SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**47.**)
w dniu 20 czerwca 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk senacki nr 529, druki sejmowe nr 1583 i 1617).

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam wszystkich na czterdziestym siódmym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia. Szczególnie witam panią minister, panią Józefę Szczurek-Żelazko wraz ze współpracownikami. Witam także przedstawicieli strony związkowej, NSZZ „Solidarność" z panią Danutą Kądziołką na czele, przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego z panią wiceprezes Mariolą Łodzińską i współpracownikami. Witam panie i panów senatorów.

Przystępujemy do prac na dzisiejszym posiedzeniu komisji, aczkolwiek muszę państwa i państwa senatorów uprzedzić, że salę mamy na godzinę, na godzinę i 15 minut, jeżeli więc dyskusja będzie burzliwa i będzie się przeciągała, a nie chciałbym jej oczywiście ograniczać, to zrobimy przerwę do godziny 16.00 i wtedy komisja będzie mogła kontynuować prace. Wymogi, jeśli chodzi o salę, są takie, jakie są.

Dzisiejszy porządek obrad obejmuje jeden punkt: rozpatrzenie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych; druk senacki nr 529, druki sejmowe nr 1583 i 1617.

Czy ktoś z państwa senatorów wnosi zastrzeżenia do porządku obrad lub ma inne uwagi? Nie widzę zgłoszeń.

Uważam, że porządek został zatwierdzony.

Przystępujemy zatem do rozpatrzenia tego punktu.

Proszę panią minister o przedstawienie założeń tej ustawy.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Dzień dobry, witam państwa.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mam zaszczyt przedstawić ustawę rozpatrzoną przez Sejm, uchwaloną przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej 8 czerwca o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Szanowni Państwo, ustawa uchwalona przez Sejm, regulująca sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, jest odpowiedzią na oczekiwane przez poszczególne grupy zawodowe służby zdrowia uregulowanie, unormowanie sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wejście w życie tej ustawy spowoduje de facto wprowadzenie do obrotu prawnego pojęcia sektorowej płacy minimalnej w ochronie zdrowia, co było postulatem strony społecznej, przedstawicieli organizacji związkowych. Regulacja ta ma również na celu zażegnanie napięć, jakie pojawiły się w wyniku regulacji wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych, dokonywanych często pod presją organizacji pracowniczych, ale które dotyczyły poszczególnych grup zawodowych. Taki sposób regulowania spowodował, że powstały bardzo duże dysproporcje w wynagrodzeniach między poszczególnymi grupami zawodowymi pracowników. Pracownicy ochrony zdrowia mieli duże poczucie niesprawiedliwości. Często te duże dysproporcje dotyczyły porównywalnych grup zawodowych, osób o porównywalnym wykształceniu, tylko o innej profesji.

W związku z tym powstał ten projekt, projekt, który miał niejako systemowo uregulować tę kwestię, zażegnać napięcia i usunąć te wszystkie niesprawiedliwości, które zostały wprowadzone w ciągu ostatnich kilku lat w sektorze wynagradzania pracowników ochrony zdrowia. Jest to też taki mechanizm, który miałby zachęcić pracowników do podejmowania pracy w sektorze ochrony zdrowia. Chodzi nam tu szczególnie o zatrzymanie w kraju pracowników fachowych, pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów czy też ratowników. Ta gwarancja najniższego wynagrodzenia… Mówimy o minimalnym wynagrodzeniu zasadniczym, ustawa reguluje ten właśnie składnik wynagrodzenia, jest to propozycja minimalnego wynagrodzenia, ale nie jest to siatka, nie ma to charakteru siatki płac.

Rząd, przyjmując projekt omawianej ustawy, musiał również brać pod uwagę globalne skutki finansowe przygotowanych rozwiązań i możliwość pokrycia tych wydatków z dostępnych źródeł w ramach finansów publicznych. Należy przy tym zauważyć, że znaczna kwota potrzebna na pokrycie kosztów w okresie dochodzenia do ustanawianych płac minimalnych jest efektem wieloletnich zaniedbań, takich, a nie innych regulacji, które doprowadziły do takich dużych dysproporcji. Pracodawcy służby zdrowia w ostatnich latach, poszukując oszczędności, sposobów ograniczania kosztów, ograniczali również fundusze na wynagrodzenia. Często odbywało się to kosztem najmniej zarabiających pracowników reprezentujących zawody medyczne.

W związku z tym globalne kwoty, które będą musiały być wydatkowane na realizację ustawy, będą znaczne i szacowane są łącznie na około 16,8 miliarda zł. To jest łączny koszt regulacji, które zawiera ustawa. Odbywać się to będzie w okresie od roku 2017 do roku 2020, przy czym te koszty będą narastać w kolejnych latach i w roku 2017 jest to kwota 200 milionów zł, a w kolejnych latach ta kwota wyraźnie wzrasta i w 2020 r. jest to kwota 8,8 miliarda zł. Należy przy tym wskazać, że stawki docelowych wynagrodzeń zasadniczych oraz stopniowe tempo dochodzenia do poziomu docelowego są do udźwignięcia przez podmioty lecznicze, NFZ oraz budżet państwa. W projekcie ustawy jest przedstawiona ocena skutków regulacji w odniesieniu do budżetu państwa. Tam są kwoty przewidziane na wzrost wynagrodzeń rezydentów i stażystów. Jeżeli zaś chodzi o środki w odniesieniu do pozostałych pracowników zatrudnionych w sektorze, finansowanych ze środków NFZ, zakładamy, że symulowany wzrost przychodów NFZ pokrywa koszty związane z regulacją sektorową.

Celem ustawy nie jest też ustalenie warunków wynagradzania za pracę pracowników wykonujących zawody medyczne w taki sposób, aby tworzyć siatki płac. Nie jest to propozycja siatki płac. Są to minimalne wynagrodzenia. Oczywiście kierownicy podmiotów leczniczych w zależności od sytuacji finansowej będą mogli te zasadnicze wynagrodzenia pracownicze proponować na wyższym poziomie. My w tej regulacji określamy minimalne wynagrodzenie, które ma mieć zagwarantowane pracownik zatrudniony w sektorze ochrony zdrowia.

Co najistotniejsze, ustanowienie najniższych wynagrodzeń zasadniczych pozwoli podnieść wynagrodzenia pracowników medycznych najmniej zarabiających w poszczególnych grupach zawodowych. Jak wspomniałam, w sektorze ochrony zdrowia są dysproporcje w wynagradzaniu poszczególnych grup zawodowych, ale również w ramach tych samych grup zawodowych istnieją dosyć spore dysproporcje. Ta regulacja prowadzi do tego, że zostanie zastosowany mechanizm wyrównujący w odniesieniu do wynagrodzenia zasadniczego osób, które do tej pory najmniej zarabiały.

Omawiana ustawa inaczej niż powszechna ponadsektorowa płaca minimalna ustanawia najniższe wynagrodzenie, co jest rozwiązaniem korzystnym dla pracowników, najniższe zasadnicze wynagrodzenie, co jest korzystne dla pracowników, ponieważ obejmuje stały element wynagrodzenia. Nie mówimy tu o jakimś dodatku wyrównawczym, tylko o wynagrodzeniu zasadniczym, które jest wpisane w umowę o pracę i ma charakter stały. Od wynagrodzenia zasadniczego minimalnego, określonego tą regulacją, będą przysługiwały również te wszystkie pochodne dodatki, które są stosowane w podmiotach leczniczych, mianowicie dodatki stażowe, z tytułu dyżuru medycznego, z tytułu pracy w nocy i w święta itd. Dotychczasowe rozwiązania nie precyzowały, jakie elementy wynagrodzenia mają wzrastać, co powodowało, że większość pracodawców stosowała formę dodatków, które nie miały charakteru stałego. W pewnym sensie mogło to też skutkować ograniczeniem wypłaty tego dodatku.

Należy wskazać jeszcze jeden aspekt. Otóż ustawa poprzez objęcie lekarzy stażystów i rezydentów wprowadzi w okresie dochodzenia do wynagrodzeń docelowych ustawową gwarancję wzrostu ich wynagrodzeń. Jak państwo wiecie, do tej pory stażysta, osoba rozpoczynająca staż miała wynagrodzenie zasadnicze ustalone na poziomie 2 tysięcy 7 zł, tymczasem my tą regulacją zwiększamy to wynagrodzenie prawie o 1 tysiąc 600 zł. Więc jest to propozycja… Ja rozumiem, że to może nie zadowalać wielu środowisk, ale jest to propozycja dla stażystów czy rezydentów, jak myślę, o wiele atrakcyjniejsza niż ta stawka, która obowiązuje od kilku lat, która nie była zmieniana, a chodzi o kwotę w wysokości, o jakiej przed chwileczką wspomniałam. Środki na wynagrodzenia stażystów i rezydentów są zagwarantowane w budżecie państwa, tak że tu nie ma zagrożenia co do realizacji tego rozwiązania.

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na to, że na etapie sejmowych prac nad ustawą pojawiły się też postulaty zgłaszane przez środowiska pielęgniarskie o zmianę kategorii zaszeregowania pielęgniarek w poszczególnych grupach i wskaźników przyporządkowanych do poszczególnych grup zawodowych pielęgniarek. Chciałabym podkreślić, że takie kategorie zostały na początku prac nad tą ustawą ustalone we współpracy ze stroną związkową. Również w projekcie obywatelskim, który niedawno, w maju został wniesiony do Sejmu, są takie same kategorie jak w projekcie rządowym. I tamten projekt zyskał poparcie strony związkowej, jeżeli chodzi o środowisko pielęgniarek i położnych.

W projekcie ustawy są szczegółowo zapisane mechanizmy dojścia do wyrównania, do osiągnięcia tego minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w poszczególnych grupach zawodowych. Proces dochodzenia ma trwać do 2021 r. Szczegółowo określony jest mechanizm, jak to ma wyglądać w poszczególnych latach, o jaki odsetek, o jakie wartości mają wzrosnąć poszczególne wynagrodzenia. Oszacowane są również skutki tychże regulacji. Co jest bardzo istotne w przypadku tego projektu, to fakt, że pracownicy wiedzą, to jest jasno, precyzyjnie określone, jakie minimalne wynagrodzenie będzie obowiązywało w roku 2019 i w roku 2021.

Ja chciałabym jeszcze w ramach uzupełnienia powiedzieć, że to wynagrodzenie zasadnicze jest ustalane według wagi określonej w załączniku do tabeli i odnosi się do średniego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Na lata 2017–2019 przyjęliśmy średnie wynagrodzenie z roku 2015, ponieważ procedowanie nad ustawą rozpoczęliśmy w ubiegłym roku i to było ostatnie wynagrodzenie ogłoszone przez GUS. Przyjęliśmy wynagrodzenie na poziomie 3 tysięcy 900 zł i ono jest niejako zamrożone do 2019 r. Od 2019 r. to wynagrodzenie według wskaźnika opisanego w tabeli będzie odnosiło się do średniego wynagrodzenia ogłoszonego w poprzednim roku przez Główny Urząd Statystyczny. Jest więc ono wyraźnie skorelowane ze średnim wynagrodzeniem w gospodarce narodowej. Proces podwyższania wynagrodzenia kończy sią w 2021 r., kiedy to ustalone zostanie wynagrodzenie w stosunku do średniej płacy w gospodarce według konkretnego wskaźnika, który został określony w tabelach. Ja może tyle. Jeżeli będą pytania, to będziemy szczegółowo odpowiadać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Na pewno będą pytania.

Dziękuję, Pani Minister.

Teraz bym prosił pana Macieja Telca, legislatora, o przedstawienie swoich uwag do tej ustawy.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Maciej Telec:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Ja chciałbym zwrócić uwagę na 2 kwestie, które zresztą były już podnoszone także w trakcie prac nad projektem ustawy w Sejmie. Mają one charakter bardziej formalny.

Pierwsza dotyczy braku adekwatności między tytułem ustawy a jej treścią, ponieważ zgodnie z tytułem ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zaś art. 5 tej ustawy stanowi również o zasadach wynagradzania osób niewykonujących zawodu medycznego.

Druga kwestia dotyczy art. 5, wątpliwości związanych z jego treścią. Ponieważ przepis ten ze względu na jego bardzo ogólny i postulatywny charakter nie ma w zasadzie wartości normatywnej, może on rodzić wątpliwości interpretacyjne, zwłaszcza np. w sytuacji, w której pracownik dochodzący podwyższonego wynagrodzenia w oparciu o ten przepis, wystąpi z odpowiednim roszczeniem do sądu, a przepis ten jest z natury swojej bardzo generalny. To wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Legislatorze.

Pani Minister, czy może się pani ustosunkować do tych uwag?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Oczywiście.

Zacznę od tytułu ustawy. Regulacja dotyczy pracowników zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia, mówimy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników wykonujących zawody medyczne. Tutaj wskazano, że pozostaje to w kolizji z art. 5. Art. 5 jest to taki przepis instruktażowy, który jest de facto przepisany z kodeksu pracy, takie jest dokładne brzmienie tego przepisu. Ten przepis został wniesiony, wprowadzony do ustawy na wniosek strony społecznej, która niejako chciała mieć wzmocniony argument do rozmów z dyrektorami szpitali odnośnie do regulacji wynagrodzeń w pozostałych grupach zawodowych niemedycznych. On nie ma charakteru normatywnego, w tym przepisie, po pierwsze, nie nakładamy takiego obowiązku, że z mocy ustawy musi być dokonana regulacja wynagrodzeń pozostałych pracowników, po drugie, nie określamy metodologii dojścia do tego wynagrodzenia. W związku z tym uznajemy, że ten artykuł ma charakter instruktażowy i nie powinien wpłynąć na tytuł ustawy. W tej ustawie de facto dokładnie, precyzyjnie opisujemy sposób regulacji wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Pan nie chce już zabierać głosu. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do zadawania pytań. Zaczniemy od strony parlamentarnej, czyli proszę państwa senatorów o ewentualne pytania do pani minister.

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Bogusława Orzechowska:

Pani Minister! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Do mnie, ale nie tylko, jak się zorientowałam, do wszystkich członków naszej komisji dotarły głosy z izby pielęgniarskiej odnośnie do troszeczkę innych propozycji do siatki planowanych wynagrodzeń. Dotyczy to przede wszystkim tych pielęgniarek i położnych, które mają tytuł magistra, a także rozdzielenia pielęgniarek, które mają tytuł magistra, pielęgniarek, które mają tytuł licencjata, i tych, które ukończyły pielęgniarstwo na poprzednich zasadach, w szkołach zawodowych pielęgniarskich. Były troszeczkę inne propozycje niż te, które są tu przedstawione, dlatego chciałabym się dowiedzieć… Pani minister mówiła o tym, że były prowadzone rozmowy. Czy te rozmowy, które były prowadzone w ministerstwie, przebiegały troszeczkę inaczej, dotyczyły innych propozycji niż propozycje nam przedstawione, czy po prostu zdanie ministerstwa jest inne niż zdanie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

Proszę, Pani Minister, proszę od razu odpowiedzieć.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowni Państwo, jeżeli chodzi o kategorie, to już w mojej wstępnej wypowiedzi informowałam, że te kategorie w zasadzie były ustalone na początku procedowania nad projektem tej ustawy. W tych pracach brali udział przedstawiciele organizacji związkowych, także Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Ponieważ de facto problem polegał na tym, że strona społeczna nie zgadzała się co do wskaźników i generalnie założeń tej ustawy, jasnego i precyzyjnego stanowiska co do kategorii nie było. Jednak z pewnych środowisk związkowych płynął taki sygnał, żeby w takiej konfiguracji, jak my to w ustawie przedstawiamy, w takich kategoriach te grupy zawodowe pielęgniarskie były ujęte. Był sygnał ze strony społecznej, żeby jednak pielęgniarki z wyższym wykształceniem i ze specjalizacją były wyraźnie wyodrębnione i miały odpowiedni wskaźnik, przypisany do danej kategorii.

Co do kwestii różnicowania pielęgniarek ze średnim wykształceniem, bo tu mamy na myśli pielęgniarki , które zdobywały uprawnienia w poprzednim systemie, czyli po liceum pielęgniarskim, czy też pielęgniarki, które ukończyły kształcenie na poziomie licencjatu, to de facto wszystkie te osoby mają dyplom pielęgniarki, dyplom pielęgniarki

uznawany w naszym kraju, w związku z tym to różnicowanie… Ponieważ w koszyku świadczeń czy, powiedzmy, w regulacjach NFZ nie czyni się rozróżnienia dla pielęgniarek, które ukończyły naukę w trybie licealnym czy licencjackim, są to pielęgniarki, branie pod uwagę tylko i wyłącznie trybu zdobywania uprawnień w naszej ocenie nie było argumentem do końca przekonującym.

Ja jeszcze raz podkreślę, że ten problem wypłynął w ostatniej chwili, a sposób kategoryzacji poszczególnych grup zawodowych jest identyczny ze sposobem kategoryzacji przedstawionym w projekcie obywatelskim, pod którym strona społeczna się podpisała. Wcześniej nie było do nas takich zgłoszeń.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Pani Minister, ja może przy tej okazji dopytam. Jeżeli pielęgniarka ma tytuł magistra uzyskany na kierunku pielęgniarskim, to w tej chwili jest zaliczona do grupy…

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Należy do kategorii siódmej, tj. pielęgniarka lub położna z tytułem magistra i ze specjalizacją.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: A jeżeli nie ma specjalizacji?)

A jeżeli nie ma specjalizacji, to należy do kategorii dziewiątej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Czyli tak na chłopski rozum to jest chyba troszkę krzywdzące dla tej grupy. Te osoby skończyły studia magisterskie i są zaliczane do grupy dziewiątej. Ale myślę, że strona pielęgniarska się…

(*Głos z sali*: Ale z tytułem magistra jest siódemka.)

I ze specjalizacją, musi być i to, i to.

(*Głos z sali*: Aha, też ze specjalizacją.)

Czyli nie ma grupy, która uwzględniałaby sam tytuł magistra. Prawda?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Ja chciałabym podkreślić, że w rozporządzeniach koszykowych, w których zdefiniowane są wymogi stawiane osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych i opisane ich kwalifikacje, eksponuje się właśnie specjalizacje zawodowe. To są kwalifikacje, które są niezbędne do udzielania świadczeń w wielu obszarach, w różnych obszarach medycyny. To jest kompetencja, która jest wymagana i często warunkuje podpisanie kontraktu na dany rodzaj świadczeń. Tak jak powiedziałam, na początku rozmawialiśmy ogólnie na temat projektu ustawy. Tego typu sygnały pojawiły się dopiero na etapie prac w Komisji Zdrowia w Sejmie i na posiedzeniu Sejmu.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Minister, jedno pytanie, żeby może ten temat zakończyć. A gdybyśmy ewentualnie wyodrębnili grupę pielęgniarek z tytułem magistra, to jakie rodziłoby to skutki finansowe dla budżetu.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Jak państwo wiecie, przygotowując projekt ustawy, my przedstawiamy go komisji ekonomicznej, zresztą komitet stały i Rada Ministrów przyjęły go w tej wersji. My po ostatniej dyskusji na posiedzeniu Komisji Zdrowia w Sejmie przeprowadziliśmy symulację kosztów w związku z ewentualną zmianą kategorii obejmującej pielęgniarki z wyższym wykształceniem magisterskim bez specjalizacji i przeniesieniem jej do grupy ósmej ze wskaźnikiem 0,73 i okazało się, że w perspektywie dziesięcioletniej, bo tak to przygotowujemy do oceny skutków regulacji, byłby to dodatkowy koszt w wysokości około 8 miliardów zł.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Pan senator Grodzki. Proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Pani Minister! Państwo Senatorowie! Szanowni Goście!

Ja jestem z natury człowiekiem łagodnym, ale powiem, że ten projekt to jest taka propozycja, jakby na gmachu ministerstwa wywiesić wielki baner z napisem: ludzie, wyjeżdżajcie z tego kraju, rezydenci, pielęgniarki, specjaliści, wyjeżdżajcie.

Pani Minister, w Rumunii lekarz ze specjalizacją będzie zarabiał dwa razy więcej niż lekarz ze specjalizacją w Polsce. Jeżeli nadal będziemy akceptować taki stan, że uważamy, że 4,6% PKB na zdrowie to jest okej, a już jest mniej, bo PKB wzrosło, a nakłady ani trochę i teraz wynoszą 4,38, i jeżeli sposobem na ratowanie budżetu służby zdrowia ma być współpłacenie przez pacjentów na bardzo niejasnych zasadach… No nie możemy się na to zgodzić.

Ale wracam do omawianej ustawy. Na temat edukacji wypowiedziało się 900 tysięcy, ponad 900 tysięcy ludzi. Pod projektem obywatelskim podwyżek w służbie zdrowia zebrano 250 tysięcy podpisów. W służbie, w systemie pracuje 437 tysięcy osób, czyli ponad połowa się podpisała. To tak, jakby w sprawie edukacji, pod prośbą o przeprowadzenie referendum podpisały się miliony osób. Państwo to kompletnie zlekceważyliście. Nie można działać wbrew pacjentom, to jest najważniejsze, ale nie można też działać wbrew woli pracowników służby zdrowia, bo doprowadzimy do dramatycznego kryzysu.

Dlatego złożę, oszczędzając czas, o co prosił pan przewodniczący, poprawkę zmieniającą te współczynniki pracy, notabene nie wiedzieć czemu liczone od 3 tysięcy 900, chociaż wszyscy wiemy, że średnia krajowa wynosi już ponad 4 tysiące.

W uzasadnieniu w toku prac legislacyjnych zostało napisane, że szpitale mają sobie poradzić z tymi podwyżkami z dochodów NFZ. Tu siedzi pan dyrektor Zawalski, a pan minister co rusz puszcza sprzeczne sygnały, mówiąc, że od 2018 r. NFZ ma zostać zlikwidowany. No to jak ci biedni dyrektorzy szpitali mają te szpitale bilansować?

Lekarze rezydenci, lekarze stażyści. Musicie sobie państwo zdawać sobie sprawę z tego, że w szpitalach szczecińskich – jestem senatorem ze Szczecina – już są plakaty. Niemcy chcą nie tylko specjalistów, chcą rezydentów. 1 tysiąc 200 euro na dzień dobry, pieniądze na zagospodarowanie, pieniądze na naukę języka. Można mieszkać w Szczecinie, bo do 4 szpitali po niemieckiej stronie dojeżdża się w pół godziny.

Jeżeli będziemy prowadzić taką politykę, to ostatni w tym systemie służby zdrowia zgasi światło. Dlatego bardzo proszę szanownych państwa, członków Komisji Zdrowia, w większości lekarzy, abyśmy poważnie zastanowili się nad tymi regulacjami i chociaż spróbowali wypracować kompromis między propozycjami obywatelskimi, między propozycjami związków zawodowych pielęgniarek i położnych a tym, co możemy zrobić, bo przyjęcie tego w postaci proponowanej przez resort skończy się dla systemu dramatycznie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

No, pan jest senatorem pierwszą kadencję, ja jestem już czwartą, więc… To, że akurat myśmy się zajęli tą sprawą, to… Państwo przez 8 lat tego nie zrobiliście. Ale to już aspekt polityczny. My na posiedzeniach Komisji Zdrowia staramy się rozmawiać czysto merytorycznie, ale od polityki oczywiście też nie uciekamy.

Proszę panią minister o odpowiedź.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowni Państwo, na początku mojej wypowiedzi podkreśliłam, że obecny rząd podejmuje działania, żeby naprawić ten system, który państwo tak mocno krytykujecie i pod którego krytyką się podpisujemy. Rzeczywiście te skandalicznie niskie wynagrodzenia dla rezydentów zostały ustalone w 2012 r. i do 2017 r. nie były w żaden sposób waloryzowane, a jest to kwota 2 tysięcy 7 zł. My w tej chwili proponujemy stażystom wzrost wynagrodzenia zasadniczego o 1 tysiąc 644 zł, więc jest to, nawet relatywnie licząc, procentowo, w stosunku do tego, co mieli do tej pory, a w związku z czym się upominają, oferta nie najgorsza. Również lekarzom rezydentom proponujemy wzrost wynagrodzenia zasadniczego o 1 tysiąc 855 zł. Powtarzam, że to są zasadnicze wynagrodzenia. Właśnie taki jest cel tej regulacji, chodzi o to, żeby zlikwidować dysproporcje i podnieść rażąco niskie, urągająco niskie wynagrodzenie w poszczególnych grupach zawodowych. Tak jak powiedziałam, to są minimalne wynagrodzenia zasadnicze, poniżej których nie można zejść, a w wielu sytuacjach dyrektorzy podejmują decyzje o podwyższeniu tych wynagrodzeń, bo trzeba też wspomnieć o tym, że w ostatnim roku nastąpiła poprawa sytuacji finansowej publicznych podmiotów i w wielu obszarach jest możliwość wypracowania nadwyżek.

Chciałabym jeszcze pokazać źródła pokrycia. W ocenie skutków regulacji przeanalizowaliśmy szczegółowo wzrost dochodów Narodowego Funduszu Zdrowia w poszczególnych latach i różnica między rokiem poprzednim a bieżącym w roku 2017 jest to 737 milionów zł, z czego na konsumpcję, na wynagrodzenia wynikające z tej ustawy zostanie przeznaczona kwota 194 milionów 719 zł, co stanowi 26% wzrostu dochodów NFZ, czyli nie wszystkie wzrosty zostaną skonsumowane przez wzrost wynagrodzeń. W poszczególnych latach będzie tak, że w 2018 r. będzie to 13% wzrostu przychodów, w 2019 r. będą to 33% itd. My pokazujemy, że z rosnących przychodów NFZ – a wzrost jest faktem, jak państwo analizujecie przychody NFZ w poszczególnych latach, to widać wyraźny wzrost przychodów, w prognozie jest on wykazany – z tych środków będzie możliwe pokrycie skutków tej regulacji. Zresztą prezes NFZ – jest pan dyrektor, więc może to potwierdzić – również informuje, że nastąpi wzrost finansowania już w drugim półroczu, tak że są możliwości pokrycia tych wydatków.

Proszę państwa, my proponujemy podwyżki wynagrodzeń, tych czasami nieludzkich propozycji, z którymi się zderzali pracownicy ochrony zdrowia, po czym podejmowali decyzje o wyjeździe z kraju. Jeżeli my proponujemy wzrost wynagrodzeń np. rehabilitantom, którzy bardzo często mają wyższe wykształcenie, specjalizację i zarabiają obecnie 2 tysiące 800 czy 2 tysiące 900 zł, bo taką mamy średnią ogólnokrajową, takie jest zasadnicze wynagrodzenie, wzrost docelowo w 2021 r. o 2 tysiące 226 zł, pielęgniarkom z wyższym wykształceniem magisterskim i ze specjalizacją proponujemy wzrost o 2 tysiące 525 zł, to myślę, że trudno w tym momencie propozycję rządową uznawać za propozycję, która w jakiś sposób, nie wiem, urąga osobom wykonującym zawody medyczne. Jest to oferta uszyta na miarę możliwości państwa. Możemy przeznaczyć te kwoty i staramy się przeznaczyć je w taki sposób, żeby wyrównać dysproporcje powstałe w ciągu wielu lat.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Czy ktoś z państwa senatorów ma jeszcze pytanie?

Pani senator Orzechowska. Proszę.

Senator Bogusława Orzechowska:

Ja dziękuję pani minister, bo rzeczywiście jest to pierwsze działanie w stronę podwyższenia, z tym że jeśli chodzi o pielęgniarki, to właściwie ich wnioskiem kierowało to, że jednak pielęgniarki, które robią licencjat, muszą mieć

maturę, mają już skończoną szkołę średnią. Licencjat jest właściwie zaliczany jako studia wyższe. Więc chodzi o to, żeby było tu, może w niewielkim stopniu, ale pewne zróżnicowanie między tą grupą a grupą, która studiów wyższych nie ma. Myślę, że gdyby to było zróżnicowanie choćby o 0,1 czy 0,2, to na pewno te osoby byłyby usatysfakcjonowane.

A w ogóle rzeczywiście dziękuję za to, że jest wprowadzana ta ustawa, dlatego że, tak jak pan senator Grodzki mówił, rzeczywiście personel i średni, i wyższy, i lekarze, te osoby uciekają do innych krajów. To jest związane z tym, że tamte kraje zawsze były od nas bogatsze, ja mówię w tej chwili o Niemczech, przez te kraje nie przetaczała się wojna, tak jak przez nasz kraj, a jeśli nawet brały udział w działaniach wojennych, to nie zostały w większym stopniu pokrzywdzone. Wiadomo, że my musieliśmy gospodarkę odbudowywać od podstaw, dlatego jest u nas trudniej. A trzeba by było też pomyśleć, to już nie dotyczy dzisiejszych rozmów, ale pomyśleć o tym, żeby w jakiś sposób ograniczyć uciekanie studentów medycyny czy pielęgniarstwa, osób tuż po studiach, bo są one kształcone w naszym kraju, za nasze pieniądze, tu zdobywają wykształcenie i wyjeżdżają do innych państw, które w ich kształcenie nie włożyły ani złotówki, ani euro.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

Myślę, że ta ustawa ma właśnie taki cel, chodzi o to, żebyśmy w jakiś sposób zatrzymali pracowników medycznych w kraju. Oczywiście możemy powiedzieć, że nie jest to wystarczające, ale jest to jakiś krok do przodu.

Czy pani minister chciałaby ustosunkować do głosu pani senator?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Było jeszcze pytanie o to, dlaczego kwota bazowa to 3 tysiące 900. Ja na początku mówiłam o tym, że prace nad ustawą rozpoczęliśmy w 2016 r., wtedy ostatnie opublikowane średnie wynagrodzenie wynosiło nawet niecałe 3 tysiące 900, w związku z tym tę kwotę przyjęliśmy jako kwotę bazową do oszacowania skutków symulacji. Tak to zostało przyjęte do 2019 r. i ta kwota 3 tysięcy 900 jest zamrożona. A od 2020 r. będzie aktualna, z poprzedniego… Ten wskaźnik odnosi się do kwoty średniego wynagrodzenia z roku poprzedzającego.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Proszę państwa, ja jeszcze odniosę się do tej kwoty, bo wiem, że w uwagach do projektu niektórzy podnosili to, że w ciągu tych 2 lat ta kwota będzie zdecydowanie za mała. Czy państwo robiliście jakąś symulację w związku z tym, że to najniższe wynagrodzenie w ciągu tych 2 lat może niestety ulec dewaluacji?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Nie, my tutaj w żaden sposób nie odnosimy się do tego faktu. Po prostu dla naszych celów, powiedziałabym, projektowych przyjęliśmy takie założenie, nie odnosząc się absolutnie do sytuacji w gospodarce czy też do jakichś tam prognoz tworzonych chociażby przy konstruowaniu budżetu państwa. Po prostu przyjęliśmy takie założenie na początku procedowania nad tą ustawą.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Pan senator Wojtyła. Proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja chciałbym zapytać o pewne zapisy w ustawie, mianowicie o zapis art. 2 pkt 3b dotyczący podwyżek dla pracowników inspekcji sanitarnej. I tak jak tu widzę, to są to właściwie wszyscy pracownicy inspekcji sanitarnej, chyba że źle to odczytuję. Chciałbym się upewnić, czy to są tylko osoby, które biorą udział w czynnościach kontrolnych, czy… Jakie to są osoby? Pytam, bo z tego przepisu wynikałoby, że to nie dotyczy pracowników administracyjnych. A te osoby, które wykonują zapobiegawczy, bieżący nadzór, to te, które wykonują czynności kontrolne, ale tu potem mówi się również o działalności oświatowo-zdrowotnej. Czyli praktycznie wszyscy oprócz administracji mają być objęci tą ustawą. Ja chciałbym zapytać, czy dobrze myślę.

Chciałbym się ustosunkować również do uzasadnienia. W uzasadnieniu jest mowa o tym, że te podwyżki zwiększą zainteresowanie kształceniem w zawodach medycznych. Otóż wzrost zainteresowania pielęgniarstwem, studiowaniem pielęgniarstwa zależy od wielu czynników, a najważniejszym czynnikiem są limity przyjęć na studia pielęgniarskie. Dlatego pytam, tu jest pani dyrektor, ile miejsc jest niewykorzystanych, jeśli chodzi o przyjęcia na studia. Gdy czytałem raport dotyczący pielęgniarstwa, przygotowany przez Departament Pielęgniarek i Położnych, to widziałem przedstawiony na wykresach spadek, np. w 2012 r., w 2013 r. limity przyjęć na studia pielęgniarskie zmniejszone były prawie o 3 tysiące. Z tego wynika, że ministerstwu kazano oszczędzać, a najłatwiej oszczędzać na zmniejszeniu limitu przyjęć, zmniejszeniu liczby specjalizacji, tak to się odbywało przez ostatnie 8 lat. Zatem następna sprawa: ile miejsc jest niewykorzystanych?

My tu mówimy o pracownikach medycznych wyjeżdżających z kraju. Chciałbym też zapytać, jaki procent lekarzy wyjeżdża z kraju, czyli podejmuje pracę za granicą, i jaki procent pielęgniarek wyjeżdża z kraju. Jeśli chodzi o lekarzy, to jest to kilkanaście procent. Gdy się popatrzy na rynek usług medycznych na świecie, to można się przekonać, że migracja lekarzy mniej więcej na poziomie kilkunastu procent jest także z Anglii do Niemiec, z Niemiec do Anglii, ze Stanów do Anglii. Tak że myślę, że w przypadku lekarzy czynnikiem, który powoduje… Właściwie to lekarze dyk-

tują warunki pracy, tak już jest przynajmniej na prowincji. Jest ich mało i jak dyrektor nie będzie układał się z lekarzami, to bardzo łatwo zamkną oddziały, a takie przykłady w Polsce przecież istnieją. Tak że problemem przynajmniej w zawodach medycznych nie są tylko pensje, problemem są limity przyjęć, które są zbyt niskie.

Ja, będąc ministrem zdrowia w 1993 r., przygotowałem plan zapotrzebowania na zawody medyczne do 2020 r. i w tej chwili powinniśmy mieć nie 22 lekarzy na 10 tysięcy, lecz 29 lekarzy na 10 tysięcy. To by była norma europejska, byłoby tak, jak jest w Europie. Ale wtedy kiedy przygotowywaliśmy ten program, liczba przyjęć na studia medyczne to było 7 tysięcy na studia bezpłatne i zakładaliśmy, że połowa z tej liczby będzie na płatnych, bo wchodził system płatnych studiów, a więc będzie w sumie 10,5 tysiąca. Tymczasem my ciągle mało przyjmujemy na studia medyczne, mało przyjmujemy pielęgniarek. Jest luka pokoleniowa. Ja pracuję w szpitalu i widzę, są pielęgniarki, które za 5, 6 lat pójdą na emeryturę, i pielęgniarki, które dopiero co pokończyły studia, zostały pielęgniarkami. Problem z pielęgniarkami pojawi się za 5, 6 lat. Jest tutaj pani dyrektor, więc chciałbym zapytać, czy takie symulacje panie również robiły. Tyle mam pytań. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Proszę, Pani Minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Może ja odniosę się do tego pierwszego pytania, do zapisu art. 2 pkt 3b. To obejmuje wszystkie pielęgniarki, wszystkie osoby, pracowników medycznych wykonujących zawód medyczny. My w tej ustawie posługujemy się inną nomenklaturą, nie mówimy o osobie z wykształceniem takim a takim, tylko o osobie wykonującej zawód medyczny. Wiemy, że np. w sanepidzie pielęgniarki są zatrudnione na stanowiskach administracyjnych, więc ich oczywiście ta podwyżka nie będzie obejmowała, zaś te, które wykonują te czynności, będą objęte tą podwyżką. Tak że to dotyczy osób wykonujących zawody medyczne.

Jeżeli chodzi ogólnie o kwestię kadrową dotyczącą pielęgniarek, to jest tu pani dyrektor, więc myślę, że uzupełni moją wypowiedź. Ja chciałabym tylko powiedzieć, że w tej chwili trwają prace, prowadzone są wspólnie ze stroną społeczną, z przedstawicielami naczelnej rady, związków zawodowych pielęgniarek i położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i jeszcze innych środowisk, nad opracowaniem strategii rozwoju pielęgniarstwa w Polsce. Minister zdrowia, pan Konstanty Radziwiłł, w marcu powołał zespół, który rozpoczął te prace, i właściwie do końca września mamy przygotować strategię. Ta strategia obejmuje m.in. takie obszary, o których tu pan minister, pan senator mówił, czyli kwestie kształcenia pielęgniarek, warunków pracy, warunków wynagradzania, warunków rozwoju zawodowego itd. Te kwestie mamy zamiar w tej strategii doprecyzować.

Jeżeli chodzi o zachęcanie absolwentów szkół średnich do podejmowania decyzji o wykonywaniu tego zawodu, to są prowadzone akcje promujące ten zawód. Myślę, że w tej chwili mimo wszystko wzrosło zainteresowanie zawodem pielęgniarskim. Nawiążę do tego, o czym pan senator mówił, że liczba miejsc na uczelniach jest niewystarczająca. Myśmy mieli sygnał, że w ubiegłym roku np. na Uniwersytecie Śląskim chętnych do studiowania na wydziale pielęgniarskim było po kilka osób na miejsce. W związku z tym wspólnie z departamentem podjęłam działania, rozmawialiśmy z rektorami uczelni medycznych, aby zwiększyli liczbę miejsc na tych wydziałach, gdzie rzeczywiście są takie potrzeby. Wiemy, że ze środków budżetu państwa szkoleni są studenci na kierunkach, po ukończeniu których niekoniecznie od razu jest praca, chociażby na uczelniach medycznych, nie ujmując innym profesjom, kształcone są np. na poziomie magisterskim kosmetyczki itd., w wielu szkołach finansowane jest to ze środków budżetu państwa. W tej sytuacji proponujemy dokonać pewnych przesunięć i wykorzystać te środki w kształceniu tych zawodów, gdzie jest duża nisza na rynku. Tak że te działania są podejmowane.

Równocześnie rozmawiamy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które nadzoruje wyższe szkoły zawodowe. Tam również prowadzone jest szkolenie na poziomie licencjackim, magisterskim. Zwróciliśmy się też o uwzględnienie w budżetach poszczególnych szkół czy też w ramach przekazywanych środków zwiększenia liczby miejsc na wydziałach pielęgniarskich. Tak że te działania są podejmowane i myślę, że one w niedługim czasie przyniosą efekt.

Jeżeli chodzi o liczbę osób, które wyjeżdżają za granicę… No, chcieliśmy do Unii Europejskiej, a Unia Europejska zapewnia nam swobodny przepływ kapitału, osób itd., dostęp do pracy. To jest fakt. Jednocześnie myślę, że te kwoty, które są gdzieś tam w przestrzeni publicznej pokazywane, czasami też mijają się z prawdą. Z ostatnich danych wynika, że jeżeli chodzi o wyjazdy pielęgniarek za granicę i rozpoczęcie pracy – my w departamencie mamy takie dane – to od 2004 r., czyli od momentu wejścia do Unii Europejskiej, zostało wydanych około 20 tysięcy zaświadczeń, co nie świadczy o tym, że te osoby na stałe wyjechały z kraju. Taka jest liczba tych zaświadczeń, to są mniej więcej te wskaźniki. Ale może pani dyrektor uzupełni, jeśli pan przewodniczący i państwo sobie życzycie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo.

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Beata Cholewka:

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Pani Minister! Panie Senatorze!

Jeżeli chodzi o limity na pielęgniarstwo, to chciałabym uzupełnić wypowiedź pani minister tylko o taką informację, że limity zostały instytucjonalnie zniesione w roku

2011 i od tego roku nie obowiązują na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, w związku z tym tak naprawdę nie ma żadnych ograniczeń co do liczby przyjmowanych studentów z wyjątkiem poziomu finansowania budżetowego. W uczelniach niepublicznych, w których pielęgniarki się kształcą, limit zależy od liczby osób, które na uczelnię się zgłoszą i będą chciały studiować pielęgniarstwo, zaś w uczelniach publicznych jest to oczywiście ograniczenie wynikające z tego, że liczba studentów kształconych na tym kierunku jest jakąś wypadkową liczby studentów na różnych kierunkach medycznych, które kształcą lekarzy, lekarzy dentystów i w innych zawodach medycznych w ramach uniwersytetów medycznych. W każdym razie limitów jako takich nie mamy i rzeczywiście obserwujemy zainteresowanie tym kierunkiem na uczelniach, w których środki budżetowe stanowią źródło kosztów kształcenia tych studentów. Nie ma tu ograniczenia funkcjonalnego, związanego z ustalaniem limitów.

Zniesienie limitowania w pielęgniarstwie miało tak naprawdę pomóc też w wykorzystaniu tego czynnika, jakim jest chęć kształcenia, w nieograniczaniu go w żaden sposób przez liczbę ustalaną na poziomie rozporządzenia, wskazującą limit dla danej uczelni.

Średnioroczna liczba absolwentów w tej chwili kształtuje się na poziomie około 5 tysięcy. Te zawyżone wskaźniki, które pan senator przywołał, dotyczyły jeszcze takiej sytuacji, w której pielęgniarki studiowały pomostowo, w związku z czym do liczby absolwentów, do tej statystyki wkradała się liczba pielęgniarek, które kończyły studia pomostowe. To sztucznie zawyżało liczbę absolwentów. My obserwujemy jednak stałą tendencję, która rzeczywiście w pewnym czasie tej luki pokoleniowej, faktycznie spowodowanej m.in. zmianą systemu kształcenia, po prostu może nie uzupełnić, może się okazać, że nie podołamy tym brakom kadrowym. Stąd też działania rozpoczęte na poziomie resortu, związane z przygotowaniem strategii, w której środowisko aktywnie uczestniczy. Jesteśmy w trakcie przygotowywania koncepcji rozwiązań dla kilku wybranych, najważniejszych obszarów w pielęgniarstwie i położnictwie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Dyrektor.

A czy mogłaby pani powiedzieć, ile procentowo pielęgniarek, które opuszczają mury uczelni, podejmuje pracę w zawodzie? Czy mamy jakieś dane, czy ministerstwo ma takie dane, czy nie?

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Beata Cholewka:

Jaki procent podejmuje pracę? Oczywiście 100% pielęgniarek, wszystkie pielęgniarki, które kończą kształcenie na poziomie licencjat pielęgniarstwa, zgłaszają się do izb okręgowych po odbiór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu. Podjęcie przez nie zatrudnienia jest już kwestią nie do końca może informowania izby jako organu rejestrowego. Nie mamy dokładnej statystyki, pokazującej, jaka liczba pielęgniarek faktycznie podejmuje tę pracę, ponieważ odebranie i przyznanie prawa wykonywania zawodu na poziomie izby nie do końca jest związane z faktem podjęcia pracy i zatrudnienia. Na pewno część osób migruje i podejmuje pracę również za granicą, ale poniżej kwalifikacji, ponieważ liczba osób, którą notujemy jako faktycznie rejestrującą się w państwach Unii Europejskiej – mamy takie narzędzie informatyczne, system IMI – wskazuje, że pielęgniarki polskie nie podejmują licznie zatrudnienia, to nie są liczne grupy osób podejmujące pracę w innych państwach Unii Europejskiej. Informacja zwrotna z organów rejestrowych tych państw wskazuje na to, że niewiele pielęgniarek podejmuje zatrudnienie na tym poziomie kwalifikacji, czyli pracę związaną z wykonywaniem zawodu pielęgniarki. Może to być podejmowanie pracy poniżej tego poziomu kwalifikacji, co nam umyka w statystykach, więc trudno nam ocenić, jaka liczba pielęgniarek faktycznie migruje i podejmuje pracę za granicą. Te osoby, które faktycznie migrują i podejmują pracę w zawodzie, nie stanowią znaczącej grupy w systemie. Obawiamy się, że to są osoby, które podejmują pracę, ale poniżej kwalifikacji, być może z powodów językowych lub innych.

Jeśli chodzi o zainteresowanie wykonywaniem zawodu na terenie Polski, to jest to trudne do oszacowania. My jesteśmy w trakcie dokonywania takiej bardziej dokładnej oceny i za pomocą pewnych rozwiązań o charakterze systemowym będziemy starali się dokładnie to zdiagnozować, określić, jaka jest liczba osób podejmujących pracę na terenie Polski.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Dyrektor.

Czyli de facto nie wiemy, ile tych osób podejmuje pracę, bo nie mamy narzędzia, żeby to monitorować. Tak?

A mogą panie jeszcze powiedzieć, jaka jest w tej chwili struktura wiekowa wśród polskich pielęgniarek? Choć przeważnie to są panie, a kobiet o wiek się nie pyta, to prosiłbym, gdyby mogła to pani powiedzieć, o informację, jaka jest struktura wiekowa polskich pielęgniarek.

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Beata Cholewka:

Struktura wiekowa… Średnia wieku to jest już 48, 49 lat, myślę, że nawet w kierunku 50 lat. Mogę jeszcze podać, że z danych posiadanych przez resort, które otrzymaliśmy w porozumieniu z ministrem pracy, wynika, że liczba pielęgniarek bezrobotnych w tej chwili na rynku pracy to około 3 tysiące. Tyle pielęgniarek obecnie…

(*Głos z sali*: Fizycznie?)

Tak, to jest taka grupa, która obecnie jest notowana jako nieaktywna zawodowo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Dyrektor.

Pani senator Czudowska. Proszę bardzo.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, ta regulacja, tak jak pani powiedziała, dotyczy płacy zasadniczej, czyli wszystkie dodatki, typu wysługa lat, które zgodnie z kodeksem pracy są wypłacane, też wzrosną, tak? I ta symulacja tych wydatków nie obejmuje?

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko*: Obejmuje.)

Obejmuje też, tak? Chodzi mi o te wydatki… Tu jest zapisane, jakie kwoty zostaną na to przeznaczone. Czy w tych wydatkach mieszczą się również dodatki, pochodne, czyli za wysługę, za lata pracy…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

I jeszcze dodatki funkcyjne. Czy to też tu wchodzi, czy ta tabela tego nie obejmuje? To jest moje pytanie do pani.

Mam jeszcze pytanie do pana. Skorzystam z tego, że jest przedstawiciel, pan dyrektor z NFZ. Panie Dyrektorze, proszę jeszcze może potwierdzić, od kiedy i o ile wzrośnie kwota jednego punktu w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej specjalistycznej, ale także chyba szpitalnej. Pytam, bo ta wycena ma być nieco wyższa. O jaki procent wzrośnie i od kiedy ta regulacja wejdzie w życie? Ta informacja też pozwoli dyrektorom oszacować wpływy, miejmy nadzieję, trochę większe.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Najpierw pani minister. Proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowni Państwo, ta symulacja, która jest przedstawiona w art. 6, dotyczy wydatków z budżetu państwa. Z budżetu państwa są finansowane koszty pracy rezydentów i stażystów. Ta symulacja odnosi się tylko i wyłącznie do tej kategorii zawodowej. Jeżeli chodzi o wysługę lat czy tam jakieś inne składniki funkcyjne, to z reguły tego nie ma. Zgodnie z procedurą legislacyjną musieliśmy wykazać koszty ponoszone z budżetu państwa.

Rzeczywiście ta regulacja odnosi się do zasadniczego wynagrodzenia i skutki dla pracownika to są skutki wynikające też z ustawy, czyli dodatek funkcyjny, dodatek stażowy, te wszystkie, które zgodne z regulaminem wynagradzania w danym podmiocie leczniczym są należne pracownikom. Takie są skutki. Tak że wzrost wynagrodzenia np. o 2 tysiące zł w przypadku, załóżmy, pielęgniarek, bo akurat największą część dyskusji poświęcamy tej grupie zawodowej – jeżeli osoba pracuje na noce, to wiemy, że ma dodatki nocne, świąteczne, do tego wysługa lat – tak naprawdę może przynieść skutek nawet w wysokości 3,5 tysiąca brutto, bo wiemy, że pochodne w pewnych grupach zawodowych stanowią 50–60%. Mówiąc o pochodnych, mam na myśli również dodatki nocne. Jeżeli chodzi o lekarzy dyżurujących na podstawie umowy o pracę, w ten sposób wynagradzania wpisuje się również wynagradzanie za dyżury medyczne. Tak że skutek dla konkretnych osób powinien być de facto o wiele wyższy niż w tej symulacji jest to przedstawione.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

I pan dyrektor. Proszę o odpowiedź.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Wojciech Zawalski:

Panie Przewodniczący! Pani Minister! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o podwyżkę planowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zakończył się w tej chwili okres konsultacji w sprawie zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Opracowujemy w tej chwili uwagi, które wpłynęły podczas procesu konsultacji, w związku z tym mogę się wypowiadać jedynie o planach, które zawiera ten projekt. Planujemy podwyższenie o 2% od 1 lipca i o kolejne 2% od 1 października zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym oraz w leczeniu psychiatrycznym. O takich podwyżkach wartości punktu mówimy, a jeśli chodzi o daty, to jest to 1 lipca i 1 października. Tylko proszę pamiętać o tym, że jest to na etapie projektu, nie została jeszcze utworzona ostateczna wersja zarządzenia prezesa. Jesteśmy w fazie opracowywania wszelkich uwag, które wpłynęły w procesie konsultacji. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Prezesie.

Czy ktoś z państwa senatorów ma jeszcze pytania?

Pan senator Wojtyła. Proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Ja jeszcze chciałbym się upewnić, Pani Minister, bo pani minister powiedziała, że w ramach inspekcji sanitarnej – to już jest zrozumiałe – będą ci, którzy bezpośrednio…

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko*: Wykonują.)

…wykonują zawód medyczny. To są podmioty lecznicze, posiadają laboratoria, tyle że tam pielęgniarek to jest może z 10%, reszta to są laboratoria, w których pracują chemicy, biolodzy itd. Czy ci pracownicy również… Bo oni wykonują zawód medyczny np. w ramach laboratorium, które wykonuje badania żywności. Ja o to pytałem. Czy będą to tylko pielęgniarki? Pielęgniarki pracują tylko w obszarze działalności oświatowo-zdrowotnej, one nie mają kwalifikacji, żeby być np. szefem laboratorium, bo to musi być analityk medyczny ze specjalizacją.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko*: Jeżeli pan pozwoli, Panie Przewodniczący, to pan dyrektor departamentu, który przygotowywał ustawę, precyzyjnie odpowie, żeby nie było wątpliwości.)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo.

Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia Jakub Bydłoń:

Dziękuję bardzo.

Panie Senatorze, odpowiadając na to pytanie, powiem, że myśmy świadomie wprowadzili tutaj taką podwójną definicję tych osób, które są objęte zakresem podmiotowym tej ustawy, dlatego że zdajemy sobie sprawę z tego, jaka jest specyfika Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Tutaj tych osób, które by spełniały warunki definicji z ustawy o działalności leczniczej do wykonywania zawodu medycznego, byłoby stosunkowo niewiele, stąd też taka swoista definicja, utworzona tylko na użytek tej ustawy. Chodzi tu właśnie o to, o czym mówił pan senator, żeby objąć wszystkich pracowników, którzy wykonują działalność merytoryczną w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, z wyjątkiem oczywiście pracowników czysto administracyjnych, typu księgowa czy…

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko*: Dlatego oni będą…)

(*Senator Andrzej Wojtyła*: Ja tak to czytam.)

Dokładnie tak to jest tu pomyślane.

(*Senator Andrzej Wojtyła*: Dlatego to zapisaliście, w przeciwnym razie byłoby…)

Dokładnie tak.

(*Senator Andrzej Wojtyła*: Weźcie też pod uwagę, że oni mają…)

W momencie kiedy szacowaliśmy skutki tej regulacji, pytaliśmy już bezpośrednio w inspekcji sanitarnej, to było tam wyliczane dla poszczególnych grup, czy to skutki dla wojewody, czy to skutki dla tych granicznych, czyli dla nas, z budżetu. To było w ten sposób liczone.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pan senator Grodzki. Proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Ja może od razu skieruję pytanie do pana dyrektora, bo jest ono z gatunku konkretnych i szczegółowych. W art. 7 jest napisane, że do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika, tego, który jest w tabeli, i kwoty 3 tysiące 900 brutto. Skąd państwo wywiedli tę kwotę, skoro już teraz, w 2017 r. średnia płaca przekracza 4 tysiące, a w 2019 r. zapewne będzie jeszcze wyższa, bo po latach kryzysu w Europie nastaje pewnie kilkuletni okres prosperity. Jest to trochę mylące. Gdyby rzeczywiście przyjąć, tak jak logika ustawy zakłada, że wyliczamy współczynnik i mnożymy go przez aktualną średnią krajową, to miałoby to zdecydowanie więcej sensu. Kwota 3 tysięcy 900 wydaje mi się już na chwilę startu zaniżona, a w 2019 r. będzie ewidentnie zaniżona. Skąd państwo ją wywiedli?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Proszę, Pani Minister.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko*: Ja już odpowiadałam na to pytanie, ale może pan dyrektor bardziej szczegółowo odpowie.)

Proszę.

Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia Jakub Bydłoń:

To jest dokładnie tak, jak już wcześniej mówiła pani minister. Jest to kwota wzięta z ogłoszenia prezesa GUS za rok 2015, przy czym jest ona zaokrąglona w górę, tam były jakieś grosze po przecinku, więc myśmy ją zaokrąglili w górę do 3 tysięcy 900 zł. Jednocześnie chciałbym podkreślić, że w roku 2020 my już nie idziemy jakimiś tam drobnymi kroczkami, tylko przyjmujemy tę przeciętną płacę prognozowaną w gospodarce narodowej i to będzie już nie 3 tysiące 900, tylko 4 tysiące 731 zł, a w roku 2021 ma być 5 tysięcy 1 zł. Takie są prognozy Ministerstwa Finansów na następne lata. Więc owszem, jest to mrożenie, mówiąc brzydko, przez ten pierwszy okres, ale potem wpadamy już w rytm wyznaczany przez przeciętną płacę w gospodarce narodowej ogłaszaną przez prezesa GUS.

(*Senator Tomasz Grodzki*: Czyli taka jakby pułapka dla następnych rządzących, tak?)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Zależy, kto będzie rządził.

(*Głos z sali*: Dla Europy najlepiej, żeby rządził PiS.)

Zawsze ktoś będzie rządził.

Czy jeszcze ktoś z państwa senatorów ma jakieś pytanie? Jeżeli nie, to przeszlibyśmy teraz do strony społecznej.

Kobiety mają pierwszeństwo. Oczywiście proszę się przedstawiać.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Szanowny Panie Przewodniczący! Pani Minister! Szanowni Państwo Senatorowie!

Ja z tego miejsca chciałabym zaapelować do państwa, żebyście państwo przyjęli te poprawki, które naczelna rada proponuje. Chciałabym troszeczkę wyjaśnić kwestie związane z projektem obywatelskim… Naczelna rada nie wnosiła uwag, jeśli chodzi o kwestię magistra pielęgniarstwa. My zawsze uwzględnialiśmy tego magistra, z tego względu, że jest to jak gdyby podwyższenie kwalifikacji każdej pielęgniarki i położnej, która ten tytuł magistra zdobyła.

Ale chciałabym jeszcze odnieść się do pytań państwa senatorów dotyczących migrujących pielęgniarek i położnych. W ostatnim okresie, czyli w 2016 r., zaobserwowaliśmy minimalny spadek liczby zaświadczeń pobranych z okręgowych izb pielęgniarek i położnych. W poprzednich latach było to około 1200–1300 pobranych zaświadczeń rocznie, w ubiegłym roku było 980 pobranych zaświadczeń.

To nie jest równoznaczne z tym, że pielęgniarka i położna, która pobrała zaświadczenie, wyjechała do pracy za granicą. Ale może to też świadczyć o tym, że działa to 4 x 400 zagwarantowane przez poprzedni rząd, a kontynuowane przez obecny rząd. W związku z czym jest to dla pielęgniarek jakieś światło w tunelu.

Ponadto chciałabym podkreślić, że zainteresowanie zawodem oczywiście jest, jak podkreśliła pani dyrektor Beata Cholewka, ale w żaden sposób nie przekłada się to, proszę państwa, na liczbę pobranych praw wykonywania zawodu, ponieważ tych praw było pobranych około 3 tysięcy 300, z czego zarejestrowanych później… Bo pielęgniarka, która przychodzi po prawo wykonywania zawodu, ma obowiązek zgłosić podjęcie pracy. W związku z czym my mamy takie dane, że pracę podjęło 1400–1500 osób, czyli niecałe 50% z tych, które pobrały prawo wykonywania zawodu. Jeżeli przyjmiemy, że 6 tysięcy czy 5 tysięcy absolwentek kończy uczelnie, to pytanie: co się dzieje z tą całą resztą?

Ja z tego miejsca chciałabym powiedzieć, że jest zespół, w którym, tak jak podkreśliła pani minister, ma być opracowana strategia dla polskiego pielęgniarstwa i położnictwa, i ten zespół ma wypracować metody i sposoby uzdrowienia sytuacji. Ale chcę też państwu powiedzieć, że według naszych danych, pochodzących z raportu, który państwu udostępniliśmy i na to spotkanie przynieśliśmy, w ciągu 6 lat prawa emerytalne nabędą ponad 93 tysiące pielęgniarek. Proszę państwa, to jest 24–25%, w związku z czym naprawdę jest to przepaść pokoleniowa. My, określając strategię, jako naczelna rada uważamy, – to jest nasz postulat – że aby uzupełnić tę lukę pokoleniową, do systemu powinno wchodzić 10 tysięcy pielęgniarek i położnych rok w rok. W związku z czym naprawdę, jeżeli przyjmiemy te propozycje… Bo my wnosiliśmy też, żeby ten wskaźnik 0,64 ominąć, żeby pielęgniarki wchodzące do systemu startowały chociażby od 0,74. Bo nasze postulaty, naczelnej rady, to było start od 1,5 średniej krajowej, potem 1,75 i 2 średnie krajowe. Wtedy można by było mówić o tym, że zawód jest atrakcyjny, i na pewno zwiększyłoby to liczbę osób wchodzących do tego zawodu.

W związku z tym my apelujemy jednak, jeżeli państwo zechcecie to rozważyć i poprawić byt polskiego pacjenta, żeby tego magistra niejako również usytuować w systemie, ponieważ, tak jak powiedziałam, podnoszenie kwalifikacji to jest ustawowy obowiązek każdej pielęgniarki, jest to wysiłek, trud, jest to też przyszła kadra kierownicza… My nie braliśmy udziału w eliminacji zapisu o magistrze, naczelna rada od początku wnosiła, żeby ten magister był usytuowany w systemie. Tak że ja z tego miejsca chciałabym bardzo do państwa zaapelować w tej sprawie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Prezes, pani mówiła o ewentualnych poprawkach. Czy mogłaby pani sprecyzować, jakie wskaźniki pracy państwo byście chcieli tutaj uwzględnić?

(*Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska*: My wysłaliśmy do każdego z państwa te swoje…)

Ale prosiłbym, żeby to na posiedzeniu komisji było wyartykułowane w sposób formalny.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Dobrze, to ja już powiem.

Jeśli chodzi o wejście do zawodu, czyli pielęgniarka, położna po liceum medycznym…

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Czyli pkt 9, tak…)

…po studium medycznym, po licencjacie… Bo licencjat, proszę państwa, to w tej chwili jest wejście do zawodu. Kiedyś wejściem do zawodu było uzyskanie tytułu pielęgniarki po dyplomie, w systemie średniego wykształcenia medycznego. W tej chwili wchodzimy po licencjacie pielęgniarskim.

My byśmy chcieli, żeby na wejściu do systemu był wskaźnik 0,73, potem żeby pielęgniarka, położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo albo pielęgniarka, położna ze specjalizacją miały wskaźnik 1, a ten wskaźnik 1,05 został w przypadku pielęgniarki, położnej z tytułem magistra i specjalizacją. Czyli żeby wyodrębniona była również sytuacja, gdy pielęgniarka, położna ma tytuł magistra lub specjalizację, i żeby ten wskaźnik wzrósł do 1. Bo w tej chwili… To jest nowa wersja. My, żeby uatrakcyjnić zawód, chcielibyśmy, żeby na starcie był wskaźnik 0,73, a nie 0,64. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Prezes.

No, pani minister musi się do tego w jakiś sposób ustosunkować, czy będzie to rodziło jakieś większe… Na pewno będzie rodziło, a skoro tak, to czy państwo wiecie, jakie to byłyby koszty dla budżetu?

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

No, w tej chwili wniosek został rozszerzony o podwyższenie tego minimalnego wskaźnika do 0,73. Myśmy tego nie liczyli. Liczone było przesunięcie pielęgniarki z wykształceniem wyższym magisterskim do grupy ósmej. I to był skutek około 8 miliardów… przepraszam, 2 miliardów, tak, to było około 2 miliardów zł, więc to są dosyć wymierne koszty.

Ustosunkuję się do propozycji zwiększenia tego wskaźnika dla pielęgniarek z grupy dziewiątej z 0,64 do 0,73. Ja chciałabym państwu uświadomić, że w grupie dziesiątej, która ma taki sam wskaźnik, znajdują się np. ratownicy medyczni. Mają porównywalne wykształcenie, to jest zresztą grupa zawodowa, która w tej chwili też domaga się wzrostu płac i wyrównania, chociażby w ramach tego rozporządzenia 4 x 400. Więc to są takie grupy zawodowe. Są to przedstawiciele zawodu fizjoterapeuty, którzy też są po studium dwuletnim czy mają wykształcenie średnie, ale to jest też spora grupa pracowników. I dlatego zostało to zaliczone do tej kategorii, przypisane do porównywalnych grup zawodowych, jeżeli chodzi o wykształcenie. Jakieś kryteria musieliśmy przyjąć, żeby nie spowodować du-

żych napięć społecznych w ramach poszczególnych grup zawodowych. I takim kryterium się kierowaliśmy, przygotowując te wskaźniki.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Proszę bardzo, tylko proszę się przedstawiać, bo to jest…

Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Joanna Walewander:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, sekretarz Joanna Walewander.

Szanowny Panie Przewodniczący! Pani Minister!

Grupa, o której mówimy, proszę państwa, to jest licząca 138 tysięcy grupa pielęgniarek i położnych zarejestrowanych, które do roku 2025 nabędą prawa emerytalne. Tak że to jest, proszę państwa, ostatni dzwonek dla tych osób, żeby mogły znaleźć to lepsze, wyższe wynagrodzenie.

Osoby, które wchodzą do zawodu… To jest, tak jak koleżanka mówiła, tytuł licencjata, potem drugi stopień, magister pielęgniarstwa. Nie ma tych osób zbyt wielu z uwagi na to, że zmiana systemu kształcenia nastąpiła w 2001 r.

Proszę państwa, szacując koszty, wydatki związane z tym przedsięwzięciem, należy brać pod uwagę dane demograficzne, to, w jakim wieku są te pielęgniarki, ile one będą jeszcze pracowały w systemie. I z naszych danych wynika, że 138 tysięcy pielęgniarek nabędzie prawa emerytalne w 2025 r. Tak znaczna grupa pielęgniarek i położnych będzie mogła skorzystać z prawa odejścia na emeryturę.

Proszę państwa, praca w systemie zmianowym… No, nie wyobrażamy sobie pielęgniarek, które ukończyły 60 lat czy mają więcej lat i które pracują na zmianie w oddziałach ciężkich, anestezjologicznych, zabiegowych, na blokach operacyjnych, w oddziałach pediatrycznych.

Nie zachęcimy w ten sposób osób młodych, żeby wchodziły do zawodu i kształciły się w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Tak że bardzo serdecznie dziękujemy, że dzisiaj pan przewodniczący pozwolił na tę dyskusję, na zwrócenie się do państwa z propozycjami dotyczącymi podniesienia wskaźników dla grupy, która za moment odejdzie na emeryturę, ale jeszcze skorzystałaby z tej wyższej płacy zasadniczej, jak również dla tych pielęgniarek, które będą wchodziły do systemu, co będzie stanowiło zachętę dla nich. Bardzo serdecznie prosimy o uwzględnienie tych 2 propozycji, które tutaj zostały przedstawione, w ustawie o wynagrodzeniu zasadniczym. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Może po kolei, zaraz dojdziemy… Ja myślę, że nie skończymy w tej turze, ogłosimy przerwę, proszę państwa, bo niestety zaraz musimy oddać salę, więc dokończymy po godzinie 16.00, ale jeszcze mamy chwilkę…

Proszę, Pani Zosiu.

Sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zofia Czyż:

Zofia Czyż, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Szanowny Panie Przewodniczący! Pani Minister! Szanowni Panowie Senatorowie i Goście!

Chcielibyśmy się w imieniu związku odnieść do wypowiedzi pani minister dotyczącej tego, że strona społeczna zaakceptowała to na poziomie negocjacji. Chciałabym odnieść się do tego, że to jest projekt rządowy, i do tego, jak pani minister słusznie zauważyła w którymś momencie, że inne grupy zawodowe jako minister chciałaby pani jednakowo traktować. My właśnie w związku z tym, że wynagrodzenie magistra pielęgniarstwa nie jest w tej tabeli na poziomie wynagrodzeń w tych innych zawodach, optujemy za tym postulatem, który przedstawiała Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Bo w tej sytuacji mamy dokładnie taką sytuację, że osoba z wyższym wykształceniem, a też wchodząca do zawodu, wykonująca inny zawód medyczny, rozpoczyna swoją pracę zawodową od wskaźnika 0,73.

Podczas negocjacji na samym początku przedstawialiśmy, owszem, 3 grupy, ale wtedy była dyskusja na temat wskaźników. Z uwagi na lukę pokoleniową dla nas najważniejszą sprawą była zachęta dla tych młodych osób, żeby nie tylko otrzymały prawo wykonywania zawodu i położyły je do szuflady, ale po prostu skierowały swoje kroki do podmiotów leczniczych.

I dalej zwracamy się do państwa o możliwość zmiany zaistniałej sytuacji, dlatego że czym innym jest na samym początku negocjacji podział na grupy i przedstawianie wskaźników przez obie strony, a czym innym jest, okazuje się, końcowy produkt, który jest dla nas bardzo krzywdzący. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, może pani się ustosunkuje do tych wypowiedzi i ogłosimy przerwę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Ja rozumiem głos pani przewodniczącej jako wsparcie propozycji przedstawionej przez naczelną radę, czyli przeniesienia pielęgniarek z wyższym wykształceniem z grupy dziewiątej do grupy ósmej. I taki był wniosek, który będzie… No, tu jest kwestia decyzji państwa senatorów. Ja po prostu prezentuję ustawę, która była projektem rządowym, została przyjęta przez Sejm i w tym momencie stanowiska co do wsparcia tej poprawki czy też nie ja nie mogę zająć, bo rząd na tym etapie nie przedstawił swojego stanowiska, więc decyzja jest w rękach państwa…

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

I ostatni głos, pana senatora…

(*Głos z sali*: Tylko…)
Zaraz będzie przerwa…
(*Głos z sali*: Ja tylko może niepopularne pytanie zadam…)
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Dobrze, teraz 5 minut dla pana, słuchamy.

Członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Stefan Sobczyński:

Stefan Sobczyński, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Proszę państwa, chciałbym pokrótce powiedzieć… W stosunku do lekarzy padły pewne nieprawdziwe dane. Nie ma w ogóle takiej sytuacji, że kilkanaście procent Anglików, Francuzów, Niemców, Polaków krąży po Europie. Jest to absolutna nieprawda. Proszę państwa, 2,2% lekarzy polskich to najniższa ilość lekarzy w Europie. Rumuni mają 2,7%. Dlaczego taka sytuacja jest i dlaczego nie umiemy zreformować tych uposażeń w ten sposób, zaczynając oczywiście od lekarzy młodszych, specjalizujących się, albowiem to ich dotyczy problem ucieczki z Polski? Tak to się ma… Jeżeli to 2,2% cały czas się utrzymuje, to jaka jest przyczyna tych szalonych braków?

Proszę państwa, na oddziałach zabiegowych, ja na takim też jestem, siedemdziesięciolatkowie pracują. Koledzy siedemdziesięciolatkowie… Jest taka olbrzymia luka pokoleniowa, panie pielęgniarki wspominały o tym i niesamowicie podobna jest sytuacja z lekarzami, jak my obserwujemy. Jest to dramatyczna sytuacja, ja 46 lat pracuję na oddziale zabiegowym i czegoś takiego jeszcze nie widziałem. Były młode pielęgniarki, byli młodzi lekarze – to się skończyło. Dlatego tak bardzo liczyliśmy, że te uposażenia spowodują zahamowanie tej ucieczki.

Ja na koniec chciałbym państwu powiedzieć o sytuacji, jaka była w Anglii. Byłem młodym lekarzem, po studiach, i zapamiętałem to na całe życie. W Anglii były stosunkowo niskie uposażenia, wtedy właśnie spadły, w Stanach Zjednoczonych były wyższe. Anglicy zaczęli wyjeżdżać do Ameryki. I co rząd angielski zrobił? Jak zahamował tę ucieczkę? Po prostu uposażając ich, podwyższając im pensje. Anglicy przestali wyjeżdżać. A dla Amerykanów to była cudowna rzecz, już gotowego lekarza mieli. I my jesteśmy w podobnej sytuacji. Ja tę sytuację, proszę państwa, zapamiętałem, naprawdę, do końca życia, mówię to jako stary w tej chwili lekarz. I tu jest cała przyczyna, sposób, ażeby zatrzymać tych lekarzy.

I chciałbym powiedzieć jeszcze jedno. Wśród lekarzy – i da to też pewną możliwość zaradzenia, jak sądzę – są przeogromne, jak państwo wiecie, różnice uposażeń, przeogromne, nieprawdopodobne. I jest naprawdę wiele w tym zakresie do zrobienia, ażeby zahamować to, co się dzieje. Ja tu widzę dramat lekarza już 70-letniego pracującego na chirurgii. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Minister, proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Ja bardzo dziękuję za tę wypowiedź, bo to pozwoli nam też pokazać, jaką tak naprawdę ofertę ma rząd dla lekarzy.

Jeżeli chodzi o emigrację lekarską, to mam tutaj dane, że wyjazd lekarzy ze specjalizacją to jest 0,2%, co świadczy to o tym, że lekarze, którzy zdobędą specjalizację na terenie Polski, raczej nie emigrują, bo 0,2% to jest niewielki wskaźnik. I teraz przechodzę do projektu ustawy. Największy przyrost wynagrodzenia proponujemy właśnie lekarzom stażystom i lekarzom rezydentom. Bo jeżeli chodzi o wynagrodzenie specjalistów, to też jest przyrost minimalnego wynagrodzenia, średnio o około 1 tysiąc 500, 1 tysiąc 600 zł, ale w przypadku tych lekarzy młodych jest to wskaźnik o wiele, wiele wyższy. Tak jak powiedziałam na początku, my proponujemy lekarzom stażystom wzrost wynagrodzenia zasadniczego o 81%. No, proszę państwa, umówmy się, przez 5 lat nie było żadnej regulacji, obecny rząd proponuje wzrost wynagrodzenia zasadniczego o 81%, a my oceniamy, że to jest nic. No, z różnej perspektywy można na te kwestie patrzeć.

Jeżeli chodzi o lekarzy rezydentów, proponujemy wzrost o 54%, po to właśnie, żeby w okresie zdobywania specjalizacji oni mogli jednak podjąć decyzję o pozostaniu w kraju.

Co do wynagrodzeń lekarzy specjalistów, to państwo też doskonale wiecie, że tak naprawdę wynagrodzenia w tej grupie zawodowej reguluje rynek. Większość lekarzy zatrudnia się na kontraktach i tu jest kwestia negocjacji między podmiotami leczniczymi a konkretnymi lekarzami. I wiemy doskonale, że te płace, te wynagrodzenia, które proponowane są lekarzom właśnie w takiej formie współpracy, są o wiele, wiele wyższe niż te, o których tutaj mówimy. My mówimy o minimalnym wynagrodzeniu zasadniczym. Oczywiście dyrektor, jeżeli uzna, że dany lekarz specjalista jest mu niezbędny, bo warunkuje podpisanie kontraktu i wiele różnych innych okoliczności, podejmie decyzję o podwyższeniu tego wynagrodzenia. My mu tego nie zabraniamy. My mówimy, że nie możesz zaproponować niższego wynagrodzenia, co teraz miało miejsce. Dlatego też bardzo proszę, żebyście państwo w taki sposób spojrzeli na tę regulację.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Przepraszam bardzo, ale musimy przerwać posiedzenie, bo czeka następna komisja. Będzie kontynuacja w sali nr 182 o godzinie 16.00.
(*Głos z sali*: O której?)
O 16.00 w sali nr 182.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Witam państwa po przerwie.
Kontynuujemy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.
Jesteśmy w punkcie: wystąpienia i pytania strony społecznej.
Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos?
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

Wiceprzewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność" Danuta Kądziołka:

Danuta Kądziołka, „Solidarność".

Proszę państwa, ja chciałabym zwrócić uwagę na 2 zasadnicze kwestie, które naszemu związkowi nie pozwalają zaakceptować przedstawionego projektu, pomimo że przez półtora roku bardzo byliśmy zainteresowani tym, żeby ta ustawa powstała, i dokładaliśmy wszelkich starań, aby tak się stało, pomimo że wiele lat czekaliśmy na rozwiązanie, które zlikwidowałoby rażące, nieuzasadnione dysproporcje, jakie powstały, przynajmniej niektóre z nich, już przed laty, utrzymywały się i pogłębiały, na to nałożyły się następne i sytuacja społeczna w środowiskach ochrony zdrowia stała się bardzo napięta. Są 2 zasadnicze kwestie – ja pomijam już pomniejsze kwestie, dotyczące spraw szczegółowych – które powodują, że nie możemy powiedzieć: tak, akceptujemy to rozwiązanie, pomimo że zdajemy sobie sprawę z całej złożoności społecznej, ekonomicznej i również prawnej tego problemu, o którym mówimy.

Pierwsza sprawa to jest stworzenie stałych systemowych rozwiązań za pomocą tej ustawy. Nad takimi systemowymi rozwiązaniami, które miałyby długofalowo regulować kwestie wynagrodzeń najniższych, zasadniczych w służbie zdrowia, pracowaliśmy przez półtora roku. I po półtora roku okazało się, że z Rady Ministrów do parlamentu przeszedł projekt tak zmieniony, że z rozwiązania systemowego powstało rozwiązanie incydentalne z tym detalem, że jego realizacja rozłożona jest na dość długi okres dochodzenia, a skutek finalny jest nie dla wszystkich w pełni zadowalający. Bo pani minister przywoływała kilkakrotnie skutek w grupie zawodowej lekarzy rezydentów, należący do najwyższych skutków, wynoszący 1 tysiąc 600 zł. W grupie pielęgniarek i położnych ten skutek w wysokość 1 tysiąca 600 zł dzięki rozporządzeniom pana ministra Zembali będzie osiągnięty już w przyszłym roku, a nie w 2022 r. i to jest ta zasadnicza różnica. Na to będą się nakładać pewne profity, które część pracowników uzyska na podstawie tej ustawy, która ma wejść w życie.

Tak więc, proszę państwa, to powoduje, że w 2022 r. przestanie rosnąć kwota bazowa, się zatrzyma, już nie będzie więcej rosła ta kwota, od której będzie zależał poziom najniższych wynagrodzeń. I będzie już constans w 2025 r., w 2035 r., pomimo że przeciętne wynagrodzenia w gospodarce narodowej, jak należy się spodziewać, będą rosły. Czyli rozumiemy, że z całą pewnością rząd, skoro podjął taką decyzję, a być może i parlament mówią nam tak: „Chcemy wam dać coś, żeby was teraz uspokoić, ale nie widzimy potrzeby systemowego rozwiązania tego problemu. Godzimy się na to, żeby po kilku latach wynagrodzenia, cały ten mechanizm napędzający wzrost wynagrodzeń, bo tak to należy rozumieć, stanął w miejscu w sytuacji, kiedy w innych sektorach wynagrodzenia będą rosły, i nie przeszkadza nam to, że problem będzie znów przez kolejne lata narastał, aż w pewnym momencie znów wybuchnie, tak jak już wielokrotnie na przestrzeni lat to bywało". No, nie da się inaczej tego odczytać.

Druga kwestia, która jest problemem żywotnym dla „Solidarności", to jest to, że oczekujemy ustawy, która byłaby dla wszystkich pracowników służby zdrowia. I ja rozumiem… Podawano nam wielokrotnie takie uzasadnienie, że jeżeli pokusić się o tworzenie rozwiązania sektorowego, to trzeba wykazać, żeby nie popaść w konflikt z zapisami konstytucji, że to rozwiązanie jest potrzebne ze względu na bezpieczeństwo społeczne, w tym wypadku na bezpieczeństwo zdrowotne. Dalsze uzasadnienie jest takie, że to bezpieczeństwo zdrowotne osiągnie się poprzez stworzenie bodźców do podejmowania zawodów medycznych. Dlatego mówimy tylko o zawodach medycznych, i to nie wszystkich, trzeba to powiedzieć, nie o wszystkich. Bo ten załącznik wcale nie obejmuje wszystkich tych, którzy by się mieścili w kategorii wykonujących zawody medyczne.

Ale na to odpowiadamy tak: bezpieczeństwo zdrowotne zapewnia się poprzez system sprawnie działający. Jednym z warunków, tylko jednym z wielu warunków sprawnego działania systemu jest odpowiednia liczba profesjonalnie przygotowanej kadry medycznej. Ale oprócz tego, żeby system sprawnie działał, musi być, znajdująca się na odpowiednim poziomie przygotowania profesjonalnego, również tzw. kadra niemedyczna. Czy na sprawne działanie podmiotu leczniczego nie wpływa sprawne wykonywanie np. funkcji nadzorczej i kontrolnej w zakładzie? Z całą pewnością wpływa. I z całą pewnością tej funkcji kierownik podmiotu leczniczego nie wypełnia jednoosobowo, tylko z pomocą grupy pracowników, którzy mają to wpisane w swoje obowiązki. Tych pracowników już ta ustawa nie dotyczy. Czy na efektywne działanie służby zdrowia nie mają wpływu ci, którzy są na dołach tej hierarchii zawodowej w służbie zdrowia, np. sanitariusz szpitalny, kwalifikowany pracownik, bo kwalifikowany, wykonujący zawód pomocniczy w stosunku do zawodów średnich i wyższych w służbie zdrowia? Z całą pewnością wpływa. Ale jego też wykluczono z działania tej ustawy. I jeżeli nam się przywołuje argument z konstytucji, to należałoby zapytać, czy będzie zgodność z konstytucją, skoro podzielono pracowników służby zdrowia na 2 kategorie: tych, których ustawa dotyczy, i tych, których, w naszym odczuciu z bardzo niejasnych powodów, ustawa nie dotyczy. Do tej pory o tym nie było tutaj mowy.

Ja bardzo się dziwię z tego względu, że są przecież wśród państwa senatorowie z Prawa i Sprawiedliwości, które solidaryzm społeczny, Polskę solidarną ma wypisaną na sztandarach. To jest również realizacja postulatu Polski solidarnej. Nie ma takiej idei bardzo ogólnej, która by nie schodziła na dół między ludzi, nie materializowała się w sprawach detalicznych. Taka idea jest po prostu martwa. I z czymś takim możemy mieć do czynienia w środowiskach służby zdrowia, a ci, których reprezentujemy, już w tej chwili w sposób intuicyjny, nie teoretyczny określają to jasno: jaskrawa niesprawiedliwość się dzieje, nie się działa w przeszłości, tylko się dzieje w tej chwili.

Ja nie przesadzam. My jesteśmy bombardowani przez środowiska tego typu uwagami, łącznie z tym, że wielu ludzi po prostu nie wyobraża sobie, że my szczerze staramy się uzyskać ten efekt, żeby ta zasada sprawiedliwości, elementarnej sprawiedliwości i solidaryzmu społecznego była w tym przypadku realizowana. Proszę państwa, to są

ci, którzy stawiali na lepszą Polskę, ci, których w tej chwili ta ustawa dotkliwie poturbuje. Bo to nie jest tylko kwestia tego, że nie będą mieć gwarancji finansowych. Oni naprawdę już w tej chwili się czują gorszą kategorią. Ja wiem, że w dzisiejszych czasach to pojęcie bardzo wyświechtane i w przeróżnych kontekstach używane. Nie chcę tego łączyć z tamtymi kontekstami, ale tak naprawdę jest. I jeżeli tu się dzieli włos na czworo w przypadku poszczególnych zawodów, które i tak w chwili obecnej w stosunku do reszty są w jakiś sposób dobrze gratyfikowane, w relacji do innych zawodów w chwili obecnej tak jest, to ja z całą mocą muszę się upomnieć o prawa tych, których po prostu skasowano, po prostu pominięto.

I co jeszcze należałoby dodać? W naszej rzeczywistości społecznej mamy do czynienia z taką toczącą się już od długiego czasu walką 2 koncepcji, co powinno być w naszym społeczeństwie realizowane: czy idea solidaryzmu społecznego, czy egoizmy grupowe? Przez lata zwyciężały, były popierane przez tych, którzy dzierżyli władzę, mechanizmy, które pobudzały egoizmy grupowe. Naprawdę mieliśmy nadzieję, że to się zmieni. Bo to są mechanizmy zgubne. One konfliktują środowiska, one paraliżują właśnie sprawne działanie. Bo jeżeli sobie zakładamy, że za jakiś czas wybuchną nowe konflikty… Bo trzeba przewidywać, że jeżeli ustawa przejdzie w tym kształcie, to za chwilę będziemy mieć kolejne konflikty, gdyż się tworzą kolejne pola konfliktów w tym momencie, one realnie się tworzą. Więc nie jest tak, Pani Minister, jak określiła pani, że ta ustawa ma zażegnać napięcia i ma zlikwidować poczucie niesprawiedliwości. Nie, to tylko w przypadku części pracowników tak się stanie, a inni czują się potraktowani bardzo źle właśnie tą ustawą. Więc jeżeli sobie fundujemy kolejne ogniska zapalne, to jednocześnie nie działamy na rzecz usprawnienia systemu opieki zdrowotnej i tym samym zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego. To trzeba mieć na uwadze.

I może na koniec jeszcze. Jeżeli się nam przytacza na poparcie tezy, że ustawa ma dotyczyć tylko niektórych, te wywody dotyczące zgodności z konstytucją, które chwilę temu przytoczyłam, to trzeba zapytać: kto tak orzekł? Nikt i nigdy. To są wywody odgrzewane, sprzed iluś tam już lat, one już kiedyś się pojawiły w naszej rzeczywistości. Ktoś stworzył takie uzasadnienie dla jakichś projektowanych rozwiązań i nikt tego prawnie nigdy nie zweryfikował. Jest jedna instytucja do stwierdzania zgodności ustaw z konstytucją i ta instytucja nigdy tym się nie zajęła. Nie chcę już zaogniać sytuacji, ale… Bo oczywiście podwyżki dla grupy pielęgniarek są ze wszech miar pożądane i słuszne. Jednak bardzo problematyczna jest ta droga prawna, na której one są realizowane. I tu nie dostrzegamy tej szczególnej wrażliwości i tych podnoszonych wątpliwości, na ile to jest zgodne z systemem prawnym. A podnosi się je w tamtym przypadku. Mam wrażenie, że to jest – powiem brzydko – dorabianie ideologii do założeń, które nie są z natury rzeczy założeniami prawnymi.

Dlatego bardzo państwa proszę o zastanowienie się. My zaproponowaliśmy przyjęcie poprawek, które by w jakiś sposób złagodziły te 2 kwestie, o których mówiłam. Czyli chodzi o zrobienie z powrotem systemowego rozwiązania z tego incydentalnego. To jest sprawa dość prosta. I w sposób naprawdę minimalny zaproponowaliśmy poprawki co do tego, żeby objąć tym wszystkich pracowników służby zdrowia, wszystkie kategorie zawodowe w służbie zdrowia. Bo ustawa o najniższych wynagrodzeniach z natury rzeczy nie dotyczy wszystkich pracowników. Ona dotyczy tych, którzy stosunkowo mało zarabiają w relacji do innych osób z tej samej grupy zawodowej. To nie są podwyżki dla wszystkich. Ale chodzi o to, żeby ona dotyczyła wszystkich kategorii pracowników w służbie zdrowia. To są 2 bardzo ważne kwestie. Bardzo państwa proszę o rozwagę. Ja wiem, że jest późno. My się staraliśmy na poprzednich szczeblach tego procesu legislacyjnego też uzyskać jakąś aprobatę. Staramy się do końca. Jeśli nic nam z tego nie wyjdzie, to poniesiemy porażkę. Ale mam wrażenie, że nie tylko my tę porażkę poniesiemy, że to będzie porażka tych, którzy po prostu nie otworzą się na tę argumentację i nie zechcą myśleć długofalowo. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.
Głos oddaję pani minister. Proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowni Państwo!

Może zacznę od tego wątku dotyczącego pracowników. Pani przewodnicząca stwierdziła, że nie dotyczy to wszystkich pracowników wykonujących zawód medyczny. Szanowni Państwo, my definiując zakres pracowników objętych tą regulacją, opieramy się na ustawie o działalności leczniczej, która wyraźnie definiuje, kto wykonuje zawód medyczny. Tam są dokładnie zdefiniowane profesje. My w projekcie tej ustawy powołujemy się dokładnie na ustawę o działalności leczniczej. Czyli nie można upowszechniać poglądu, że ustawa nie dotyczy wszystkich pracowników wykonujących zawody medyczne. Ona dotyczy wszystkich pracowników wykonujących zawody medyczne. W tej tabeli, w której znajdują się te wskaźniki i poszczególne kategorie, jest grupa dziesiąta i jest zapis, który mówi, że w tej grupie dziesiątej są fizjoterapeuci oraz inni pracownicy wykonujący zawód medyczny inny niż określony w kategoriach od pierwszej do dziewiątej. Czyli de facto obejmuje wszystkich pracowników wykonujących – podkreślam: wykonujących, bo tylko taka była przesłanka pozwalająca tę regulację całościowo zrealizować – zawód medyczny.

Co do możliwości objęcia tym pozostałych pracowników, którzy pracują w ochronie zdrowia… Oczywiście my powoływaliśmy się na stanowisko m.in. Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, które wyraźnie wskazywało, że nie ma możliwości objęcia taką regulacją sektorową wszystkich pracowników zatrudnionych w ochronie zdrowia. I ministerstwo, i Rządowe Centrum Legislacji wskazywały, że możemy narazić się na niezgodność z konstytucją. W opiniach nawet był zacytowany konkretny zapis konstytucji, art. 32 konstytucji, który mówi, że wszyscy pracownicy są równi wobec prawa, a dyskryminacja w ży-

ciu gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny jest zakazana. W związku z tym, biorąc na siebie wysiłek przygotowania regulacji, na bazie której będą ustalone minimalne wynagrodzenia pracowników wykonujących zawody medyczne, braliśmy pod uwagę, tak jak wspomniałam, opinię RCL oraz ministerstwa pracy, które jest właściwe do zajmowania stanowiska w tej sprawie. Zatem taka była przesłanka i dlatego ta ustawa ma taki, a nie inny kształt.

Odnosząc się do kwestii ciągłości tej regulacji i do tego, co pani powiedziała, że ta ustawa ma charakter taki incydentalny… Rzeczywiście ten wzrost wynagrodzeń jest sprzężony ze średnią krajową do roku 2021. Od 2022 r. te wynagrodzenia będą mogły być już regulowane przez konkretnych kierowników placówek, przy czym nie należy rozumieć tego w ten sposób, że ta regulacja, ta norma obowiązuje do 2021 r., a potem można cofnąć wynagrodzenie czy np. w 2022 r. przyjąć pracownika na zupełnie innych warunkach, niedostosowanych do tego przepisu. Oczywiście ten przepis o minimalnym wynagrodzeniu będzie obowiązywał nadal. Objęliśmy tą regulacją okres do 2021 r. ze względu też na fakt, że jak państwo doskonale wiecie, trwają w Ministerstwie Zdrowia prace związane w ogóle ze zmianą systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, również trwają przygotowania do regulacji dotyczącej czegoś, co nazywa się Narodową Służbą Zdrowia, a która będzie przewidywała również wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Będziemy w tym momencie funkcjonowali w innej rzeczywistości i dlatego będzie możliwość jak gdyby powrotu do tego tematu i odrębnego uregulowania tych kwestii już w sytuacji, kiedy będą załatwione te sprawy związane z reorganizacją systemu, ze zmianą sposobu finansowania, ze zmianą nakładów na ochronę zdrowia. Wtedy będzie można łatwiej, precyzyjniej podejść do dalszej regulacji, jeżeli chodzi o wynagrodzenia pracowników. Ja powtarzam, że rząd podjął się tego wysiłku ze względu na aktualnie występujące problemy, różnego rodzaju niesprawiedliwości, a w ślad za tym, co państwo mówiliście i sygnalizowaliście, zagrożenie odpływem fachowej kadry medycznej do innych krajów, to, że w naszym kraju zaczyna się robić duży problem z pracownikami medycznymi. I dlatego w pierwszym rzędzie chcieliśmy uregulować kwestię wynagrodzeń pracowników medycznych, fachowych pracowników, których, jak państwo zresztą sami wskazywaliście, zaczyna nam coraz bardziej brakować.

Natomiast kwestia pozostałych pracowników… Jest zapis art. 5, który jakby daje możliwość dalszej rozmowy i porozumienia z pracodawcami w kwestii wynagrodzenia pozostałych pracowników. No, proszę państwa, do tej pory nie było tej sektorowej płacy minimalnej i organizacje związkowe dogadywały się z pracodawcami, ustalały zasady wynagradzania nie tylko pracowników medycznych, ale również i pozostałych. Ta kwestia jest dalej otwarta. Ta ustawa daje właśnie możliwość podpisywania w takim trybie porozumień i regulacji wynagrodzeń pozostałych pracowników. Ale, tak jak powiedziałam, ze względu na dobro tej ustawy, to, żeby nie było potem jakichś wątpliwości, czy jest zgodna z konstytucją, czy nie, opieraliśmy się na konkretnej definicji pracownika wykonującego zawód medyczny, definicji wynikającej z ustawy o działalności leczniczej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ja mam jeszcze, Pani Minister, 2 pytania do pani.

Czy ministerstwo, przewidując, że może być taki postulat, żeby objąć tym wszystkich pracowników, ma jakąś symulację, kwestia jakich to jest kwot, jaki to jest rząd wielkości skutków dla budżetu?

I drugie pytanie. Pani powiedziała o tym art. 5. W jaki sposób może być egzekwowany od pracodawcy ten art. 5? Czy Państwowa Inspekcja Pracy, bo to ona będzie de facto tym organem, który będzie to sprawdzał, będzie potrafiła wyegzekwować to, żeby ten pracownik wykonujący zawód niemedyczny, ale jednocześnie pracujący w szpitalu czy w służbie zdrowia, był w jakiś sposób bardziej gratyfikacją pieniężną doceniony przez pracodawcę, ponad to, co mamy zagwarantowane w ustawie? Bo może się okazać, że tak jak pan tu mówił, ten zapis będzie martwy, po prostu on nie będzie miał racji wykonawczej jako takiej.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Jeżeli chodzi o przepisy, które regulują tę kwestię, to są to aktualne przepisy, które regulują minimalne wynagrodzenie w ogóle w gospodarce narodowej, i tutaj mają one zastosowanie. Ten przepis przywołany bezpośrednio z kodeksu pracy nakłada na kierownika podmiotu leczniczego obowiązek rozmowy ze związkami zawodowymi, negocjacji warunków wynagrodzeń pozostałych pracowników. I to jest ten warunek podpisania porozumienia, które wynika z tego projektu. Więc to nie jest tak, że dyrektor albo będzie rozmawiał, albo nie, po prostu te rozmowy będą musiały się odbyć i w miarę możliwości propozycje wzrostu wynagrodzeń zapewne będą kierowane do przedstawicieli organizacji związkowych. Ale tak jak powtarzam, ustawa dotyczy regulacji wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne i dlatego tu jest szczegółowo opisany proces dochodzenia. A jeśli chodzi o pozostałych pracowników, to jest to już kwestia rozmów z pracodawcami.

Co zaś do szacunków… Myślę, że może pan dyrektor powie o szczegółach. Nie byliśmy w stanie tak szczegółowo ich określić, bo nie mamy rejestru tych pracowników. O ile w przypadku pielęgniarek czy innych pracowników mamy tego typu dane…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Takich szczegółów nie mamy.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Głos z sali*: Mają państwo dane. Mają.)

Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia Jakub Bydłoń:

To znaczy dane były zbierane, natomiast my nie mamy punktów odniesienia. My dane o zawodach medycznych, które zbieramy, zbieramy systematycznie od roku bodajże

2007 i mamy pewne dane porównawcze, możemy pewne rzeczy interpolować. Bo proszę pamiętać o tym, że w momencie, kiedy my pytamy podmioty lecznicze o pewne informacje typu: ile kto zarabia, ilu jest tych pracowników… My musimy potem pewne dane interpolować. My nie mamy 100-procentowych spływów. My nie jesteśmy płatnikiem, nie jesteśmy NFZ, który może, że tak powiem, wprost egzekwować, bo może powiedzieć: jak nie dostaniemy tej informacji, to możemy wam nie zapłacić. My możemy co najwyżej prosić w tym zakresie. Dopóty, dopóki nie ma tej karty specjalisty medycznego, która też będzie obejmować, powiedzmy, specjalistów medycznych, a więc pracowników medycznych, nam jest bardzo trudno pewne rzeczy szacować. Na pewno to nie byłoby tak, że ten skutek byłby jakiś ogromny, jeżeli chodzi o tych pracowników niemedycznych. Jednak już od tych pierwszych przymiarek, które miały miejsce w latach 2005–2006, kiedy były pierwsze rozmowy na temat tej regulacji, która miałaby dotyczyć płac minimalnych w ochronie zdrowia, już od tego momentu były podnoszone cały czas, one nieustannie były podnoszone, te argumenty, że musi istnieć ta cecha relewantna dla tych wszystkich osób, które są objęte zakresem podmiotowym regulacji. I o ile ta cecha relewantna istnieje dla pracowników wykonujących zawody medyczne, no bo te osoby wykonują zawód medyczny i wykonywać go mogą tylko albo w formie praktyk, czyli samodzielnie praktykując – wtedy nie ma mowy o tym, że one mają jakąś płacę, no bo po prostu one wtedy zarabiają jako przedsiębiorcy – albo w formie zatrudnienia w podmiocie leczniczym, innej drogi nie ma, o tyle osoba, która pracuje poza zawodami medycznymi, nie wykonuje zawodu medycznego, byłaby wyodrębniana z tej puli funkcjonującej na rynku w gospodarce tylko i wyłącznie ze względu na to, gdzie pracuje. A tego typu wyodrębnienie jest niedopuszczalne bodajże zgodnie z art. 32 konstytucji. Było wskazywane przez Rządowe Centrum Legislacji, było również swego czasu wskazywane przez Radę Legislacyjną przy premierze to, że tego typu rozwiązanie budziłoby bardzo duże wątpliwości co do konstytucyjności. Mówiąc tak najprościej, trzeba powiedzieć, że nie bardzo można wskazać, jaka jest cecha odróżniająca, powiedzmy, księgową pracującą w szpitalu od księgowej pracującej w jakiejś firmie na rynku, która by pozwalała ustalać inną płacę minimalną dla tej osoby, która pracuje w szpitalu. Dodatkowo musimy pamiętać o tym, że ta nasza regulacja to nie jest regulacja kierowana tylko i wyłącznie do podmiotów leczniczych publicznych, bo tworzymy sektorową płacę minimalną. Sektorowa płaca minimalna ma to do siebie, że obejmuje wszystkie podmioty lecznicze z danego sektora, również podmioty niepubliczne. I w tym momencie jak gdyby tą cechę relewantną jest to, że taka osoba wykonuje zawód medyczny i pracuje w podmiocie leczniczym. Wykonuję konkretne czynności, których nie mogę wykonywać nigdzie indziej na rynku, ponieważ nie mam możliwości zatrudnienia się na etacie np. w Ministerstwie Zdrowia i wykonywania tam zawodu lekarza jako lekarza, tak żeby udzielać świadczeń zdrowotnych. Takiej możliwości nie ma. Musiałbym się zatrudniać tylko i wyłącznie w podmiocie leczniczym, żeby móc pracować na etacie i żeby móc w ogóle mówić o mojej płacy minimalnej zasadniczej. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Grodzki.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Pani Minister!

Ja z uwagą wysłuchałem słów pani przewodniczącej i pana przewodniczącego. Posłużę się prostym przykładem. Ja na co dzień pracuję w szpitalu i wczoraj cały dzień przeszczepialiśmy płuco, zespół kilkudziesięciu osób to robił. W tym zespole była też salowa, która całe życie w sposób niezwykle profesjonalny sprząta wysokotechnologiczny blok operacyjny, która wie, którą wtyczkę na sucho umyć, którą na mokro. Jest niezwykle fachowym pracownikiem. Bez tej salowej ta operacja nie skończyłaby się korzystnie, bo pojawiłyby się powikłania zapalne, ropne itd. To są trybiki tej samej maszyny.

I teraz proszę sobie wyobrazić – ja przez 18 lat byłem dyrektorem – że rozejdzie się, że rząd dał jakieś podwyżki, marne, bo marne, ale jakieś są, i przyjdzie do mnie przewodniczący związku zawodowego. Założę się, że większość dyrektorów powie: „No, sorry kochany, ale nie muszę, nie jestem w stanie, bo mamy zadłużenie. Nie wiem, skąd wziąć na to, co muszę, to skąd ci wezmę na to, co nie muszę?". I w ten sposób, tak jak pani przewodnicząca powiedziała, otwieramy kolejne pole konfliktu. Już abstrahuję od polityki, mówię z czysto ludzkiego punktu widzenia.

Mam wrażenie, że ta komisja, w której, tak jak mówię, jest większość lekarzy, traci unikalną okazję, aby niewielkim kosztem budżetowym – w sytuacji, gdy państwo kupuje za 6,5 miliarda akcje Pekao, nie wiadomo po co, a PZU na fundusz urazowy nie wydaje swoich pieniędzy, gdy można wskazać rezerwy, gdy VAT ma być uszczelniony, ma być z tego 20 miliardów –usatysfakcjonować choć w części wszystkich pracowników służby zdrowia. Tymczasem tą nieszczęsną regulacją powodujemy u jednych irytację, u innych rozczarowanie, a u tych, których to ominie, a którzy pracują w szpitalach całe życie, gniew i zniechęcenie. No, zastanówmy się, czy nie warto naprawdę nad tym popracować. Bo jeżeli przyjmujemy, że państwo nie może, mamy określone możliwości itd.… Zdaję sobie sprawę, że to jest za duże zadanie dla ministra zdrowia. Ale dla Senatu, żeby stąd wyszedł sygnał, że służbę zdrowia należy zacząć w końcu traktować jako poważną gałąź gospodarki narodowej i jeden z 4 filarów nowoczesnego państwa obok edukacji, wymiaru sprawiedliwości i sił bezpieczeństwa… Jeżeli z Senatu ten sygnał nie wyjdzie, to będziemy dalej mieszać w tej szklance, tylko że jak nie dosypiemy cukru, to słodsza ta herbata się nie zrobi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Ja myślę, że nie tylko w Komisji Zdrowia, ale i w innych miejscach w Senacie rozmawiamy o tym, i to dość poważnie rozmawiamy, i na pewno tą jedną ustawą tego wszystkiego nie zmienimy, tych lat zapóźnień. Ale myślę, że to jest dobry… Myślę, że ta ustawa jest dobrym krokiem

w tym kierunku. Ale też nie zgodzę się z panem, że to są jakieś minimalne koszty. Pan dyrektor nie powiedział, ile mniej więcej to może kosztować, ale myślę, że to są dziesiątki miliardów, tak?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Głosy z sali*: Nie, nie, naprawdę.)

(*Senator Tomasz Grodzki*: Nie, nie, to są koszty rzędu kilku miliardów złotych, a byłoby wszystko w porządku.)

(*Głos z sali*: Na pewno.)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

No, ja akurat nie jestem ekonomistą, więc trudno mi w ten sposób polemizować, ale…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Tomasz Grodzki*: To nie będą dziesiątki miliardów złotych w skali roku, bo mówimy o budżecie rocznym. To jest kilka miliardów…)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Tomasz Grodzki*: O ile wiem, są wyliczenia…)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę bardzo.

Wiceprzewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Danuta Kądziołka:

Rzeczywistość mamy taką, że ci pracownicy, którzy są na najniższym poziomie w hierarchii zawodów w służbie zdrowia, odchodzą na emeryturę z płacą minimalną. A ten wskaźnik, który był zaproponowany pierwotnie w projekcie – bo pierwotnie ci ludzie byli ujęci w projekcie, w części medycznej, potem na jakimś etapie po prostu ten wiersz z tabeli zniknął – był określony na poziomie 0,525. Z tego wskaźnika wynikałoby, że po dodaniu pochodnych ci ludzie, w zależności od tego, jak będzie się kształtować płaca minimalna… Czasem siłą napędową dla nich dalej będzie płaca minimalna, a czasem ciut płacę minimalną przekroczą. Przy tym tu jest jeszcze jedna niesprawiedliwość, z którą w tej chwili w praktyce mamy do czynienia. Ci ludzie naprawdę odchodzą masowo na emerytury z płacą minimalną i jest też tak, że ktoś, kto ma 30 lat pracy, praktycznie nie ma dodatku za wysługę lat, bo nawet ten dodatek jest wchłaniany przez tę płacę minimalną, nierzadko jeszcze wypłacany dodatek wyrównawczy… W związku z tym to jest taka rzeczywistość.

Jeśli chodzi o przykłady z wyższej półki, no to, powiedzmy, ceniona księgowa nie będzie miała podnoszonego wynagrodzenia na podstawie mechanizmu najniższego wynagrodzenia zasadniczego, bo o taką osobę szef zadba, jeżeli będzie chciał ją zatrzymać, tak jak i o specjalistów.

Chciałabym się odnieść jeszcze do jednej kwestii. Pani Minister, to nie jest tak, że wszyscy wykonujący zawód medyczny są tabelą objęci, bo ten ostatni wiersz dotyczy tych wykonujących zawody medyczne, do których wykonywania potrzebne jest wykształcenie średnie. Ja dałam przykład sanitariusza szpitalnego. Mogę dołożyć kolejny przykład, choćby fasowaczki, która jest pomocą dla farmaceuty. Farmaceuta to zawód medyczny? Tak. To jest pomoc w wykonywaniu czynności farmaceuty. A tego nie ma. I jest wiele innych takich zawodów, które nie są tym objęte. I pytanie: czy tu nie obawiamy się niezgodności z konstytucją?

A jeżeli chodzi o ogół zatrudnionych… Pani Minister, przytoczyła pani słowa: dyskryminacja w życiu gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny jest zakazana. Przecież tu będziemy mieć do czynienia z dyskryminacją w życiu gospodarczym. Będziemy mieć. Bo naprawdę bezpieczeństwo zdrowotne stwarzamy nie poprzez jakąś stabilizację personalną, stabilizację stanu personalnego personelu medycznego, tylko poprzez rozwiązania systemowe, poprzez sprawność systemową, a nie personalną. To, żebyśmy mieli odpowiednią liczbę odpowiednich, na odpowiednim poziomie pracowników, to jest jeden z wielu warunków, które się składają na to, żeby system dobrze działał. Przecież wszyscy o tym doskonale wiemy. Żeby system dobrze działał, musi sprawnie działać każde ogniwo tego systemu, nie tylko niektóre ogniwa, te najważniejsze. Czasem zabraknie malutkiej śrubki i urządzenie przestaje pracować, prawda? W związku z tym w ten sposób trzeba patrzeć na stworzenie bezpieczeństwa zdrowotnego. A doskonale wiemy już nawet z tej dyskusji, która miała miejsce podczas pierwszej części spotkania, że żeby spowodować, że nie będzie brakowało personelu medycznego w określonych zawodach, nie wystarczy się koncentrować tylko i wyłącznie na wynagrodzeniach. Jest wiele innych aspektów, które trzeba wziąć pod uwagę, rozpatrzyć i wprowadzić jakieś działanie usprawniające, tak żebyśmy mieli rzeczywiście więcej personelu. Jest wiele takich aspektów. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś… Pani senator Czudowska. Proszę.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Korzystając z obecności prawnika z Biura Legislacyjnego, a także państwa ministrów z ministerstwa… Może ja już nie nadążam, ale dla mnie ktoś, kto ma zawód, to musi… Jeżeli mówimy o pracowniku wykwalifikowanym, z zawodem, to musi mieć średnie wykształcenie, bo bez średniego wykształcenia nie ma mowy o żadnym zawodzie. To jest pracownik albo fizyczny, albo niewykwalifikowany. Zawód możemy uzyskać tylko w wyniku posiadania jakiegoś kierunkowego wykształcenia. Może być po szkole samochodowej, np. technikum samochodowym, technikum górniczym… Jest górnikiem, tak? Potem może tam… Ale może się mylę? Może już się pogubiłam w tym, ale dla mnie zawód to jest zawsze po ukończeniu szkoły średniej zawodowej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Minister, proszę króciutko odpowiedzieć.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Bardzo króciutko.

Ja powtórzę, że my opieramy się na definicji z ustawy o działalności leczniczej, która precyzyjnie określa, kto wykonuje zawód medyczny: osoba, która musi się legitymować odpowiednimi kwalifikacjami i kompetencjami.

Jeśli chodzi o przywołane przykłady, to Szanowni Państwo, moglibyśmy tutaj mnożyć różnego rodzaju przykłady pracowników, którzy współpracują z przedstawicielami zawodów medycznych, ale nigdy te osoby nie będą kwalifikowane do tej kategorii. Np. pomoc laboratoryjna, która pracuje w analityce, pomaga w prostych czynnościach, zmywa szkiełka, wykonuje jakieś inne proste czynności. Czym się różni jej praca od pomocy laboratoryjnej np. w zakładach azotowych? No, po prostu musimy też patrzeć na to w taki sposób. Musi być konkretna cecha, tak jak pan dyrektor powiedział, która wyróżnia tego pracownika w taki sposób, że on może wykonywać ten zawód w konkretnym miejscu i to są konkretne czynności, czyli musi wykonywać w podmiocie leczniczym czynności zdefiniowane, wynikające np. z ustawy o działalności leczniczej. I dlatego też sprzątaczka czy portier nie mogą być objęci tą regulacją, bo oni wykonują podobne czynności jak w banku, w urzędzie. Tak więc powodem tego, że omijamy, jak gdyby nie bierzemy pod uwagę tych pracowników, jest to, że chodzi o to, żeby nie narazić się właśnie na niezgodność z konstytucją tej regulacji. Bo wtedy wprost dajemy argument, gdyż regulujemy minimalne wynagrodzenie osób zatrudnionych z tytułu tylko i wyłącznie miejsca zatrudnienia, a nie z powodu wykonywania konkretnego zawodu, konkretnej profesji.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.
Kto z państwa?
Pani się zgłaszała. Proszę bardzo.

Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Joanna Walewander:

Szanowny Panie Przewodniczący! Pani Minister! Szanowni Państwo Senatorowie!

Ja jeszcze chciałabym wrócić do dyskusji, która była przed przerwą. Strona rządowa wskazała, że ta nasza poprawka, którą zgłaszamy, dotycząca właśnie pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem, jak również tych pielęgniarek, które uzyskały wykształcenie w poprzednim systemie… Chcemy je przesunąć do grupy wyższej. Dlaczego? Dlatego, proszę państwa, że jest to jedyny personel – pielęgniarki i położne – którego obecnie brakuje. Proszę zobaczyć, pani minister wskazała inne grupy zawodowe. Nie usłyszeliśmy o brakach. Dzisiaj tutaj również było powiedziane o małej liczbie lekarzy i tej średniej wieku. Jednak pielęgniarek i położnych brakuje. My musimy o tę grupę zawalczyć. Dlatego nasze propozycje, które przedstawiliśmy państwu, przesłaliśmy do pana przewodniczącego, jak również do wszystkich senatorów Komisji Zdrowia… Chodzi o to, żeby państwo rozważyli to i popatrzyli na to pod takim kątem, że pielęgniarek i położnych brakuje. I dlatego chcemy, żeby te zostały zaszeregowane do grupy ze wskaźnikiem 0,73.

Wskazaliśmy również grupę pielęgniarek – państwo dzisiaj również podnosiliście to – z wykształceniem: tytuł magistra pielęgniarstwa czy też magistra położnictwa. Większość osób w tej grupie to są, tak jak mówiłam poprzednio, pielęgniarki i położne, które za moment odejdą na emeryturę. I zgadzam się z panią, że wszyscy pracownicy, bo ochrona zdrowia od lat jest niedoszacowana, mają niskie wynagrodzenia. Ja podam przykład pielęgniarek, położnych odchodzących na emeryturę nie z 30-letnim stażem pracy, ale z 42-letnim stażem pracy. Pielęgniarka ze szpitala specjalistycznego, z bloku operacyjnego otrzymała brutto 2 tysiące 660 zł. I jest pielęgniarka, która pracowała na odcinku, przez 40 lat na zmiany, w systemie zmianowym, a która otrzymała emeryturę w wysokości 2 tysiące 180 zł. No, proszę państwa, to są bardzo niskie wynagrodzenia i z tym będziemy musiały się borykać i żyć, będą się borykać nasze koleżanki i koledzy, którzy w poprzednim systemie mieli takie, a nie inne wynagrodzenia.

Dlatego też serdecznie apelujemy do państwa – to jest już nasze podsumowujące wystąpienie – o utrzymanie naszych poprawek i uwzględnienie ich, jeżeli chcecie państwo jako komisja senacka… Jesteście państwo dla nas ostatnią szansą na poparcie naszych poprawek do tej ustawy o wynagrodzeniu, tak żeby zagwarantować pielęgniarkom i położnym możliwość opiekowania się, stworzenia bezpieczeństwa, zagwarantowania bezpieczeństwa polskim pacjentom. Nie będziemy przecież liczyć na inne kraje, które będą nas wspierać w opiece. W naszej młodzieży, w naszych dzieciach mamy taki potencjał, że one będą podejmować kształcenie w zawodzie pielęgniarki i położnej. Ale, proszę państwa, należy wyciągnąć rękę, a my widzimy, że w tej chwili szansa na to to jedynie zwiększenie wynagrodzeń. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Nie ma już więcej głosów w dyskusji.
Tak więc przystępujemy do głosowań.
Ja zgłaszam wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.
Pan senator Grodzki zgłosił poprawki do tej ustawy, głównie polegające na zmianie tego załącznika z współczynnikami pracy, prawda?
Czy ktoś…
(*Senator Tomasz Grodzki*: Uwzględniające głosy…)
Innych poprawek senatorowie nie zgłosili, tak więc przystępujemy do głosowania.
Kto z państwa, pań i panów senatorów jest za tym, żeby przyjąć tę ustawę bez poprawek? (5)
Kto jest przeciw? (1)
Kto się wstrzymał? (0)
Komisja rekomenduje Senatowi przyjęcie ustawy bez poprawek.
Kto z państwa senatorów chciałby być sprawozdawcą?
Nie widzę chętnych, więc oczywiście ja nim będę.
Dziękuję bardzo.
Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 45)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii