich minister może wszystko doprecyzować. Jest to dokument, w którym zasady realizacji recept mogą być określone. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Czy pan minister przyjmuje tę argumentację?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Poproszę panią mecenas...)

Bardzo proszę.

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

Chciałabym zwrócić uwagę, że ta poprawka wbrew pozorom wcale nie jest korzystna dla aptekarzy. W tej chwili warunek jest taki: realizacja recepty nastąpiła z na-

ruszeniem obowiązujących przepisów. Skupiamy się zatem na momencie, kiedy recepta trafia do apteki i jest realizowana. Kiedy zostanie stwierdzone w wyniku kontroli zasad dotyczących realizacji recept, że lek został przepisany przez osobę nieuprawnioną... Mam pytanie: na jakiej podstawie aptekarz stwierdzi, że ktoś, powiedzmy, podszywa się za lekarza, ukradł oryginalną pieczętkę, oryginalne recepty? Przecież aptekarz nie jest w stanie tego sprawdzić. Przepis, który jest obecnie, nie obliguje go do tego, a przepis, który państwo chcecie wprowadzić, go do tego zobliguje – będzie musiał sprawdzać, czy lek jest przepisany przez uprawnioną osobę. Mówiąc krótko, aptekarz będzie musiał sprawdzać, czy osoba, która wypisała receptę, jest lekarzem i czy nie spowodowała... W tym momencie ta osoba będzie odpowiadała za fałszerstwo, a aptekarz za to, że zrealizował taką receptę. W brzmieniu ustawy uchwalonej takiej odpowiedzialności nie ma.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

W takim razie proponuję, abyśmy kwestię tej poprawki przełożyli na czas debaty senackiej i żeby pani radca prawny z ministerstwa razem z panem radcą prawnym z izby aptekarskiej uzgodnili treść tej poprawki. Ja ją zgłoszę w trakcie debaty i będziemy nad nią procedować. Nie wycofujemy jej.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie wycofujemy jej w tym sensie, że w ogóle z niej rezygnujemy. Przekładamy ją na debatę, tak że dzisiaj nad nią nie będziemy głosować.

Proszę bardzo, Panie Mecenasie, chciał pan zabrać głos.

Radca Prawny w Naczelnej Izbie Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Ad vocem. Pani Mecenas – pozwolę sobie zwrócić się bezpośrednio do pani mecenas – w obecnej sytuacji jedyną przesłanką do zwrotu refundacji jest błąd w realizacji recepty. My wprowadzamy drugą przesłankę. A zatem, po pierwsze, musi zaistnieć błąd w realizacji recepty, po drugie, określony skutek. Proszę państwa, jeśli apteka sprawdzi wszystko, co ma sprawdzić zgodnie z rozporządzeniem, to nie jest spełniona pierwsza przesłanka i nie ma mowy o zwrocie refundacji. Nie może więc pani mówić, że ta zmiana jest niekorzystna dla aptek. Dziękuję bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Taką mam propozycję. Czy jest sprzeciw?

Nie ma.

Następna poprawka, którą chciałbym państwu przedstawić, dotyczy możliwości złożenia zażalenia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału funduszu dotyczące realizacji umów oraz na rozstrzygnięcia podejmowane w sprawach, o których mowa w art. 42 ust. 1 pkt 6, art. 44 pkt 13, art. 45 ust. 7. To jest... Proponuję dodanie po art. 48 art. 48a, który miałby następujące brzmienie. „Podmiotowi prowadzącemu aptekę, który zawarł umowę na realizację recept, przysługuje zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału funduszu dotyczące realizacji umowy oraz na rozstrzygnięcia podejmowane w sprawach, o których mowa w art. 42 ust 1 pkt 6, art. 46

ust. 13, art. 45 ust. 7. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem i za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego funduszu w terminie czternastu dni od dnia dokonania czynności przez dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, rozpatruje w terminie czternastu dni od jego otrzymania prezes funduszu. Prezes funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia podmiot prowadzący aptekę w terminie siedmiu dni o uwzględnieniu zażalenia. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez prezesa funduszu w części lub całości podmiotowi prowadzącemu aptekę przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, podmiot prowadzący aptekę może złożyć do prezesa funduszu w terminie czternastu dni od dnia otrzymania stanowiska prezesa na złożone przez podmiot prowadzący aptekę zażalenie. Wniosek o ponowne rozpatrzenie rozpatrywany jest przez prezesa w terminie czternastu dni od dnia jego otrzymania.” W sprawach, o których mowa, stosuje się przepisy kodeksu postępowania administracyjnego. Od decyzji, o której mowa ust. 8, podmiotowi prowadzącemu aptekę przysługuje skarga do sądu administracyjnego. W tej chwili apteki nie mają możliwości odwołania.

(Głos z sali: Czy możemy prosić o...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę bardzo, Panie Mecenasiu.

Radca Prawny w Naczelnej Izbie Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Chciałbym powiedzieć jedną rzecz. Propozycja, która została przedstawiona przez pana przewodniczącego, nawiązuje do rozwiązań, jakie stosowane są wobec wszystkich świadczeniodawców. Dzisiaj na początku posiedzenia komisji pan minister stwierdził, że apteki muszą być poddane takim samym rygorom, jak pozostali świadczeniodawcy. W art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest przewidziany tryb składania tego typu zażeń. My chcemy tylko równego traktowania aptek, takiego samego jak pozostałych podmiotów, które udzielają świadczeń zdrowotnych. Jedyna zmiana, to jest oczywiście przepis ust. 9, który państwo na pewno dostrzeżecie. Jest tutaj możliwość złożenia środka prawnego do sądu administracyjnego. Dziękuję bardzo.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Jeśli można...)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Panie Przewodniczący, kierunek jest właściwy i my byśmy się przychylali do... Proponowalibyśmy jednak przełożyć to na debatę, ponieważ wtedy byśmy zaproponowali uszczegółowienie tego zapisu. Dlaczego? Bo naszym zdaniem on musi być kompatybilny z ustawą o świadczeniach. Tam, gdzie są świadczeniodawcy... Apteki, powiedziałbym, nie mogą mieć więcej czy mniej. Chcemy, żeby było tak samo, ponieważ i tu, i tu mówimy o świadczeniach gwarantowanych.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

W takim razie przekazuję jeszcze te dwie poprawki. Te dwie poprawki też na debatę...

(Głos z sali: Przegłosować...)

I tak później zgłosimy te dwie poprawki.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

W takim razie proponuję jeszcze przegłosowanie poprawki pana senatora Karczewskiego dotyczącej wykreślenia art. 47 w całości. Bo to ma być wykreślenie. Tak?

(Głos z sali: Skreślenie...)

Dobrze, skreślenie.

Strona rządowa, proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Stanowisko negatywne.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Pani Legislator?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kto jest za? (2)

Kto jest przeciw? (3)

Poprawka nie została przyjęta.

Zakończyliśmy omawianie poprawek. Reszta poprawek, te, które przygotowujemy, być może zostanie wprowadzona w czasie debaty. Panie Ministrze, liczę na to – rozmawialiśmy na kilka różnych tematów i jest uzgodnienie ze stroną społeczną – że przez ten tydzień będziemy mieli jeszcze możliwość dopracowania pewnych rzeczy i w czasie debaty...

(Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak: Chciałbym zabrać głos.)

W jakiej sprawie?

(Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak: W sprawie złożenia poprawki. Informacja podana przez pana przewodniczącego była taka, że będzie to możliwe...)

Proszę bardzo w takim razie.

Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak:

Chciałbym złożyć poprawkę i poprosić o jej przejęcie. W art. 16 ust. 3 zmienić punkt...

(Głos z sali: Ma pan może dla nas na piśmie tę poprawkę?)

Słucham?

(Głos z sali: Czy ma pan...)

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Czy ma pan na piśmie tę poprawkę?)

Oczywiście, przekazałem ją ministerstwu.

(Głos z sali: Ministerstwo ją ma, dobrze.)

Momencik, przeczytam... Chodzi o to, aby zmienić brzmienie art. 16 ust. 3 pkt 3. To jest poprawka uzgodniona z Ministerstwem Zdrowia. Proponowane brzmienie pktu 3 jest takie: „odrębnej grupy limitowej dla środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli zawartość składników odżywczych w istotny sposób wpływa na efekt zdrowotny lub dodatkowy efekt zdrowotny”. Zmienione są po przecinku cztery wyrazy. W wersji obecnej jest sformułowanie „cechy terapeutyczne środka spożywczego”, ale ta wersja jest bardziej adekwatna do leków, a w wersji proponowanej i uzgodnionej z Ministerstwem Zdrowia jest sformułowanie „zawartość składników odżywczych”. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Pan minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Sekundkę... Dzisiaj już przyjmowaliśmy poprawkę do art. 16 ust. 3 i musimy spojrzeć, czy będzie to kompatybilne... Sekundę, dobrze?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Mogę się odnieść... Powiem tak, my idziemy naprzeciw pacjentom, jak najbardziej, tylko... Zastanawiam się, jak to było, bo głosowaliśmy nad wnioskiem mniejszości, on został przegłosowany w Sejmie, i to właśnie obecne brzmienie art. 16 ust. 3 pkt 3, że tak powiem, było tym wnioskiem mniejszości... To zostało przegłosowane i wydawało się, że jest już po sprawie, a teraz, po tygodniu, pan składa taką poprawkę. W związku z tym nie widzimy powodu, żeby się do tego nie przychylić. Przypominam jedynie, że był czas... Trzy miesiące już dyskutujemy o tej ustawie.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Jeszcze w tej sprawie?

Proszę bardzo.

Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak (?):

Ta poprawka była złożona w trakcie prac sejmowych i nie kto inny, jak pan dyrektor Fałek powiedział, że zapis uzgodnimy i zostanie on przedstawiony w trakcie pracy komisji senackiej. Zrobiliśmy to, byłem w Ministerstwie Zdrowia i uzgodniliśmy ten zapis. Zapis proponowany jest uzgodniony z Ministerstwem Zdrowia, stąd...

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Dobrze. Ja już wcześniej powiedziałem, że akceptujemy.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Przejmujemy tę poprawkę.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner*: Czy ja mogę uściślić...)

Bardzo proszę.

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

Art. 16 ust. 3 pkt 3 ma brzmieć... Art. 16 ust. 3 pkt 3 w związku z tą poprawką brzmiałby tak: odrębnej grupy limitowej dla środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli zawartość składników odżywczych w istotny sposób wpływa na efekt zdrowotny lub dodatkowy efekt zdrowotny.

(*Głos z sali*: To jest pkt 3?)

Tak, ust. 3 pkt 3.

(*Głos z sali*: Przejmujemy...)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Kto jest za przyjęciem poprawki? (4)

Dziękuję.

(*Głos z sali*: Są jeszcze jakieś poprawki?)

Jeszcze są. Jest jeszcze poprawka...

(*Głos z sali*: Związku ...)

Proszę bardzo.

**Prezes Rady Nadzorczej Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych
Andrzej Stachnik:**

Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Andrzej Stachnik.

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Związek pracodawców proponuje poprawkę dotyczącą art. 7 ust. 1 i prosi o jej przejęcie. Proponujemy nadanie następującego brzmienia temu przepisowi. „Ustala się urzędową marżę hurtową w wysokości 8% urzędowej ceny zbytu. Marża w tej wysokości będzie obowiązywać do końca 2012 r. W kolejnych latach ustala się następujące wysokości marży hurtowej: w roku 2013 – 7,75%; w roku 2014 – 7,50% i w roku 2015 – 7,25%. Poczynając od roku 2016 marża hurtowa wyniesie 7%”.

Jako uzasadnienie tej zmiany podajemy bardzo trudną sytuację, w jakiej branża znajdzie się po obniżce marży do 5%. Zwracamy uwagę na możliwość destabilizacji systemu leków, zagrożenia bezpieczeństwa obywateli, brak dostępności i inne negatywne konsekwencje dla aptek. Koszty, jakie dzisiaj generują hurtownie, to jest ponad 7%. Obniżenie marży do 5% grozi destabilizacją systemu. Apelujemy o przejęcie tej poprawki i podanie jej pod głosowanie.

Następna propozycja dotyczy art. 78.

(*Głos z sali*: Art. 78. Tak?)

Tak, art. 78. Już wcześniej odnosiliśmy się do tego... To, co było prezentowane w prezentacji firmy IMS... Proponujemy następującą treść tego artykułu... Chodzi o dodanie ust. 2 o następującym brzmieniu.

(*Głos z sali*: Ale art. 78 nie ma ustępów.)

(*Głos z sali: Dodać ustęp...*)

Przepraszam, chodzi o dodanie ustępu o następującej treści: leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne objęte refundacją nabyte do dnia 31 grudnia 2011 r. przez hurtownie farmaceutyczne, apteki bądź punkty apteczne, a także pozostające w ewidencji składów konsygnacyjnych bądź celnych do powyższej daty podlegają sprzedaży na dotychczasowych zasadach do wyczerpania zapasów.

Uzasadnienie: firma IMS wyliczyła, że koszty, jakie będą musiały zostać poniesione przez hurtownie i apteki, przekroczą sto kilkadziesiąt milionów zł. To są niebotyczne kwoty, których system dystrybucji nie jest w stanie wchłonąć. Będą ogromne straty, które zostaną poniesione przez system dystrybucji. Musimy mieć prawo wyprzedzaży leków na takich zasadach, na jakich zostały zakupione, aby nie ponieść strat. Jeżeli ta poprawka nie zostanie zaakceptowana, to hurtownie farmaceutyczne wstrzymają się na trzy miesiące z zakupami leków na koniec roku, aby rozpocząć zakupy dopiero od 1 stycznia na nowych zasadach. To załamanie system dystrybucji i dostępności leków. Prosimy o przejście tych dwóch poprawek.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Ministrze, bardzo proszę.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Poproszę pana dyrektora, bo poprzednio odnosił się do tej pierwszej zmiany... Tak że myślę, że powtórzy...*)

**Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia Artur Falek:**

My jesteśmy przeciwni tej poprawce. Przede wszystkim ma ona wadę legislacyjną – przepisu określającego wysokość marży nie konstruuje się w taki sposób. Poza tym jeśli chodzi o poprawkę dotyczącą okresu przejściowego, to ministerstwo jest przeciwnie, dlatego że obawia się sytuacji, w której przepisy ustawy nie mogłyby być skutecznie wdrożone. Możliwość sprzedaży wyprzedzającej są takie, że... Jeszcze przez pięć lat moglibyśmy obracać lekami, co do których transakcja została wykonana przed dniem wejścia ustawy.

(*Senator Stanisław Karczewski: Mogę...*)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Ministrze, ja mam pytanie. Przedstawiciel związku hurtowników przedstawił zjawisko, które rzeczywiście może być bardzo groźne, kiedy to na przełomie roku może dojść do załamania systemu dystrybucji leków. Może nastąpić olbrzymie zaburzenie w dostępności leków. Ja bym miał gorącą prośbę do ministerstwa, żeby pochyliło się nad tą poprawką. Ja rozumiem, że ta poprawka... Kiedy słuchałem jej treści,

to też wydawało mi się, że ma pewne wady legislacyjne, ale sam problem istnieje... To może być bardzo poważny problem. Sam pan minister przed chwilą powiedział, że właściwie w tej chwili w aptekach nie ma leków on-line zupełnie... Prawda? Ja sam korzystam, rzadko, bo rzadko, ale... Muszę zamawiać lek i w tej chwili jest taka możliwość, że hurtownie dostarczają kilkakrotnie nawet w ciągu dnia do poszczególnych aptek... Może dojść do poważnego zaburzenia w dystrybucji leków. Obawiam się że przełom roku... nie przełom, ale początek roku, styczeń, może być dramatyczny dla pacjentów.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Panie Ministrze, ja mam taką propozycję. My dyskutujemy, o czym już powiedziałem, to jest przedmiotem naszej dyskusji i rozważań tych tygodniowych... Może byśmy pochylili się nad tymi tematami i dali odpowiedź do czasu debaty senackiej?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Analizować oczywiście będziemy, bo dostaliśmy nowe materiały od państwa... Pan dyrektor Fałek wcześniej wspominał, że są różnego analizy, ale nie przez nas robione, tylko przez niezależne firmy, jak państwo podkreślacie. Tak że zderzymy te dane, zobaczymy, jak to wygląda, i będziemy się starali usunąć jakiegokolwiek zagrożenie, zgodnie z państwa sugestiami, jeżeli stwierdzimy, że takowe może wystąpić. Zobaczymy...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Myślę, że dzisiaj odpowiedzi nie uzyskamy.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Nie, bo musimy mieć czas na...)

I nie chciałbym, żebyśmy tych poprawek nie przyjmowali lub głosowali negatywnie... Ja bym proponował, jeżeli nie będzie sprzeciwu, żeby nad tymi poprawkami państwo się zastanowili, my też je przeanalizujemy dokładnie i podyskutujemy do czasu debaty senackiej.

Jest przeciw w tej sprawie?

Nie ma.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Na piśmie musimy otrzymać te poprawki. One zostały przedstawione jedynie ustnie...)

**Prezes Rady Nadzorczej Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych
Andrzej Stachnik:**

Przepraszam, ale one zostały przesłane przez związek do pana dyrektora Fałka w tym tygodniu.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak: Ale nie wiemy, czy one się nie różnią...)

To są identyczne poprawki, Panie Ministrze.

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: To są te, tak...)

Panie Przewodniczący, mogę jeszcze dodać, że firmy dystrybucyjne działają jako spółki prawa handlowego i żaden prezes czy zarząd nie podejmie decyzji o zakupie leków, które wygenerują stratę. To nie jest tak, że to jest tylko gdybanie. To jest najprawdziwsza prawda. Żadna firma nie może kupić...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Mamy tego świadomość i dlatego proszę o zrozumienie. Musimy nad tą sprawą się zastanowić, przeanalizować ją.

Pan prezes Śledziwski prosił o głos.

**Prezes Zarządu
Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
Cezary Śledziwski:**

Ja chciałbym zapytać, czy można jeszcze przesłać te poprawki zarówno do komisji, jak i do ministerstwa?

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Do czasu debaty zawsze...)

W ministerstwie w zasadzie już są, tak że...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Prezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Cezary Śledziwski: Dziękuję bardzo.)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę do komisji...

Proszę bardzo.

**Wiceprezes Zarządu
Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
Wojciech Kuźmierkiewicz:**

Przepraszam, ale dyskusja nad art. 73, nad jego zmianą, była tak przeprowadzona, że nie dowiedzieliśmy się, na czym zmiana polega. A jest to artykuł bardzo ważny. Czy można się dowiedzieć, Panie Ministrze, jakiego rodzaju poprawkę komisja przyjęła?

(Głos z sali: Art. 73? Już patrzę...)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak:

Myślę, że... Może przekaże panu... Bo to są trzy strony w sumie, samo uzasadnienie zajmuje prawie jedną stronę. Może przekaże to panu. Dobrze? Bardzo proszę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Pan prezes Kucharewicz, proszę.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja czuję się w obowiązku, aby... My konsekwentnie od samego początku podtrzymujemy, że kilka elementów powinno ulec zmianie. Chodzi o art. 37. Uważamy, że nie powinno to być obwieszczenie, ale rozporządzenie ze wszystkimi konsekwencjami. Uważamy także, że art. 41... Umowy konsekwentnie powinny zostać zniesione, wykreślone... Mówimy też o karach, jeśli chodzi o reklamę, ale to ewentualnie ...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Już zgłoszone do...)

Jeszcze kwestia ewentualnego wcześniejszego wejścia w życie... Panie Przewodniczący, chodzi o art. 48, art. 59. Czy to też jest zgłoszone...

(Zastępca Przewodniczącego Michał Okła: Tak, to jest zgłoszone.)

Tak? To dziękuję bardzo. Chciałem tylko tyle... Dziękuję serdecznie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś w kwestii poprawek?

W takim razie na dzisiaj przegłosujemy projekt ustawy wraz z poprawkami przegłosowanymi dzisiaj.

Kto jest za przyjęciem tej ustawy? (3)

Kto jest przeciw? (1)

Dziękuję bardzo. Ustawa została przyjęta.

Sprawozdawcą tej ustawy będę ja. Dziękuję.

(Głos z sali: Nie widzę sprzeciwu.)

Posiedzenie komisji uważam za zamknięte. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 19 minut 50)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851