



SENAT RP

# ZAPIS STENOGRAFICZNY

---

---

---

**Posiedzenie**  
**Komisji Zdrowia (67.)**  
w dniu 26 kwietnia 2018 r.

IX kadencja

---

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 799, druki sejmowe nr 2137, 2245 i 2245-A).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 785, druki sejmowe nr 2347 i 2407).

(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dzień dobry państwu.

Serdecznie witam państwa na sześćdziesiątym siódmym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Chciałbym przywitać panią minister, panią Józefę Szczurek-Żelazko wraz ze współpracownikami, a jest z nami dość duża grupa przedstawicieli ministra zdrowia. Witam pana Roberta Gałązkowskiego, dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego; panią Małgorzatę Popławską, szefową Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego. Nie widzę pana profesora Ładnego, ale wiem, że się zapowiadał jako konsultant krajowy. Witam przedstawicieli różnych związków zawodowych, bo jest z nami wielu przedstawicieli. To mnie cieszy, bo to znaczy, że ustawa wzbudza duże zainteresowanie. Witam także panią Martę, nazwiska niestety nie mogę przeczytać, przedstawiciela ambasadora Danii.

Szanowni Państwo, na dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia mamy w porządku obrad 2 punkty. W pierwszym punkcie zaplanowaliśmy rozpatrzenie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw; druki sejmowe nr 2137 i 2245, druk senacki nr 799. W drugim punkcie zaplanowaliśmy rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw; druki sejmowe nr 2347 i 2407, druk senacki nr 785.

Czy ktoś z państwa senatorów ma zastrzeżenia do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń.

Przystępujemy zatem do rozpatrzenia pierwszego punktu, czyli do rozpatrzenia ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw.

Proszę panią minister Józefę Szczurek-Żelazko o przedstawienie założeń tej ustawy.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Dzień dobry.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałabym państwu przedstawić ustawę o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która została przyjęta przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej.

Ta ustawa, zwana małą nowelizacją, porządkuje w sposób systemowy obszar ratownictwa medycznego, reguluje kwestie związane z funkcjonowaniem dyspozytorni medycznych oraz systemu wspomagania dowodzenia, przewiduje też inwestycje związane z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, odnosi się do uporządkowania kwestii związanych z pracownikami, którzy pracują w systemie ratownictwa medycznego, głównie chodzi tu o dyspozytorów i ratowników, lekarzy udzielających świadczeń, wprowadza też – myślę, że to jest bardzo istotne – tzw. upaństwowienie systemu ratownictwa medycznego. Może po kolei spróbuję państwu przybliżyć te zmiany, które znajdują się w ustawie.

Jeżeli chodzi o dyspozytornie medyczne, ustawa przewiduje wprowadzenie definicji dyspozytorni medycznej, do 31 grudnia 2020 r. – dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, a od 1 stycznia 2021 r. dyspozytornie będą przejmowane przez wojewodów. Ustawa przewiduje zmianę liczby dyspozytorni medycznych. Obecnie na terenie kraju są 42 dyspozytornie medyczne, tymczasem najpóźniej do 1 stycznia 2028 r. zgodnie z ustawą ma być 18 dyspozytorni medycznych, czyli po 1 dyspozytorni na województwo, a w województwach mazowieckim i śląskim przewiduje się funkcjonowanie 2 dyspozytorni medycznych. Ta zmiana ma następować sukcesywnie, tak jak wspomniałam, do roku 2028. Ustawa przewiduje też zmianę definicji rejonu operacyjnego. Od 1 lipca 2018 r. rejon operacyjny będzie tożsamy z rejonem dyspozytorni medycznej. Obecnie tak nie jest. Od 1 stycznia 2021 r. wojewoda zapewni również wsparcie psychologiczne dla dyspozytorów medycznych.

Jeżeli chodzi o system wspomagania dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, to ustawa przewiduje, że od 2018 r. rozpocznie się rozbudowa i modyfikacja systemu wspomagania dowodzenia oraz określanie kierunków jego rozwoju przez Ministerstwo Zdrowia, a 1 stycznia 2019 r. system wspomagania dowodzenia zostanie przejęty przez ministra zdrowia od ministra spraw wewnętrznych i administracji. Minister zdrowia będzie utrzymywał, obsługiwał i zabezpieczał obsługę techniczną oraz administrowanie danymi przetwarzanymi w systemie wspomagania dowodzenia.

Ustawa przewiduje budowę Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. To zadanie w myśl zapisów ustawy miało być realizowane od 2018 r., mówię o rozbudowie i modyfikacji. Od 1 stycznia 2019 r. spełniałoby ono również funkcję administratora systemu

wspomagania dowodzenia, a od połowy 2021 r. centrum to miałyby prowadzić kursy dla dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

Wprowadzamy również zmianę dotyczącą wymogów, jakie będą obowiązywały na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Proponujemy, aby od dnia wejścia w życie ustawy w miejsce lekarza koordynatora ratownictwa medycznego funkcję koordynatora ratownictwa medycznego pełnił ratownik medyczny, pielęgniarka systemu lub lekarz systemu. Oczywiście określamy też kwalifikacje, jakie winny mieć te osoby. Od 31 grudnia 2020 r. lekarzami systemu mogą być również lekarze specjaliści neurologii, kardiologii po drugim roku specjalizacji. Mamy problemy z zapewnieniem świadczeń w karetkach specjalistycznych, a to rozszerzenie powoduje, że większa liczba lekarzy będzie mogła brać udział w zabezpieczeniu kadrowym karetki S.

Kolejna sprawa to oczywiście upublicznienie ratownictwa medycznego. Ustawa, która została uchwalona przez Sejm, przewiduje upublicznienie tego systemu od 1 stycznia 2019 r. Ustawa przewiduje również, że w konkursach ogłaszanych przez NFZ na podstawie rejonów operacyjnych określonych w planach działania systemu będą mogły startować podmioty, które mają charakter publiczny, bądź też spółki kapitałowe, które w strukturze posiadają co najmniej 51% udziałów kapitału publicznego, samorządowego, Skarbu Państwa lub innych dysponentów.

Przewidujemy też zmiany w wojewódzkich planach działania systemu, po prostu to porządkujemy. Ustawa szczegółowo określa, w jaki sposób mają być uporządkowane wojewódzkie plany działania systemu, m.in. poprzez usunięcie zbędnych informacji już zawartych w innych planach, uzupełnienie o dane dotyczące centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i dyspozytorni medycznych, ograniczenie zakresu danych podlegających upublicznieniu. Ustawa przewiduje również taką ochronę, jaką mają funkcjonariusze publiczni, reguluje wykonywanie zawodu ratownika medycznego w służbach podległych Ministerstwu Obrony Narodowej oraz MSWiA, określa jednostki współpracujące z systemem, które biorą udział w akcjach z zakresu ratowania życia i zdrowia. Tak pokrótce wyglądają zmiany, które są wprowadzone w ustawie.

Zwracamy się do szanownych państwa o zaopiniowanie tej ustawy. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.

Teraz poproszę Biuro Legislacyjne o ewentualne uwagi do tej ustawy.

### **Starszy Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński:**

Miroslaw Reszczyński, Biuro Legislacyjne.

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Goście!

W opinii biura omawiana ustawa nie budzi zastrzeżeń o charakterze legislacyjnym, niemniej jednak chcemy

zwrócić uwagę Wysokiej Komisji na nasze wątpliwości co do kilku regulacji zawartych w przedmiotowej ustawie.

Pierwsza dotyczy art. 1 pkt 16 w zakresie proponowanego art. 20 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zwracamy uwagę, że zgodnie z ust. 3 w art. 20 dysponenci jednostek są obowiązani na żądanie wojewody do umożliwienia realizacji czynności kontrolnych. My tu wskazujemy, że zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zadaniem wojewody jest m.in. sprawowanie nadzoru nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa.

W naszej opinii z samej istoty nadzoru wynikają uprawnienia kontrolne, zaś przyznanie organowi uprawnień kontrolnych narzuca na podmioty kontrolowane umożliwienie przeprowadzenia tej kontroli. Tak więc poddajemy pod rozważenie Wysokiej Komisji to, czy ta regulacja jest niezbędna w ustawie. My uważamy, że ustawa funkcjonowałaby i kontrole mogłyby być przeprowadzane również wtedy, kiedy tego przepisu by nie było, dlatego jest tu propozycja, aby usunąć z ustawy ust. 3 w proponowanym art. 20.

Druga uwaga dotyczy art. 1 pkt 23 w zakresie art. 24f ust. 1 i 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zwracamy uwagę, że w myśl art. 24f ust. 3 administrator systemu wspomaganie dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego niszczy nagrania, o których mowa w ust. 1, po upływie terminu, o którym mowa w tymże ust. 1. Tymczasem zgodnie z ust. 1 w art. 24f w ramach systemu wspomaganie dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego zapewnia się rejestrowanie nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego z wykorzystaniem łączności telefonicznej – i tu uwaga – i ich przechowywanie przez okres co najmniej 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania. Należy zauważyć, że w przywołanym ust. 1 wskazany został jedynie minimalny okres, w którym zapewnia się przechowywanie nagrań, co za tym idzie, nie doprecyzowano granicznego terminu, w jakim przedmiotowe nagrania mogą być przechowywane przez administratora systemu wspomaganie. Taka redakcja przepisów naszym zdaniem skutkuje także tym, iż odesłanie zawarte w ust. 3 w art. 24f nie wskazuje w sposób niebudzący wątpliwości, w jakim terminie należy zniszczyć zarejestrowane nagrania rozmów.

Zgłosiliśmy także 2 uwagi o charakterze czysto redakcyjnym. W art. 1 pkt 15 w zakresie art. 17 ust. 2 pkt 2 proponujemy, aby po wyrazie „decyzji” dodać wyraz „administracyjnej”. Takie doprecyzowanie jest w innych przepisach ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Kolejna uwaga redakcyjna dotyczy art. 20. Jest to uwaga czysto redakcyjna, naprawiamy pewien błąd językowy. Proponujemy, aby wyrazy „w życia” zastąpić wyrazami „w życie”. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

Proszę panią minister o ustosunkowanie się do tych uwag.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Jeżeli chodzi o pierwszą uwagę, tę dotyczącą doprecyzowania czy jakby po raz kolejny wskazania w ustawie tej kompetencji, zakresu kontroli, to powiem tak. Oczywiście z regulacji, o których pan tu wspomniał, wynika, że wojewoda nadzoruje, ale były też komentarze czy wnioski właśnie od wojewodów, którzy zwracali uwagę, że „nadzorowanie” i „kontrolowanie” to nie są tożsame pojęcia. Dlatego sugestia była taka, żeby jednak wskazać to wyraźnie i wzmocnić, że tak powiem, tę rolę kontrolną w ustawie. I tak też to na wniosek wojewodów zostało zapisane.

A jeżeli chodzi o to, to może poproszę...

*(Dyrektor Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności w Ministerstwie Zdrowia Mateusz Komza: Te 2 kwestie techniczne...)*

Tak, poproszę pana dyrektora departamentu.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę bardzo.

### **Dyrektor Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności w Ministerstwie Zdrowia Mateusz Komza:**

Szanowni Państwo!

My przy tworzeniu tych przepisów zakładaliśmy okres minimalny 3 lat, ale na dzień dzisiejszy wygląda to tak, że czas przetwarzania tych danych, czas zachowania tych nagrań będzie wynikał z RODO, z rozporządzenia o RODO. Dlatego tak naprawdę nie widzimy tu konieczności doprecyzowania.

*(Przewodniczący Waldemar Kraska: Jeszcze te 2 uwagi redakcyjne.)*

Tak. Jeżeli mogę, to dodam, że uwagi w tych 2 kwestiach technicznych jak najbardziej przyjmujemy.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Czy pan legislator ma coś jeszcze do dodania?

*(Starszy Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Mirosław Reszczyński: Nie. Dziękuję.)*

Dziękuję bardzo.

Teraz przechodzimy do pytań ze strony państwa senatorów.

Czy ktoś z państwa ma jakieś pytania związane z tą ustawą?

Proszę bardzo, pan senator Grodzki.

### **Senator Tomasz Grodzki:**

Dziękuję, Pani Przewodniczący.

Pani Minister! Szanowni Goście!

Ja na początek mam 2 pytania do pani minister lub do państwa urzędników. Rozumiem, że to jest pewna filozofia obecnego rządu, żeby wszystko centralizować i upaństwiać, ale proszę mi powiedzieć, czy poza tą filozofią były

jakieś inne przesłanki przemawiające za tym, żeby odciąć ponad 130 zespołów ratownictwa będących w tych czy innych rękach prywatnych. Za tym idzie oczywiście następne pytanie. Za pomocą jakich środków i jakim sposobem uzupełnimy tę lukę, która powstanie? Na początek chciałem zadać takie pytania. Później będę miał jeszcze kilka innych, jeżeli pan przewodniczący pozwoli. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Pani Minister, może od razu będziemy odpowiadać? Będzie prościej.

Proszę.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o organizację systemu ratownictwa medycznego, to prawo, regulacje unijne nie odnoszą się do tego wprost, nie ma jakichś konkretnych zaleceń, w jaki sposób i przez jakie służby mają być realizowane te zadania. Każdy kraj na podstawie dotychczasowych doświadczeń, historii, różnego rodzaju okoliczności, które zaistniały, tworzy własne systemy. Są systemy w pełni publiczne, w których służby publiczne odpowiadają za bezpieczeństwo w zakresie ratownictwa medycznego. Są w krajach Unii Europejskiej rozwiązania pośrednie, kiedy to służby publiczne wspomagane są służbami chociażby organizacji pozarządowych, fundacji czy też całkowicie prywatnych podmiotów. Są też systemy oparte na organizacjach pozarządowych ze współudziałem systemu dysponentów prywatnych. Tak że są różnego rodzaju regulacje.

W naszym kraju też mamy pewne doświadczenia związane z funkcjonowaniem w tym systemie mieszanym. Ja podawałam przykłady sytuacji, które miały miejsce w naszym systemie w ostatnich latach, w ostatnim czasie, nieodległym zresztą, kiedy to dysponenci prywatni samodzielnie podejmowali decyzje o zakończeniu, zaprzestaniu działalności, niepodpisaniu umowy, narażając tym samym z dnia na dzień na brak zabezpieczenia dany rejon operacyjny, jeśli chodzi o ratownictwo medyczne. Taka sytuacja miała miejsce w Rawie Mazowieckiej. Także w województwie lubelskim podmiot prywatny jest w stanie likwidacji i też zachodzi obawa, że mogą być trudności, może dojść do przerwania ciągłości świadczeń. Tutaj dzięki wysiłkom wojewody łódzkiego w bardzo krótkim czasie, dosłownie z godziny na godzinę udało się zabezpieczyć rejony operacyjne służbami publicznymi.

Tak że stanowisko rządu polskiego jest takie, że służby ratownictwa medycznego powinny mieć charakter podobny do innych służb biorących udział w różnego rodzaju zdarzeniach związanych z zagrożeniem życia, np. straży pożarnej, i być służbami publicznymi. Oczywiście ustawa aż tak daleko nie reguluje tej kwestii, żeby to działało na zasadzie porównywalnej z zasadą działania Państwowej Straży Pożarnej, ale dysponentem tych służb generalnie ma być podmiot publiczny. Tym bardziej że np. ustawa o samorządzie wojewódzkim czy powiatowym nakłada na władze lokalne, samorządowe obowiązek zabezpieczenia



świadczeń. W sytuacji gdy te świadczenia realizowane są przez dysponenta prywatnego, samorząd nie do końca ma wpływ na ciągłość jego działania, bo dysponent prywatny niekoniecznie musi zasięgać opinii, w zasadzie nie musi, nie ma podstawy prawnej, żeby zasięgał opinii co do swoich decyzji biznesowych związanych z kontynuacją lub brakiem kontynuacji działania na danym terenie. Tak że ten system, który proponujemy, w ocenie Ministerstwa Zdrowia i rządu będzie bezpieczniejszy i będzie gwarantował ciągłość udzielania świadczeń w Polsce.

(*Senator Tomasz Grodzki: Jak tę lukę wypełnić?*)

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Proszę, Pani Minister.*)

Obecnie w systemie ratownictwa medycznego funkcjonuje 245 dysponentów i większość działa jako samodzielne podmioty publiczne. W przypadku wejścia w życie projektowanej zmiany po upływie okresu przejściowego ok. 20 podmiotów utraciłoby status dysponenta. W tej chwili prowadzimy rozmowy na temat zapewnienia ciągłości świadczeń w poszczególnych rejonach operacyjnych, które są zabezpieczane przez dysponentów publicznych. Rozmawialiśmy na ten temat z obecnymi świadczeniodawcami publicznymi, m.in. ze Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego, i usłyszeliśmy deklaracje, że publiczne placówki mają taki potencjał, aby zabezpieczyć poszczególne rejony operacyjne.

Chciałabym przypomnieć, że wielu dysponentów publicznych w tej chwili realizuje te zadania własnymi siłami, wykorzystując zespoły, pracowników, tabor, czyli samochody plus sprzęt, i zapewnia transport sanitarny, który w wielu przypadkach musi odpowiadać standardowi zespołów ratownictwa medycznego. Zatem oni mają ten potencjał. I mamy tu deklarację, że w przypadku wejścia w życie ustawy dysponenti publiczni są w stanie zabezpieczyć wszystkie rejony operacyjne. A gdyby zdarzyła się taka sytuacja, że w wyniku pierwszego postępowania konkursowego nie zostanie wyłoniony w danym rejonie operacyjnym operator czy dysponent publiczny, to przepisy tejże ustawy przewidują, że w drugim postępowaniu konkursowym dopuszczamy do udziału również dysponentów prywatnych. Tak że jest tutaj takie zabezpieczenie, które zapewni bezpieczeństwo. Jednocześnie ustawa stanowi, że w takiej sytuacji ten dysponent prywatny będzie mógł udzielać świadczeń nie dłużej niż przez 2 lata.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.

Czy ktoś z państwa senatorów ma jeszcze jakieś pytania? Jeżeli nie, to proszę...

(*Senator Tomasz Grodzki: Ja bym miał jeszcze...*)

Proszę, Panie Senatorze.

### **Senator Tomasz Grodzki:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, to ważne, o czym pani mówi, myślę o tym potencjale. W tym kontekście powiem o pewnej sprawie już z lokalnego podwórka. Szczecińska stacja, która obsługuje praktycznie całe województwo, mieści

się w starych zdezelowanych budynkach. Dyrektor Pałka wystąpił o pieniądze na budowę nowej siedziby, która rzeczywiście stworzyłaby potencjał. Tymczasem w piśmie od ministra Kwiecińskiego dostaliśmy informację, że tych pieniędzy z powodu potrzeb drogowych czy jakichś innych nie będzie. Stwierdzam jako ktoś, kto 10 lat jeździł w tym pogotowiu, zresztą są tu przedstawiciele pogotowia, że w tych starych zdezelowanych budynkach, nienadających się na stację pogotowia ratunkowego, tego potencjału nie zbudujemy. Tak więc brakuje tu pewnej konsekwencji. Rząd z jednej strony oczekuje zwiększenia działań, z drugiej strony zamyka niezwykle potrzebną inwestycję.

Drugie moje pytanie dotyczy dyspozytorni. To dobrze, że dbamy o dyspozytorów tak, że zapewniamy im psychologa, dobrze, że dajemy głównego dyspozytora, dobrze, że tworzymy stanowisko kierownika dyspozytorni, to wszystko dobrze, tylko że to wszystko będzie kosztować. Poza tym, jeżeli ta dyspozytornia po pewnym czasie znajdzie się na terenie urzędu wojewódzkiego, to zmieni się w centralę telefoniczną, tylko i wyłącznie. Jeżeli dyspozytornia jest na terenie stacji, to niewątpliwie zapewnia bardziej fachową reakcję, bo można doprosić lekarza, można doprosić ratownika, można zająć się profesjonalną stroną udzielania pomocy, a dyspozytor w gmachu urzędu wojewódzkiego będzie w zasadzie tylko oderwanym od rzeczywistości medycznej łącznikiem telefonicznym. Czy ten punkt musi według państwa zostać? Pytam, bo spotkałem się z głosami ze strony środowisk ratowniczych, z wypowiedziami ratowników, którzy woleliby, żeby te dyspozytornie były jednak bliżej życia. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Pani Minister.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Szanowni Państwo!

O potrzebie inwestycji, o której pan senator tutaj wspominał, dotyczącej bazy... Niezależnie od tego, czy doszłoby do upublicznienia, czy nie, to te potrzeby na pewno by były. My mówimy o konieczności zabezpieczenia poprzez zespoły ratownictwa medycznego. Tak jak mówiłam, taką deklarację mamy. W przypadku pojawienia się jakiegoś problemu istnieje możliwość dokontraktowania u kontrahenta publicznego w drugim postępowaniu konkursowym. A jeżeli chodzi o środki dedykowane na rozwój ratownictwa medycznego, to też odpowiednie programy są realizowane i na pewno w kolejnych latach będą się pojawiały różne możliwości. Zresztą – tak jak wskazuje praktyka z wielu lat – na ratownictwo medyczne były przeznaczane odpowiednie środki.

Ja chciałabym jeszcze tylko wspomnieć o jednej takiej bardzo negatywnej sytuacji, która miała miejsce w 2011 r., kiedy odbywało się kontraktowanie. Wielu dysponentów publicznych w tym momencie korzystało ze wsparcia unijnego i wykorzystywało to wsparcie na rozbudowę swojej floty, a w kontraktowaniu w 2011 r. niestety nie uzyskali oni kontraktów i pojawiły się problemy z ciągłością projektów,

które były realizowane, oraz konieczność zwrotu środków unijnych itd. Tak więc takie zawirowania powodują tego typu problemy, rodzą tego typu problemy nie tylko dla kontrahentów prywatnych, ale również publicznych, oraz dla tych, którzy korzystają ze środków publicznych. Myślę, że uporządkowanie tego tematu, wskazanie konkretnych dysponentów, wskazanie rodzaju dysponentów, którzy mogą brać w tym udział, też ułatwi nam projektowanie programów, które mogłyby służyć rozwojowi tego obszaru działania.

Drugie pytanie dotyczyło kwestii dyspozytorni.

*(Głos z sali: Dyspozytorni w urzędzie wojewódzkim.)*

Szanowni Państwo, państwo zapewne macie wiedzę na temat tych działań, które do tej pory były podejmowane. Na terenie kraju w wielu województwach mamy już pojedyncze dyspozytornie bądź też 2 skoncentrowane dyspozytornie, które działają bardzo dobrze. Ta koncentracja daje możliwość efektywniejszego wykorzystania środków przeznaczanych na rozwój łączności. Również wprowadzenie standardów postępowania poprzez dyspozytorów, nadzoru nad pracą tych dyspozytorów jest niewątpliwie o wiele łatwiejsze i lepiej działa niż w tych małych dyspozytorniach, gdzie chociażby możliwość skonsultowania z kolegami czy uzyskania wsparcia jest o wiele mniejsza.

W związku z tym została przyjęta taka strategia – zresztą ta strategia obowiązuje już od wielu lat, od dłuższego czasu – że dążymy do koncentracji dyspozytorni medycznych. W wielu miejscach już się to zadziało, a rodziło się to też w wielkich obawach. Ja sama jako osoba, która bezpośrednio brała udział w tym procesie, miałam wiele obaw związanych z koncentracją dyspozytorni chociażby na terenie Małopolski, a potem okazało się, że jest to o wiele korzystniejsze rozwiązanie. Jednocześnie daje to pewną niezależność dyspozytorom. Jest to też o tyle korzystne, że czasami zdarzały się naciski, nie wiem, dyrektorów szpitali itd. co do kierunku przekazywania pacjentów. Ta niezależność, podległość wojewodzie uczyni te służby naprawdę bardziej racjonalnymi i stworzy pewną... Jest to też element bezpieczeństwa kraju, jeżeli chodzi o tego typu sytuacje. Tak że ta koncentracja dyspozytorni na podstawie zapisów tej ustawy będzie kontynuowana.

### **Senator Tomasz Grodzki:**

Tak, tak, ale dopytam, bo być może nie zostałem właściwie zrozumiany. Mnie chodzi o miejsce dyspozytorni. W zachodniopomorskim już dawno jest skoncentrowana dyspozytornia i ona działa świetnie, tyle że ona jest w stacji. Jeżeli ją przeniesiemy do gmachu urzędu wojewódzkiego, gdzie będzie ona odizolowana od zespołów, od lekarzy, to...

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Ale w urzędzie wojewódzkim jest, tak? W Szczecinie dyspozytornia jest w urzędzie wojewódzkim?

*(Brak nagrania)*

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Było jeszcze pytanie o pieniądze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

W ocenie skutków regulacji wykazane są środki na pokrycie kosztów osobowych związanych z tą regulacją i utrzymanie techniczne dyspozytorni. A chcę podkreślić jeszcze jedno, to, że w wielu dyspozytorniach stanowisko zarówno głównego dyspozytora, jak i kierownika dyspozytorni już funkcjonuje, bo po koncentracji dyspozytorni okazało się, że jest to konieczne, i racjonalnym zachowaniem dyrektorów było właśnie stworzenie tych stanowisk. Problem będzie dotyczył tych małych dyspozytorni.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Czy ktoś z państwa senatorów ma jeszcze pytania? Jeżeli nie, to przejdziemy teraz do państwa gości.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos?

Proszę bardzo. Proszę o przedstawianie się.

### **Ekspert w Konfederacji „Lewiatan” Ireneusz Weryk:**

Ireneusz Weryk, ekspert w Konfederacji „Lewiatan”.

Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowna Pani Minister!

Sytuacja w Rawie Mazowieckiej, którą pani przywołała, jest mi doskonale znana. W chwili, w której nastąpiło tam zagrożenie dla ciągłości udzielania świadczeń, zarówno podmiot prywatny, niepubliczny, jak i publiczny zgłosili natychmiastowy akces przejęcia udzielania świadczeń. Wojewoda wybrał akurat podmiot publiczny. Podmiot niepubliczny natychmiast był gotowy do podjęcia działań. Następnie odbył się normalny konkurs.

Pojedyncze przypadki... Nie znam zupełnie przywołanego przez panią przypadku z województwa lubelskiego. W każdym razie chciałbym przypomnieć, przywołać odwrotną sytuację, mianowicie zagrożenia przerwania ciągłości udzielania świadczeń w Nowym Targu, kiedy to właśnie podmiot niepubliczny podjął wysiłek zmierzający do utrzymania tej ciągłości. Tak że to są pojedyncze przypadki i zdarza się to w zasadzie krzyżowo, tak mogę powiedzieć.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Pani Minister.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Szanowni Państwo, ja już państwu przedstawiłam sytuację, jaka przyświecała tworzeniu nowego podejścia do ratownictwa medycznego. Wołą rządu Rzeczypospolitej Polskiej jest, aby te służby, tak jak inne służby, które biorą udział w sytuacjach zagrożenia życia, były służbami publicznymi, ponieważ władza publiczna odpowiada za bezpieczeństwo mieszkańców kraju. Obowiązkiem władzy publicznej jest stworzenie takiego systemu, który będzie niezawodny. My znamy te przypadki, o których mówimy, o których ja mówiłam, ale o przypadku w Nowym Targu

to ja pierwszy raz słyszę. Być może... Doczytam. Jestem akurat z województwa małopolskiego i nie słyszałam o tej sytuacji. Ale to nie o to chodzi, żebyśmy się przerzucali takimi argumentami. Tak jak powiedziałam, model publicznego ratownictwa medycznego jest modelem, który w opinii obecnego rządu gwarantuje bezpieczeństwo mieszkańców kraju.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.  
Proszę bardzo, teraz pan.

### **Pan Michał Modro:**

Dzień dobry.

Michał Modro, konfederacja pracodawców, BCC.

Mam pewne pytanie, bo pani minister powiedziała tutaj o tworzeniu służby. Ja mam przed sobą notatkę sporządzoną dla pani minister 24 kwietnia 2018 r. przez pana dyrektora Mateusza Komzę, z której wynika – to jest w punkcie trzecim tej notatki na temat tworzenia służby ratownictwa medycznego – że państwo służby tworzyć nie zamierzacie. W tej notatce z 24 kwietnia – jak widzę, mam to przed sobą – jest informacja, że nie ma takich środków, żeby stworzyć w ratownictwie medycznym służbę. Tak więc trochę nie rozumiem tej informacji pochodzącej od pani minister, że to jest tworzenie służby na kształt Policji czy straży pożarnej.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Pani Minister.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

W pierwszej części mojej wypowiedzi mówiłam o tym, że chcielibyśmy, aby te służby były... aby ratownictwo medyczne było służbą publiczną, ale nie zmierzamy do utworzenia takiego systemu budżetowego, w jakim w tej chwili działa Państwowa Straż Pożarna czy Policja. Pokazywałam tę różnicę. Jednocześnie chciałam państwu pokazać, że podmioty, które biorą udział w ratowaniu zdrowia i życia mieszkańców, generalnie są służbami publicznymi. Jedynie ratownictwo medyczne, które jest bardzo istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego kraju, było w pewnych obszarach służbą prywatną. Dlatego chcemy to niejako likwidować. Podmioty publiczne będą miały charakter publicznych podmiotów, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej bądź spółek z większościami udziałem kapitału publicznego. Nie będzie to taka służba jak straż pożarna i absolutnie... Ja być może się nieprecyzyjnie wyraziłam, ale ta notatka nie stoi w kontrze do mojej wypowiedzi, wręcz ją potwierdza.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo.

Tylko zapraszam do mikrofonu, bo to jest nagrywane i jest transmisja internetowa. Proszę, tam jest wolne krzesło, można usiąść.

Proszę bardzo.

### **Przewodniczący Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego Roman Badach-Rogowski:**

Roman Badach-Rogowski, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego, jestem również reprezentantem Komitetu Protestacyjnego Ratowników Medycznych.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

W ostatnich latach prowadzona była dość burzliwa dyskusja o upublicznieniu ratownictwa medycznego. Argumentów z jednej i z drugiej strony było naprawdę wiele, niektóre bardzo, że tak powiem, płytkie, niezasadne, niemające faktycznego potwierdzenia, nierealnie przedstawiane, typu konkurencyjność itd. Nie wiem, czy to istotne, ale środowisko ratowników medycznych – ja reprezentuję w tej chwili w ramach komitetu 26 organizacji, związków zawodowych – od roku 2007 dąży do tego i chce tego, żeby ratownictwo medyczne było publiczne, w pełni publiczne, finansowane przez państwo i obsługiwane przez podmioty publiczne. Docelowo naszym marzeniem jest wspomniana tutaj służba ratownictwa medycznego, ponieważ jeżeli mamy do czynienia z wypadkiem, katastrofą, wszyscy mówią, media mówią, wszędzie jest napisane, że przyjechały służby ratownicze. Ja pragnę przypomnieć, że ratownictwo medyczne jeszcze nie jest służbą. Upublicznienie ratownictwa sprawi, że łatwiej będzie nam w przyszłości do tego dojść. Ja wiem doskonale, i w tej notatce też jest to zawarte, że obecnie nie ma środków na to, żebyśmy z dnia na dzień stali się, tak jak jest w przypadku Służby Celnej, funkcjonariuszami. Z dnia na dzień ratownicy medyczni nie staną się funkcjonariuszami, ale to powinien być model docelowy, tak abyśmy w pełni współdziałali z przyjaznymi nam służbami typu Policja, typu Państwowa Straż Pożarna.

Jeżeli my od 2007 r., od czasu wejścia w życie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym – zwracam uwagę na słowo „państwowym”, tyle że to była tylko kwestia finansowania – mówimy o tym, że mamy ratować, że naszym obowiązkiem jest ratowanie życia, że jest to misja publiczna, jest to odpowiedzialność państwa... Myślę, że dość już dyskusji na temat tego, czy powinno to być prywatne, czy państwowe. W Polsce mamy wypracowany odpowiedni model, w którym służby policyjne, strażackie są państwowe, i tak samo ratownictwo musi być państwowe.

Wiadomo, demokrację mamy od dwudziestu paru lat, niecałe 30 lat. Wiadomo, że to wszystko musi rodzić się po kolei, wiadomo, że nie zrobimy wszystkiego jednym cięciem, ale w tej chwili ważne jest to – tutaj to od państwa też zależy – żeby jak najszybciej weszła w życie ta zmiana ustawy, ta nowela, w której wprowadzimy tylko podmioty publiczne, powtarzam jeszcze raz, publiczne. Nie ma tu mowy, na co często zwracali uwagę przedstawiciele Konfederacji „Lewiatan”, o jakiejś nacjonalizacji, bo nikt nikomu nic nie zabierze.



W zeszłym roku, w marcu, w kwietniu, rozpoczęły się protesty ratowników medycznych. Jednym ze sztandarowych punktów było upublicznianie ratownictwa medycznego. Chcieliśmy, aby nastąpiło to już 1 lipca tego roku. No, z przyczyn nam znanych, przesunięcia, legislacja itd., była mowa o tym, że będzie to 1 stycznia roku przyszłego. I na to liczymy.

W tej chwili ratownicy medyczni mają naprawdę dość tego, że kosztem ratownictwa medycznego ktoś osiąga zyski. Tutaj musimy patrzeć w 2 strony. To dotyczy nie tylko podmiotów prywatnych. Musimy uczciwie sobie powiedzieć, że dotyczy to również szpitali, w których są jednostki ratownictwa medycznego, zespoły ratownictwa medycznego, ponieważ te środki nie są niejako celowane, nie idą tylko na ratownictwo, ale idą do wspólnego worka finansów szpitalnych. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
To był raczej głos w dyskusji. Dobrze.  
Kto następny?  
Proszę bardzo.

### **Ekspert w Konfederacji „Lewiatan” Dobrawa Bładun:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.  
Wysoka Komisjo! Pani Minister!  
Dobrawa Bładun, Konfederacja „Lewiatan”.

Ja, przysłuchując się całej dyskusji, jednak bronię stanowiska pracodawców. Chciałabym zwrócić uwagę, że żadne analizy ani przytoczone przez moich przedmówców argumenty nie wskazują na to, że dzisiaj istnieje konieczność upublicznienia ratownictwa medycznego. Apeluję o rozważenie i zastanowienie się nad tym, tak aby placówki prywatne nadal mogły uczestniczyć w systemie ratownictwa medycznego. Prosimy również o rozważenie przejęcia propozycji poprawek, które zostały państwu przesłane. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Czy pani minister chciałaby jeszcze zabrać głos w tej sprawie?

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Ja chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na jeden zapis ustawowy, który mówi, że w spółkach kapitałowych 49% udziałów może mieć podmiot prywatny. Jeżeli państwo przyjmiecie takie rozwiązanie, to istnieje taka możliwość, ustawa daje taką możliwość. A pozostałe argumenty, te, które przedstawiłam na wstępie, podtrzymuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Proszę, pan się zgłaszał.

### **Przewodniczący Krajowej Sekcji Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność” Dariusz Mądraszewski:**

Dzień dobry państwu.  
Dariusz Mądraszewski, przewodniczący Krajowej Sekcji Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność”.

Proszę państwa, my o to upaństwowienie ratownictwa medycznego i utworzenie 16 dużych podmiotów, tzw. wojewódzkich stacji pogotowia ratunkowego, zabiegamy od kilkunastu lat. To, co się działo i co obserwowaliśmy podczas kontraktacji, to, co się działo z wojewódzkimi planami zabezpieczenia ratownictwa medycznego, które były tworzone pod kątem jakiejś działalności prywatnych firm... Ja tego nie chcę tu rozstrzygać, moglibyśmy mówić o tym do rana.

Ja chciałbym tylko powiedzieć – tu w pełni zgadzam się z moim poprzednikiem, my wspólnie tworzymy też ten komitet protestacyjny – że w ramach tego komitetu mamy postulaty i drugim punktem jest właśnie upaństwowienie ratownictwa medycznego. Przypomnę, że pan minister po uzyskaniu deklaracji rządu podpisał z nami takie porozumienie, więc oczekujemy wypełnienia tej deklaracji. To jest jedno. Jeszcze tylko dodam, że pogotowie, jak sami państwo wiedzą, tak jak szpitale, to jest działalność non profit. Dodatkim elementem jest to, że wszystkie pieniądze przeznaczone są na główny cel, czyli ratowanie życia. Tu nie ma zysków, nie ma generowania nie wiadomo jakich kwot i odkładania ich w postaci dywidend, zysków czy w innej formie.

Następna sprawa to jest to, że pogotowia, duże podmioty prowadzą też tzw. działalność komercyjną i uzyskiwane pieniądze – ja wezmę przykład ze swojego podwórka, to jest od 1,5 do 2 milionów zł – też przeznaczone są na działalność podstawową, czyli ratowanie życia.

Tu jeszcze pozwolę sobie nawiązać do wypowiedzi pana profesora, pana senatora Grodzkiego. No tak, w Szczecinie faktycznie jest to na średnim poziomie, zabiegamy o te środki, ale myślę, że wojewódzkie stacje w całym kraju wymagają takich środków i one powinny się znaleźć. Dodatkowo ogranicza nas tam jeszcze wojewódzki konserwator zabytków i w tych budynkach nie za bardzo możemy się rozwinąć. Ale na 75 zespołów działających w województwie zachodniopomorskim, które mamy w powiatach – dam rękę i myślę, że jej nie stracę – mamy najnowocześniejszą bazę w Polsce.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Kto chce zabrać głos?  
Proszę bardzo.

**Prezes Zarządu Związku Pracodawców  
Ratownictwa Medycznego  
Samodzielnych Publicznych Zakładów  
Opieki Zdrowotnej  
Małgorzata Popławska:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!  
Pani Minister!

Małgorzata Popławska, prezes Związku Pracodawców  
Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych  
Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Ja oczywiście również wyrażam poparcie dla swoich  
przedmówców siedzących po mojej lewej stronie w sprawie  
upublicznienia. Ratownictwo medyczne działa w sferze  
bezpieczeństwa publicznego, działa w sferze bezpieczeń-  
stwa państwa. Naszymi organami założycielskim są oczy-  
wiście samorządy. To wszystko pani minister już powie-  
działa. Złożyliśmy deklarację współpracy z wojewodami  
w poszczególnych województwach w tym zakresie, ale  
oczywiście wentylem bezpieczeństwa jest sama ustawa,  
którą państwo będziecie analizowali i która będzie przed-  
miotem państwa dalszych ustaleń. Przez najbliższe 2 lata  
podmioty niepubliczne będą mogły, jeżeli nie będzie gdzieś  
zabezpieczenia podmiotów publicznych, funkcjonować,  
również w taki sposób, o jakim powiedziała przed chwi-  
lczką pani minister. Tak więc wydaje się, że wspólnymi  
działaniami jesteśmy w stanie doprowadzić do pełnego  
bezpieczeństwa każdego pacjenta.

Odnosząc się do warunków bytowych w poszczególnych  
stacjach i liczebności taboru, trzeba powiedzieć, że  
te warunki są bardzo różne, ale niejako otwierając czy roz-  
lokując zespoły ratownictwa medycznego w kolejnych  
miejscach stacjonowania... Wszystkie one są oczywiście  
dobre albo bardzo dobre. Ale chcę dodać, że od dobrych  
już kilku lat ratownictwo medyczne nie miało żadnych  
środków unijnych na różnego rodzaju zakupy czy przed-  
sięwzięcia inwestycyjne i to też zgłaszaliśmy pani minister,  
m.in. zwracaliśmy uwagę na możliwość budowy centrów  
symulacji dla części przedszpitalnej. Tak jak mówię, mój  
głos jest głosem poparcia wypowiedzi kolegów w zakresie  
upublicznienia ratownictwa medycznego.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

To wszystko, tak?

*(Prezes Zarządu Związku Pracodawców Ratownictwa  
Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki  
Zdrowotnej Małgorzata Popławska: Tak, jeśli chodzi o upu-  
blicznienie.)*

Jeszcze raz pan.

Proszę bardzo.

**Przewodniczący Krajowej Sekcji  
Pogotowia Ratunkowego  
i Ratownictwa Medycznego  
Niezależnego Samorządnego  
Związku Zawodowego „Solidarność”  
Dariusz Mądraszewski:**

Jeszcze jednym zdaniem chciałbym państwu... Na  
poprzednich posiedzeniach Komisji Zdrowia, na posie-  
dzeniach sejmowych państwo stawiali taką tezę, że ci pra-

cownicy, ci ratownicy, te pielęgniarki, ci, którzy pracują  
obecnie w tych stu trzydziestu kilku karetkach w sferze  
prywatnej, tracą pracę. To jest nieprawda. Ratowników  
brakuje i oni wszyscy na pewno, na 100% znajdą zatrudnie-  
nie w systemie państwowym. Ja nie chcę tu się sprzeczać,  
czy w lepszych, czy w gorszych warunkach, ale na pewno  
nie tracą pracy, bo – jak mówię – ratowników brakuje,  
każdy ratownik wyrabia średnio półtora etatu po to, żeby  
ten system w ogóle mógł funkcjonować.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa ma jeszcze jakieś pytania dotyczące  
tej ustawy?

Proszę bardzo.

**Prezes Zarządu Związku Pracodawców  
Ratownictwa Medycznego  
Samodzielnych Publicznych  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
Małgorzata Popławska:**

Ja chciałabym zabrać głos już nie na temat upaństwo-  
wienia, ale chciałabym państwa prosić o rozważenie dru-  
giego elementu, o którym mówił pan profesor, pan senator,  
mianowicie takiego, ażeby zapisy kilku artykułów, art. 25a,  
art. 25b, art. 26 od ust. 2a do 2e, wchodziły w życie 1 stycz-  
nia 2021 r.

Jak mówiła pani minister, docelowo wojewodowie mają  
stworzyć 18 dyspozytorni, w tym po 2 w 2 województwach,  
mazowieckim i śląskim. Chodzi o to, że ten okres 2,5 roku  
byłby okresem przystosowawczym czy dostosowawczym  
– obojętnie, jak go nazwiemy – dla wojewodów do stwo-  
żenia docelowego modelu w poszczególnych wojewódz-  
twach, ale również czasem na wskazanie, które z ewentu-  
alnych dotychczasowych dyspozytorni nadal będą pełniły  
swoją rolę, gdyż zgodnie z ustawą wojewoda będzie mógł  
najmować dotychczasowe pomieszczenia, jeżeli będzie  
taka potrzeba. W tym okresie 2,5 roku w odniesieniu do  
tych 42 dyspozytorni, a na pewno w tych województwach,  
w których jest ich po kilka, choćby Podkarpacie ma ich 5,  
w tym 3 dyspozytornie 2-osobowe, będzie trzeba zgodnie  
z rozporządzeniem, które już jest konsultowane, ponosić  
pewien wysiłek inwestycyjny i kadrowy. Wydaje mi się, że  
środki, które mamy w tym zakresie, można wydatkować na  
inne cele, bo chyba nie ma potrzeby, ażeby w bardzo krót-  
kim okresie dostosowywać wszystkie 42 dyspozytornie, tak  
w kwestiach kadrowych, jak i w kwestiach inwestycyjnych.  
Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Pani Minister, proszę o odpowiedź.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Józefa Szczurek-Żelazko:**

Ta poprawka, o której pani dyrektor wspomniała – już  
tak technicznie podchodząc do tej uwagi – to jest poprawka  
wymagająca wielu zmian, które byłyby jej konsekwencja-

mi, bo w kilku innych artykułach też należałoby to wszystkim pozmieniać. Chęć jej wprowadzenia spowodowałaby to, że musielibyśmy tę poprawkę doprecyzować i, jak podejrzewam, zmienić również dane zawarte w ocenie skutków regulacji.

Ja chciałabym się skupić może na argumentacji dotyczącej tego, że chcielibyśmy, żeby ta regulacja weszła w życie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Mianowicie ideą, która przyświecała modelowaniu czy projektowaniu tej zmiany był fakt, że mamy sygnały świadczące o braku nadzoru dyspozytorskiego, szczególnie w małych dyspozytorniach, wiemy, że struktury organizacyjne są różne, nie ma jednolitych struktur organizacyjnych, różnie wygląda praca dyspozytorów, różnie wyglądają kwestie przestrzegania standardów. W związku z tym, że ustawa przewiduje, że do 2028 r. powinna zostać zmniejszona liczba dyspozytorni do 18, ten mechanizm miałby zmotywować wręcz świadczeniodawców do tego, żeby zechcieli podjąć trud koncentrowania dyspozytorni, który niewątpliwie z wielu powodów, z wielu punktów widzenia będzie korzystniejszy dla systemu. To, że ten ostateczny, ten graniczny termin wpisany w ustawie to 2028 r., nie oznacza, że mamy utrzymywać te małe dyspozytornie, które są w wielu momentach niewydolne. Utrzymywanie dyspozytorni do ostatniego momentu rodzi wiele problemów. Taka była idea wprowadzenia tego zapisu do ustawy. Z jednej strony jest to rozwiązanie, które ma uporządkować działanie dyspozytorni medycznych, z drugiej strony ma to motywować do działań koncentracyjnych, a de facto ma to zapewnić bezpieczeństwo, zapewnić dobrą obsługę przyjmowanych zgłoszeń.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.  
Czy ktoś jeszcze... Proszę bardzo.

### **Przewodniczący Krajowej Sekcji Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność” Dariusz Mądraszewski:**

Proszę państwa, my jako „Solidarność” w pełni popieramy tezy, których nie będę powtarzał, wypowiedziane przez panią prezes Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego. Ja chciałabym jeszcze tylko dodać, Pani Minister, że troszeczkę brakuje tu konsekwencji, bo jeżeli pani twierdzi, że małe dyspozytornie funkcjonują źle, a duże dobrze, no to... A my się mamy przystosować do małych dyspozytorni i ponosić olbrzymie koszty. Proszę państwa, to są narzucone na nas dodatkowe koszty, w tej chwili niepotrzebne, niepoprawiające wydatnie funkcjonowanie tych dyspozytorni. Bo to jest tak, robi się taką atmosferę, jakby te dyspozytornie źle działały, te duże, czy były niewydolne. Tak, tam jest kierownik, jest główny dyspozytor, starszy dyspozytor, to wszystko jest. I teraz wydatkowanie przez duże stacje kwoty kilkuset tysięcy złotych, miliona, a nawet więcej, wydatkowanie pieniędzy, które naszym zdaniem są potrzebne gdzie indziej, można je spożytkować na ambulanse, bo przypomnę, że od 9 lat

bardzo, bardzo powoli, wręcz kroplówką to finansowanie ratownictwa... My oceniamy, że od 9 lat to jest praktycznie zerowa stawka, jeżeli chodzi o finansowanie ratownictwa medycznego. W każdym razie uważamy, że w tej chwili jest to po prostu zbędny wydatek. Jeżeli to robić, to z sensem, można to robić o wiele szybciej i małe dyspozytornie, 2-osobowe, 3-osobowe, niech się przystosują do tych dużych. A my teraz wywracamy i narzucamy, nakładamy na duże dyspozytornie bardzo duże zobowiązania i kadrowe, i finansowe kosztem tych małych i to jeszcze w ciągu 8 lat.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

To ja też dopytam, Pani Minister. W rozporządzeniu jest napisane, że nie spowoduje to dodatkowych skutków finansowych dla sektora finansów publicznych. Czyli ta regulacja nie pociągnie za sobą żadnych kosztów dla świadczeniodawców, tak?

(*Głos z sali:* Jak to jest możliwe? Trzeba będzie uzupełnić 135 zespołów.)

Teraz mówimy o czym innym, teraz mówimy o dyspozytorniach.

Proszę, Pani Minister.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Szanowni Państwo!

Tak jak powiedziałam na początku, w wielu dyspozytorniach już te stanowiska istnieją, bo po prostu charakter pracy dużych dyspozytorni, ich specyfika wymagała powołania takich stanowisk. Praca na tych stanowiskach jest finansowana w ramach dotychczasowych środków, czyli tych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy kontraktowej. Skoro w dużych dyspozytorniach już to funkcjonuje i mieści się w zakresie finansowania, nie widzimy powodu, żeby akurat małym dyspozytorniom dokładać środki na takie dostosowanie się.

Nie wiem, czy dobrze zrozumiałam pana wypowiedź, jeżeli chodzi o kierunek zmian. Ja absolutnie nie mówiłam, że duże dyspozytornie mają się dostosować do małych, wręcz odwrotnie. To ma motywować do tego, aby małe dyspozytornie koncentrować i dążyć do uzyskania tego ostatecznego rozwiązania, które jest zapisane w ustawie, czyli 1 dyspozytornia na poziomie województwa. To są kwestie, które zapewne będą rozważane. My przyjmujemy, że po przepracowaniu w całym procesie legislacyjnym tejsze ustawy w konkretnych województwach odbędą się spotkania z wojewodami i szczegółowo będziemy omawiać zasady wdrażania przepisów tejsze ustawy, tak aby zoptymalizować koszty i unikać ryzyk, które są niepotrzebne, których możemy uniknąć przy wdrażaniu tejsze ustawy.

Jeżeli zaś chodzi o koszty wprowadzenia tych stanowisk pracy, to w OSR są przedstawione symulacje. Średnio koszt, jeżeli chodzi o dyspozytora głównego czy kierownika, w przeliczeniu na dobokaretkę w różnych województwach wynosi od maksymalnie 5 zł... od niecałych 6 zł do 1,5 zł w zależności od liczebności zespołu i wielkości dyspozytorni. Tak więc nie jest to aż taki koszt, który mógłby w jakiś sposób utrudnić funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego.



**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.  
Proszę bardzo, pan zgłaszał się pierwszy.

**Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Warszawie  
Karol Bielski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Senatorowie!  
Szanowni Goście!

Karol Bielski, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Warszawie, jednocześnie członek zarządu Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego.

Odnosnie do kwestii finansowych i funkcjonowania dyspozytorni w nowej strukturze, tej zakładanej przez ustawę, powiem tak. To jest tak, że jakkolwiek przepisy ustawy wchodzi w życie, powiedzmy, w krótkim okresie po jej ogłoszeniu, to przepisy dotyczące struktury organizacyjnej zgodnie z zapisami ustawy odpowiednio będą stosowane do dyspozytorni, które jeszcze są u dysponentów, a one mają tam być w okresie przejściowym, do 31 grudnia 2020 r. Jeżeli tak, to przepisy, które zakładają, że odpowiednio będą stosowane przepisy o kierownikach, o głównych dyspozytorach, czyli stanowisku całodobowym, również mogłyby wejść w życie później, zachować ten okres dostosowawczy również do 31 grudnia 2020 r. Pozwoliłoby to, bym powiedział, w sposób w miarę możliwości bezkonfliktowy i bezproblemowy, racjonalnie doprowadzić do stanu, można powiedzieć, oczekiwanego przez ustawodawcę.

Ja chciałbym jeszcze nawiązać do pewnego spotkania związku pracodawców, na którym pani minister również była, co prawda kwoty wtedy nie padały, ale te nasze problemy czy wątpliwości, które się nasuwały w związku z projektem ustawy, zostały wtedy przedstawione. Z informacji uzyskanych od członków związku, a na tym spotkaniu obecnych było 44 dysponentów, wynika, że no niestety, ale będą koszty związane z wprowadzeniem tych przepisów, chociażby przepisów o utrzymaniu dodatkowych całodobowych stanowisk dyspozytorskich. Łącznie z kosztami inwestycyjnymi szacuje się to na ok. 20 milionów zł. Tak więc to jest tak... No, to są oczywiście szacunki, szczegółowe wyliczenia można by było przedstawiać, niemniej jednak propozycja jest taka, by w zakresie dostosowania struktury, bym powiedział, zarządzania dyspozytorniami, chodzi o stanowiska kierowników dyspozytorni, głównych dyspozytorów nieliczonych do liczby przelicznika dyspozytorów na liczbę mieszkańców, do ostatecznej wersji dochodzić stopniowo. To pozwoli podmiotom racjonalnie zagospodarować posiadane środki. Na pewno nie powinien to być termin 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Pani Minister, o odpowiedź.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Józefa Szczurek-Żelazko:**

Szanowni Państwo, ja mam świadomość, że dla wielu małych dyspozytorni będzie to problem, ale w dużych dyspozytorniach, gdzie ta koncentracja środków jest więk-

sza, na pewno nie będzie to miało takiego skutku, o jakim państwo mówicie. No, o projekcie ustawy, o założeniach... Jak państwo wiecie, konsultacjom publicznym te sprawy były poddawane co najmniej od roku i państwo doskonale wiedzieli, że tego typu zmiany są projektowane w ustawie.

Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jeden element. Mianowicie pochodną tej ustawy będą kolejne działania, które będziemy podejmować. Chcielibyśmy m.in. ustalić takie ramowe procedury przyjmowania wezwań. Te ramowe procedury będą musiały się odnosić się do konkretnych struktur, do konkretnych stanowisk, na których będą realizowane te procedury. W sytuacji gdy nie mamy jednolitych struktur w całym kraju, każda dyspozytornia ma własną strukturę, stworzoną na własny użytek, to trudno uporządkować ten system, czyli uporządkować procedury, które – jak państwo wiecie – są bardzo oczekiwane. Państwo na to czekacie i warto, żeby one w miarę szybko powstały.

Szanowni Państwo, decyzje podejmuje państwo senatorowie. Ja przedstawiłam wszystkie argumenty, założenia, jakie przyświecały tworzeniu i projektu ustawy, i samej ustawy, prowadzące do rozwiązań, które znajdują się już w ustawie uchwalonej przez Sejm. Takie były przesłanki. Chodziło o to, aby poprawić jakość przyjmowania zgłoszeń, dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, stąd koncentrowanie, bo to oznacza racjonalne wykorzystywanie sił i środków. I te zapisy mają taki charakter, charakter motywujący.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę bardzo.

**Prezes Zarządu Związku Pracodawców  
Ratownictwa Medycznego  
Samodzielnych Publicznych  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
Małgorzata Popławska:**

Przepraszam, że pozwalam sobie jeszcze raz zabrać głos, ale chciałabym dodać, że – jak pani minister widziała – na spotkaniu, o którym mówił tutaj pan dyrektor Bielski, była bardzo żywa atmosfera podczas dyskusji na temat tego punktu. Otóż ja jeszcze raz chcę wrócić do słów, które powiedział pan dyrektor Bielski. Zarówno ustawa, jak i poddawane już konsultacjom rozporządzenie do ustawy będą wchodziły w życie po 14 dniach. Jest niemożliwe, ażeby wojewodowie w tym okresie wykonali jakikolwiek ruch centralizujący dyspozytornie w tych województwach, w których jest więcej niż 1 dyspozytornia, bo są 2, 4 czy 5. W związku z tym wszystkie dyspozytornie będą musiały się dostosować, zarówno te, w których jest 2 dyspozytorów, jak i te, w których jest kilkanaście stanowisk. Jest to oczywiście uzależnione od tego, jak do tej pory przebiegały te prace. W województwie podkarpackim, jak powiedziałam, jest 5 dyspozytorni, w tym 3 2-osobowe. Te dyspozytornie 2-osobowe... Wojewoda nie będzie mógł w tak krótkim czasie zlikwidować także 2 pozostałych 3-osobowych. Każda z tych dyspozytorni będzie musiała mieć kierownika, to obowiązkowo, fakultatywnie zastępcę. Jak rozumiem, jego nie będzie. Dyspozytornia obligatoryjnie



będzie musiała mieć głównego dyspozytora, do 2 dyspozytorów, i wśród tych 2 dyspozytorów wskazać wysyłającego i przyjmującego, a jeszcze jednego z nich wyznaczyć na zastępcę głównego dyspozytora. Ja nie znam stacji pogotowia, w której stanowisko głównego dyspozytora byłoby samodzielnym stanowiskiem. W dużych dyspozytorniach mamy starszych dyspozytorów... No, może tutaj kolega... Generalnie są to stanowiska zajmowane na zasadzie starszego lekarza dyżuru czy kierującego, ale ze stanu, a nie jako odrębne stanowiska. W rozporządzeniu pojawia się kolejne stanowisko, mianowicie administrator systemu SWD w dyspozytorni, którego nie ma w ustawie.

W związku z tym wydaje nam się, że ten okres 2,5 roku... Nie ma potrzeby budowania całego zaplecza do tych małych dyspozytorni ani tworzenia tych wszystkich stanowisk. Rozumiemy ideę, potrzebę, sens centralizacji, jednakowej struktury, nadzoru, monitoringu pracy dyspozytorów, monitoringu pracy zespołów ratownictwa medycznego. My to wszystko rozumiemy, tylko wydaje nam się, że ten okres powinien być dostosowany do możliwości utworzenia przez wojewodów jak najszybciej dyspozytorni w takiej strukturze, o jakiej mówi ustawa. Do tego czasu zaś dysponentów należy monitorować co do zasad bezpieczeństwa pracy dyspozytorów poprzez urzędy wojewódzkie. Nawet pierwsze kursy dyspozytorów... Cała ustawa jest dostosowana jakby do momentu przejścia dyspozytorni przez urzędy wojewódzkie. Zapisy mówiące chociażby o tym, że dyspozytor ma obowiązek po raz pierwszy przedstawić wojewodzie pisemne zaświadczenie o ukończeniu kursu, wskazują termin dopiero po 21 stycznia 2022 r. Nie chcę zabierać państwu czasu, ale powiem, że jest to dla nas, z punktu widzenia wydatkowania finansów publicznych jeszcze w tym roku, w którym są już przecież uchwalone budżety... Oczywiście wiedzieliśmy o tym, że są takie stanowiska, ale przecież wojewodowie na te stanowiska i na dostosowanie tego w całej Polsce nie przyznali dodatkowych środków finansowych. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Pani Minister.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Szanowni Państwo, ja już przedstawiłam argumenty, które przyświecały tworzeniu tejże ustawy. No, ponieważ rozumiem pewne argumenty, która padają z państwa strony, ale myślę, że gdyby te działania... Może powiem tak. Ze środowiskiem ratownictwa medycznego zarówno pan minister Tombarkiewicz, jak i pan minister Radziwiłł na pewno wcześniej się spotykali, rozmawialiście państwo na ten temat. I była to wiedza powszechna, że podejmujemy takie działania, dążymy do takiej struktury dyspozytorni nie dlatego, że akurat tego chcemy, tylko po to, żeby uporządkować system. Argumentów za uporządkowaniem systemu podałam państwu już wiele. Taka idea nam przyświecała, jeżeli chodzi o wprowadzenie tej zmiany. A w tej chwili, jeżeli będzie tutaj wola...

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę bardzo.

### **Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi Bogusław Tyka:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Pani Minister!

Bogusław Tyka, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

Ja jestem tą czarną owcą, która ma taką dyspozytornię. Ta dyspozytornia funkcjonuje u mnie już od 4 czy 5 lat. Tak że te wszystkie problemy są mi znane. Obecnie przeszliśmy na dyspozytornię wojewody. Taka konstrukcja dyspozytorni wymagała od nas obsługi dużej liczby zgłoszeń i dostępności dla ludzi, którzy chcieli się z nami kontaktować, oczekiwali od nas pomocy. I my to zrobiliśmy – wychodząc naprzeciw, wbrew rozporządzeniom, które w poprzednim okresie obowiązywały – mianowicie zwiększyliśmy liczbę dyspozytorów przyjmujących, wysyłających, wprowadziliśmy etat kierownika dyspozytorni, kierownika zmiany i inne rzeczy, które są opisane w ustawie.

Wydaje mi się, że obecnie, w momencie legislacyjnym, w którym się znajdujemy, bardzo istotnym problemem jest art. 1 ust. 33, który w art. 36 dodaje ust. 4 i 5 w brzmieniu: „Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest lekarz systemu. Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wskazana przez dysponenta jednostki”. Proszę państwa, tym punktem zamykamy drogę do ratownictwa medycznego wszystkim adeptom wyższych szkół i uczelni, którzy uzyskują tytuł licencjata czy magistra i wchodzi do tego systemu. No, tak naprawdę nie ma dla nich miejsca. Poza tym ścisłe określenie, że ma to być 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego wyłącza z systemu wszystkie pielęgniarki, które pracują w SOR, wszystkich ratowników, którzy pracują w SOR. Czyli generalnie rzecz biorąc, jest tu jedna kwestia dotycząca edukacji, ale jest i druga, kluczowa, a mianowicie taka, że tak naprawdę będziemy mieli taką liczbę ratowników, że nie będziemy w stanie zabezpieczyć systemu. Podam przykład. Kiedy jest kontrola... W sytuacji, kiedy ma miejsce zdarzenie, pierwszy dokument, jaki jest sprawdzany, dotyczy doświadczenia i wymaganego wykształcenia oraz kwalifikacji na danym stanowisku medycznym. W związku z tym wystawienie takiego ratownika jako kierownika zespołu jest niejako wystawieniem tego człowieka pod pręgierz prokuratora, i równocześnie wystawieniem kierownika jednostki pod pręgierz prokuratora. Z punktu widzenia kierownika jednostki wolę nie wystawić takiego zespołu, aniżeli zrobić komuś krzywdę. Wydaje się, że ten punkt jest bardzo ważny i należałoby go w jakiś sposób przepracować, tak aby umożliwić dostęp innym, jakby to powiedzieć, pracownikom medycz-

nym, tym, którzy mieli dostęp do ratownictwa medycznego, i wydłużyć okres – przynajmniej w takiej formie, jaka w tej chwili dotyczy dyspozytorów medycznych – w którym będzie można wprowadzać ratowników na miejsce kierowników zespołów ratownictwa medycznego. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję.

Proszę, Pani Minister.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Szanowni Państwo, ten artykuł, o którym pan tutaj wspominał, dotyczy kierowników zespołów ratownictwa medycznego, podkreślam, kierowników. Zespoły są 2- lub 3-osobowe. Taki był wniosek środowiska, ponieważ zdarzały się sytuacje, że świadczeń udzielały 2 osoby z zespołu ratownictwa medycznego będące tuż po ukończeniu szkoły albo mające krótki staż. Tak więc to jest dla bezpieczeństwa. Trzeba pamiętać też o tym, że mamy coraz więcej zespołów bez lekarza, czyli zespołów tzw. podstawowych. I teraz ze względów bezpieczeństwa wprowadzamy wymóg dla kierownika zespołu, który będzie mógł pracować z pozostałymi ratownikami, absolwentami studiów ratowniczych. Ten przepis w żaden sposób nie zamyka dostępu młodych ratowników, czy to po licencjacie, czy po studiach, do świadczenia usług w zespołach ratownictwa medycznego. Oni tylko nie mogą w okresie tych 5 lat zostać kierownikami, czyli muszą nabyć doświadczenie, żeby mogli być kierownikami zespołu ratownictwa medycznego.

### **Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi Bogusław Tyka:**

Pani Minister, ja się z tym absolutnie zgadzam, tylko problem polega na tym, że chyba nie zrobiliśmy badania, ilu jest ratowników i ile pielęgniarek ratunkowych z takim stażem. Myślę, że tutaj chyba tkwi błąd.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos?

Proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

### **Przewodnicząca Polskiej Rady Ratowników Medycznych Edyta Wcisło:**

Dzień dobry.

Szanowni Państwo! Pani Minister! Panie Ministrze!

Edyta Wcisło, Polska Rada Ratowników Medycznych.

Ja chciałabym podkreślić, że ustawa, o której dzisiaj rozmawiamy, jest kwintesencją dialogu prowadzonego między Ministerstwem Zdrowia a środowiskiem ratowników medycznych. Wszystkie zapisy tej ustawy miały służyć bezpieczeństwu ratowników medycznych, którzy znajdują zatrudnienie na umowach o pracę, i wszystkim innym elementom z tym związanym. Miały one służyć przede

wszystkim bezpieczeństwu pacjentów. Główny dyspozytor, który ma nadzorować pracę, kierownik dyspozytorski z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem, który ma analizować jakość przyjmowanych zgłoszeń, 5-letnie doświadczenie kierowników zespołów ratownictwa medycznego – to wszystko jest po to, żeby móc efektywnie udzielać medycznych czynności ratunkowych i żeby ten system działał jednakowo na terenie całej Polski. Dzisiaj, jeśli chodzi o liczbę dyspozytorski i ambulans, wyposażenie, doświadczenie ratowników w zespołach ratownictwa medycznego, to, jak wiemy, to wszystko wygląda różnie. Chcielibyśmy, żeby wszędzie pacjenci mieli taki sam dostęp do świadczeń i żeby te świadczenia były udzielane dobrze, efektywnie i na takim samym poziomie. Pan minister Radziwiłł, który rozmawiał ze środowiskiem, a także minister Tombarkiewicz, a teraz też pani minister Żelazko, wszyscy znają zdanie środowiska. Wiemy, że w tym wszystkim najważniejszy jest pacjent. Tak że ustawa i te zapisy były szeroko dyskutowane. Od 2,5 roku trwa proces legislacyjny, toczą się prace nad tą ustawą i mamy nadzieję, wierzymy w to, że teraz to wszystko uda się uporządkować. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

To był głos w dyskusji.

Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby zabrać głos?

Ja na koniec mam jedno pytanie. To jest tzw. mała nowelizacja ustawy o ratownictwie. Czy jest w projekcie procedowanie nad dużą nowelizacją? Pytam, bo ta nowelizacja była zdecydowanie szersza i dotyczyła szczególnie środowiska ratowników medycznych. Czy ewentualnie jakieś terminy ramowe mogłaby pani określić, Pani Minister?

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Duża nowelizacja jest w tej chwili po konsultacjach publicznych. Wpłynęło sporo uwag i będziemy organizować konferencję uzgodnieniową. Tak że na takim etapie jest ta duża nowelizacja.

Chciałabym też powiadomić państwa, że do tej ustawy musimy wydać jeszcze kilkanaście aktów wykonawczych. Ta ustawa upoważnia ministra zdrowia, deleguje uprawnienie do wydania tych aktów, które będą w sposób systemowy... One będą, tak jak pani dyrektor wskazała, porządkować system.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.

Ogłaszam 10 minut przerwy.

*(Przerwa w obradach)*

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Wznawiam obrady senackiej Komisji Zdrowia.

Zakończyliśmy etap dyskusji i pytań do pani minister.

Teraz chciałbym przedstawić 5 poprawek do tej ustawy. (*Głos z sali*: 3 poprawki.)

Ale są te 2 redakcyjne, które liczymy oddzielnie.

Pierwsza poprawka polega na tym, aby w art. 1 w pkt 8 po lit. c dodać lit. ca. Po ust. 10 dodaje się ust. 10a–10c w następującym brzmieniu.

Ust. 10a: „Ratownik medyczny w ramach realizacji zadań zawodowych, o których mowa w ust. 3 pkt 1–11, oraz pielęgniarka systemu wykonująca medyczne czynności ratunkowe, mogą udzielić świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeśli wymaga on niezwłocznej pomocy, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

Ust. 10b: „Decyzję o udzieleniu świadczeń zdrowotnych w okolicznościach, o których mowa w ust. 10a, ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu są zobowiązani, w miarę możliwości, skonsultować z lekarzem wskazanym przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego”.

Ust. 10c: „Okoliczności, o których mowa w ust. 10a i 10b, ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu odnotowują odpowiednio w karcie indywidualnej ratownika medycznego albo w dokumentacji medycznej pacjenta”.

Konsekwencją tej poprawki są zmiany w innych ustępach. Pierwsza z nich jest taka. Wprowadzamy zmianę w art. 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Po art. 3 ustawy należy dodać art. 3a w następującym brzmieniu.

W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta art. 19 otrzymuje brzmienie: „Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, ratownika medycznego oraz pielęgniarkę systemu pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i art. 18, określają odpowiednie przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 11 ust. 10a–10c ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym”. *Dziennik ustaw z roku 2017*. Druga zmiana. Należy uzupełnić odnośnik nr 1 do ustawy o wskazanie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Krótkie uzasadnienie do tej poprawki. Obecnie jest tak, że aby udzielić świadczeń zdrowotnych, trzeba uzyskać zgodę pacjenta na udzielenie takich świadczeń. Wyjątek stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, kiedy taka zgoda nie jest wymagana, czyli w określonych sytuacjach. Powoduje to wątpliwości w kontekście udzielania świadczeń przez ratownika medycznego i pielęgniarkę systemu. Osoby te udzielają świadczeń zdrowotnych w szczególności osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, kiedy uzyskanie zgody nie jest możliwe bądź wymaga to dłuższego czasu. Na tę kwestię zwrócił uwagę również rzecznik praw dziecka w kontekście udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom w szkole czy placówce opiekuńczej lub wychowawczej.

Pani Minister, od razu zapytam: jaka jest opinia ministerstwa, jeżeli chodzi o tę poprawkę?

## **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Opinia ministra zdrowia jest pozytywna.

## **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

A opinia Biura Legislacyjnego?

## **Starszy Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński:**

Biuro nie wnosi uwag co do samej treści poprawki. Jednak chcemy zwrócić uwagę, że chociażby w aspekcie formalnym poprawka ta wykracza poza zakres materii zawarty w ustawie przekazanej Wysokiej Izbie. Na etapie prac legislacyjnych w Sejmie ten problem nie był podnoszony, jeśli chodzi o merytorykę projektu. Ponadto pragnę zwrócić uwagę na to, że dokonujemy nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która nie została zawarta w przedłożeniu rządowym i nie była procedowana na etapie prac legislacyjnych w Sejmie. Dziękuję bardzo.

## **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Czy pani minister może do tego się ustosunkować?

## **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Ta poprawka rzeczywiście powstała po ostatnich interwencjach rzecznika praw dziecka, który zwrócił uwagę na to, że coraz więcej jest zdarzeń, szczególnie w placówkach opiekuńczych czy edukacyjnych, kiedy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia pomocy, a skontaktowanie się z opiekunem prawnym bądź rodzicem dziecka jest niemożliwe. Kwestia ta jest nieuregulowana i stąd taka sugestia rzecznika praw dziecka, aby podjąć działania mające na celu w natychmiastowym trybie uregulowanie tej kwestii. W związku z tym, korzystając ze sposobności, że ta ustawa jest procedowana i dotyczy sposobu realizacji zadań zawodowych przez ratowników medycznych, wydajemy pozytywną opinię, tak żeby znalazło się to w tej ustawie.

## **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Ja jeszcze dodam pewną informację celem uzupełnienia tego uzasadnienia. Rzecznik praw pacjenta wskazuje, że w roku szkolnym 2015/2016 było ponad 65 tysięcy wypadków z udziałem dzieci. A ponieważ obecnie zdecydowanie więcej jest zespołów ratownictwa medycznego bez lekarza, wydaje się uzasadnione to, żebyśmy taką poprawkę wprowadzili.

Pozwolę sobie poddać ją pod głosowanie.

Kto z państwa...

(*Starszy Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński*: Nie teraz.)

Nie teraz?

(*Starszy Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński*: Być może będę zmuszony...)

Aha, no to wszystkie razem. Okej, rozumiem.



Pan legislator sugeruje, że może zostać zgłoszona jeszcze jakaś poprawka, która wykluczy tę poprawkę, więc będziemy głosowali w bloku głosowań.

Poprawka druga. W art. 1 po pkt 21 dodaje się pkt 21a w następującym brzmieniu.

W art. 24b ust. 1 i 2 otrzymują następujące brzmienie.

Ust. 1: „SWD PRM zapewnia bezpieczne przetwarzanie danych, w tym kontrolę dostępu użytkowników do danych, oraz dokumentuje dokonywane przez nich zmiany, umożliwiając w szczególności odtworzenie historii każdego zgłoszenia alarmowego i powiadomienia o zdarzeniu”.

Ust. 2: „Minister właściwy do spraw zdrowia, wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego przetwarzają dane zarejestrowane w SWD PRM, w tym nagrania rozmów telefonicznych, dane osobowe osoby zgłaszającej, dane innych osób wskazanych w trakcie przyjmowania zgłoszenia, pozycje geograficzne, dane teleadresowe lub opis zdarzenia, i udostępniają je na wniosek sądu, prokuratury, Policji, Rzecznika Praw Pacjenta lub Narodowego Funduszu Zdrowia”.

W konsekwencji przyjęcie tej poprawki powoduje, że po pierwsze, w art. 1a pkt 22, w zmienionym art. 24c w ust. 2 i 3 należy skreślić pkt 1, a po drugie, w art. 24 pkt 3 należy uwzględnić art. 1 pkt 21a.

Uzasadnienie tej poprawki jest takie, że definicja zostaje rozszerzona. Teraz będzie ona uwzględniała oprócz przyjmowania tzw. zgłoszeń alarmowych z centrum powiadamiania ratunkowego również powiadomienia o zdarzeniach. Obecnie odnosi się tylko do zgłoszeń alarmowych.

Pani Minister, jaki jest do tego stosunek ministerstwa?

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Opinia ministra zdrowia jest pozytywna. Jeżeli zaimplementujemy tę poprawkę do porządku prawnego, ona tak naprawdę będzie funkcjonować od 2021 r., kiedy to wojewodowie przejmą dyspozytornie medyczne. Obecnie oni administrują danymi na podstawie porozumienia, więc to porządkuje system.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Pan legislator?

### **Starszy Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński:**

Biuro Legislacyjne nie ma uwag do przedmiotowej poprawki.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Poprawka trzecia.

W art. 20 wyrazy „31 grudnia 2018 r.” zastępuje się wyrazami „31 marca 2019 r.”. W konsekwencji przyjęcia tej poprawki art. 24 – to jest lit. a – pkt 2 otrzymuje następujące brzmienie.

Pkt 2: „Art. 1 pkt 21 w zakresie art. 24a ust. 1 pkt 1 i 3, ust. 3 pkt 1 i ust. 4–6, pkt 21a, pkt 22, pkt 23 w zakresie art. 24f ust. 3 i art. 24g, pkt 27 lit. a tiret pierwsze, lit. e i f, pkt 28 w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.”.

Teraz lit. b. Po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu: „Art. 1 pkt 2 lit. a i pkt 17, które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.”.

Uzasadnienie do tej poprawki jest takie: gdy weźmiemy pod uwagę opóźnienie związane z terminem wejścia ustawy w życie, czyli wymienionej ustawy, która pierwotnie powinna wejść w I kwartale 2018 r., zasadne jest przesunięcie obowiązywania umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego do końca I kwartału 2019 r.

Proszę o opinię panią minister.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Opinia jest pozytywna. Rekomendujemy przyjęcie tej poprawki. Faktycznie ze względu na opóźnienia w procesie legislacyjnym potrzebny jest dodatkowy czas na przygotowanie wszelkich kwestii związanych z kontraktowaniem świadczeń, w tym określenie rejonów operacyjnych. Poprawka jest zasadna.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Biuro Legislacyjne?

### **Starszy Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński:**

Biuro nie ma uwag do wskazanej poprawki. Jednocześnie chcemy zwrócić uwagę, że Biuro Legislacyjne pozwoli sobie zredagować przedstawione przez pana przewodniczącego poprawki zgodnie z zasadami redakcji poprawek przyjętymi w Kancelarii Senatu. Nie będzie to miało wpływu na merytoryczną treść poprawek. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Poprawka czwarta.

W art. 1 w pkt 15, art. 17... w ust. 2 w pkt 2 po wyrazie „decyzji” dodaje się wyraz „administracyjnej”. Jest to doprecyzowanie. Tak zawierały inne przepisy ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. To jest uwaga redakcyjna.

Pani Minister?

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:**

Opinia pozytywna.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Okej.  
Poprawka piąta.

W art. 20 wyrazy „w życia” zastępuje się wyrazami „w życie”. To był błąd językowy.

Pani Minister?



## Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Tak, oczywiście opinia pozytywna.

### Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zgłosić jeszcze jakieś poprawki? Skoro nie ma chętnych, to przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem pierwszej poprawki? (5)

Kto się wstrzymał? (1)

Kto jest przeciw? (0)

Poprawka uzyskała większość komisji.

Poprawka druga.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka trzecia.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)

Poprawka czwarta.

Kto jest za? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka piąta.

Kto jest za? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Teraz głosujemy nad przyjęciem ustawy w całości z przyjętymi poprawkami.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej ustawy z poprawkami? (5)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (0)

Okej.

Komisja przyjęła ustawę wraz z przyjętymi poprawkami.

Kto z państwa chce być sprawozdawcą tej ustawy?

Dziękuję. Czyli ja.

*(Wesołość na sali)*

Ogłaszam 3 minuty przerwy.

Zamykam tę część posiedzenia komisji.

*(Przerwa w obradach)*

### Przewodniczący Waldemar Kraska:

Mamy kworum? Mamy.

Witam państwa na drugiej części posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia.

W drugim punkcie mamy do rozpatrzenia ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Witam panią minister Katarzynę Głowąłą wraz ze współpracownikami.

I od razu przystępujemy do procedowania. Proszę panią minister o krótkie przedstawienie założeń tej ustawy.

## Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowąła:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Zaproszeni Goście!

Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia został wprowadzony ustawą z 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która to ustawa weszła w życie 30 września 2016 r. IOWISZ stanowi narzędzie pozwalające kompleksowo ocenić zasadność rozważanej inwestycji w ochronie zdrowia. Jednym z priorytetów, jeśli chodzi o zmiany w służbie zdrowia zaprojektowane na początku kadencji nowego rządu, był wzrost efektywności wydatków, czyli lepsze dysponowanie ograniczonymi środkami. IOWISZ jest instrumentem gwarantującym racjonalne, przejrzyste wydatkowanie środków publicznych.

W latach 2016–2018 złożono łącznie 1 tysiąc 426 wniosków, w tym 213 do ministra zdrowia i 1 tysiąc 213 do wojewodów. Odrzucono 424 z nich, tj. 30%, w tym 75 wniosków do ministra zdrowia. Wydano łącznie 978 opinii, w tym 134 opinie ministra zdrowia, przy czym 833 opinie, czyli 86%, były pozytywne. Minister zdrowia wydał 100 pozytywnych opinii. Złożono łącznie 84 protesty, w wyniku których wydano 42 pozytywne i 24 negatywne opinie w sprawie protestu.

Teraz proponowane zmiany. Otóż zmiany zaproponowane w niniejszym projekcie wynikają z dotychczasowego doświadczenia, jak również wychodzą one naprzeciw postulatowi zgłaszanemu przez podmioty składające oraz opiniujące wnioski o wydanie opinii o celowości inwestycji. Kolejnym argumentem za nowelizacją ustawy jest to, że są to przede wszystkim zmiany racjonalizatorskie, wynikające z praktycznego zastosowania tego instrumentu, jak również ze stosowania dotyczących go przepisów prawa i ich interpretacji.

Jeżeli chodzi o szczegółowe zmiany, to przede wszystkim dodano możliwość wystąpienia z wnioskiem o wydanie opinii o celowości inwestycji, która będzie miała charakter obligatoryjny lub fakultatywny. Opinia będzie obligatoryjna w przypadku inwestycji, na które podmiot leczniczy zamierza uzyskać dotację z budżetu państwa, przy czym pozytywna opinia będzie składana wraz z wnioskiem o dotację. Obowiązek przedłożenia wniosku nie będzie dotyczył inwestycji, która ma być finansowana lub współfinansowana z dotacji w wysokości nie wyższej niż 1 milion zł, uzyskanej przez podmiot leczniczy od podmiotu tworzącego, którym jest minister obrony narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, bez względu na wartość inwestycji, która ma być realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa. Charakter fakultatywny będzie ona miała w pozostałych przypadkach, w których odrębne instytucje lub organy mogą wymagać posiadania pozytywnej opinii o celowości inwestycji.

Następne zmiany dotyczą tzw. podmiotowego charakteru ustawy. Dotyczy to podmiotów, które będą uprawnione do składania wniosków. W świetle projektu opinii o celowości inwestycji wydaje się na wniosek podmiotu

wykonującego działalność leczniczą, podmiotu zamierzającego utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą, a także podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą. Rozszerzenie tego zakresu jest podyktowane licznymi postulatami kierowanymi do ministra, w szczególności ze strony władz jednostek samorządu terytorialnego oraz uczelni medycznych. W ocenie projektodawcy zaproponowana zmiana przyczyni się do uniknięcia sytuacji, w której konieczne byłoby faktyczne utworzenie podmiotu leczniczego, aby ten podmiot mógł ubiegać się o wydanie opinii, gdyż nie byłoby możliwości złożenia wniosku wcześniej, przez podmiot tworzący, który dopiero zamierzałby podmiot leczniczy utworzyć.

Jeżeli chodzi o pozostałe zmiany, tym razem w zakresie przedmiotu ustawy, to zmiany te dotyczą przede wszystkim rozszerzenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, wobec których istnieje możliwość złożenia wniosku. Przypominam, że zgodnie z obecną ustawą dotyczy to leczenia szpitalnego, POZ i AOS. Rozszerzamy to o kolejne dziedziny, wobec których będzie istniała możliwość złożenia wniosku.

Kolejna zmiana to umożliwienie uzyskania fakultatywnej opinii niezależnie od wartości inwestycji, we wszystkich przypadkach. W ustawie zdefiniowano tzw. inną inwestycję, oczywiście na podstawie przepisów prawa budowlanego; doprecyzowano kwestię zmiany adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub połączenia, podziału albo przekształcenia spółek w rozumieniu kodeksu spółek handlowych; przede wszystkim dokonano też zmiany uszeregowania w przypadku, gdy wniosek dotyczy nie tylko jednej dziedziny medycyny, ale wielu dziedzin; zróżnicowano wysokość opłat za złożenie wniosku w zależności od tego, czy inwestycja, której to dotyczy, ma mieć charakter złożony, wieloprofilowy, czy nie; wprowadzono mechanizm autokontroli; nałożono na ministra obowiązek uwzględnienia w opinii w sprawie protestu elementu weryfikacji oceny celowości; rozszerzono katalog podmiotów, w odniesieniu do których nie wydaje się opinii, o podmioty lecznicze prowadzone w formie jednostki budżetowej; uzupełniono wykaz elementów, jakie musi zawierać wniosek, a także – i to jest podstawa – ukonstytuowano drugi, obok dotychczasowego, formularz IOWISZ, który będzie dotyczył tzw. inwestycji odtworzeniowych.

To wszystko. Jestem do dyspozycji państwa senatorów.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.

Pani Legislator, czy ma pani jakieś uwagi? Brak uwag.

Teraz proszę państwa senatorów o ewentualne pytania do pani minister.

Pan senator Grodzki. Proszę bardzo.

### **Senator Tomasz Grodzki:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, to jest niewątpliwie pożyteczna regulacja, ale mam pytanie szczegółowe, dotyczące środków, które pozostają w dyspozycji poszczególnych wojewodów. Rozumiem, że każdy wojewoda dostanie tyle pieniędzy,

ile jest w tej tabeli, czyli kwotę rzędu 200 tysięcy rocznie. Czy jednak na wszystkich jest 200 tysięcy rocznie? To jest pierwsze pytanie.

I drugie pytanie. Czy muszą być pobierane te opłaty za składanie wniosku? No, rozumiem, że one nie są może szczególnie duże, ale jak będzie chodziło o budowę szpitala z wieloma dyscyplinami, no to już się trochę zbierze – 4 tysiące za pierwszą dziedzinę, potem 1 tysiąc za każdą inną. Czy to jest konieczne? Bo nie sądzę, żeby wpływy z 1 tysiąca 400 wniosków były, że tak powiem, dramatycznie wysokie, a jednak dla tych jednostek może to być czasami pewnym obciążeniem. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Pani Minister.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:**

Jeżeli chodzi o ocenę skutków regulacji – bo domniemywam, że o to panu senatorowi chodzi – to są to środki dla każdego wojewody. Dotyczy to etatów, które musimy zabezpieczyć w związku z rozszerzeniem zakresu tych zmian, które dotyczą... Wiadomo, że nakładamy nowe zadania, w związku z tym chcielibyśmy uzupełnić też zasoby kadrowe. Ocena takiej inwestycji niesie ze sobą dużo zadań, a jest to praca wymagająca dużej skrupulatności. W związku z tym minister zdrowia podjął decyzję o tym, żeby jednak wyposażyć i wojewodów, i organy centralne w odpowiednie kadry, które będą się tym zajmować. A więc to są środki dla każdego wojewody, to są etaty dla każdego wojewody. One będą uzależnione od liczby wniosków.

Jeżeli zaś chodzi o wysokość opłaty, to przypomnę, że ta opłata jest tak jakby motorem, zobligowaniem do tego, żeby ten wniosek został zrobiony dobrze. Jest to pewien instrument nakładający na jednostkę... Jeżeli jednostka wkłada swoje środki na opłatę, to będzie musiała ten wniosek wypełnić dobrze, zgodnie z wszelkimi zasadami. Ta opłata jest teraz identyczna w przypadku wszystkich inwestycji. W projekcie, który macie państwo przed sobą, uzależniamy wysokość opłaty od wielkości inwestycji i od liczby dziedzin, których inwestycja dotyczy, a więc tak jakby naprawiamy coś, co do tej pory nie było wprost proporcjonalne do wielkości inwestycji i do ilości środków, których inwestycja dotyczyła. I to właśnie w tym projekcie naprawiamy.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Pani Minister.

Czy jeszcze ktoś z państwa senatorów ma jakieś pytania?

Pan minister Radziwiłł. Proszę.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, mam może nie tyle pytanie, co taki krótki komentarz, ad vocem tego, co przed chwilą pojawiło się w pytaniu, a w zasadzie w dwóch. Prawdę mówiąc, pytanie drugie wiąże się już z odpowiedzią. No, po prostu to wszystko kosztuje, a skoro kosztuje, to ktoś za to musi

zapłacić, i nasuwa się pytanie, dlaczego akurat państwo miałyby zapłacić za wnioski, które jednak mają charakter inwestycyjny. Prawda?

*(Senator Tomasz Grodzki: Z kieszeni do kieszeni...)*

No, nie z kieszeni do kieszeni, bo to są jednak różne kieszenie.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Szanowni Państwo, myślę, że mamy tutaj do czynienia... To, powiedziałbym, małe zainteresowanie tym, co się dzieje w tej chwili w Senacie – dotyczy to tej ważnej ustawy – pokazuje, że mamy do czynienia z rozwiązaniem, które po prostu działa bardzo dobrze. Jest to przykład bardzo dobrej legislacji, dlatego że po ponad roku działania tego instrumentu, jakim jest IOWISZ, po zebraniu określonych doświadczeń, w tej chwili debatujemy nad rozwiązaniami koniecznymi do jeszcze większego udoskonalenia tego narzędzia. Wszystko to, o czym pani minister mówiła, jest po prostu owocem ciężkiej pracy nad tymi wnioskami, która odbyła się już w Ministerstwie Zdrowia, a także w urzędach wojewódzkich czy w oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. Te doświadczenia pokazują po prostu, że szereg tych rozwiązań, które w tej chwili chcemy wprowadzić, to rozwiązania, które udoskonaliły to narzędzie – narzędzie, którego wprowadzenie było bezsprzecznie, bezdyskusyjnie pozytywnym pomysłem. Ono z jednej strony pozwala bronić się przed niemądrymi inwestycjami, przed wydawaniem środków publicznych, wyrzucaniem ich w błoto, mówiąc krótko... I to nie jest teoria, bo w historii naszego systemu służby zdrowia, który jest, jak często się mówi, biedny, biedny, biedny, wydawaliśmy bardzo dużo pieniędzy w sposób nieracjonalny, kupując różnego rodzaju urządzenia, maszyny, inwestując w różne rzeczy, które... No, nawet nie zakładam tu złej woli, chociaż myślę, że jakby się dobrze rozejrzeć, to pewnie i zła wola by się znalazła. Przede wszystkim wielu decydentów posługiwało się intuicją, jakimiś takimi ludzkimi przeczuciami, a nie racjonalną oceną faktów. No i dzięki różnego rodzaju narzędziom, którymi dysponujemy, przede wszystkim dzięki mapom potrzeb zdrowotnych, ale również dzięki innym narzędziom, jest możliwa w tej chwili ocena, czy pomysł inwestycyjny jest w ogóle dobry. Myślę, że trzeba dostrzegać w IOWISZ przede wszystkim obronę przed nieracjonalnym wydatkowaniem środków inwestycyjnych, ale również – i to jest też niesłychanie ważne, bo to jest znacznie bardziej długofalowe działanie – przed tworzeniem dodatkowej podaży, która z reguły, jak wiadomo, powoduje wzrost wydatków bieżących Narodowego Funduszu Zdrowia, a one nie zawsze są uzasadnione. Wydaje się, że rola tarczy chroniącej przed nierozsądnymi wydatkami inwestycyjnymi, a także przed nierozsądnymi wydatkami w zakresie finansowania świadczeń, które nie są konieczne, jest zupełnie fundamentalna.

Ale jest jeszcze druga rola IOWISZ, który jest nie tylko tarczą, ale również wsparciem dla tych, którzy mają jakieś

pomysły na innowacje, którzy chcą zainwestować, także w oparciu o środki, które trzeba pozyskać z zewnątrz – często jest to mieszany wysiłek – i nie do końca wiedzą, w jaki sposób działać. Wydaje się, że wprowadzenie tego dodatkowego elementu, fakultatywnej oceny pomysłu inwestycyjnego, ma tutaj kolosalne znaczenie, bo to oznacza, że to narzędzie, jakim jest IOWISZ, będzie już, tak jakby poprzez wyprowadzenie tej oceny z miejsca, w którym pomysł się rodzi... No, jest to również mechanizm, narzędzie, które może być wykorzystywane do tego, żeby zmodyfikować pomysł inwestycyjny w oparciu o rzeczywiste potrzeby, które wiążą się i z mapą potrzeb zdrowotnych, i z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej, i z różnymi innymi aspektami.

Tak że jest to moim zdaniem bardzo dobry przykład aktu legislacyjnego, który odpowiada na zebrane doświadczenia, te ponadroczne doświadczenia zebrane do tej chwili – w tym mieszczą się także te opłaty, te różne aspekty techniczne, o których pani minister mówiła – a także wychodzi naprzeciw... Od początku, od kiedy wprowadziliśmy to narzędzie, wiedzieliśmy, że pójdziemy w kierunku rozszerzenia zakresu podmiotowego. Nie tylko te dziedziny, te części służby zdrowia, ale i wszystkie inne powinny temu podlegać. I w tym kierunku w tej chwili się to rozwija. To jest moim zdaniem jeden z argumentów za tym, że racjonalizacja systemu służby zdrowia jest elementem równie ważnym, jak dofinansowanie go. Potrzeba więcej pieniędzy, ale potrzeba również bardziej rozsądnego ich wydawania. I ten projekt niewątpliwie to realizuje. Bardzo dziękuję pani minister, a także jej współpracownikom, za przygotowanie takiego doskonałego projektu.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

No, ja też się przyłączę do gratulacji, bo rzeczywiście, Pani Minister, nie jest łatwo Biuro Legislacyjne zadowolnić, tak żeby Senat bez poprawek jakąś ustawę przyjął. Szczególnie pani Bożena Langner jest bardzo dociekliwa i zawsze ma jakieś uwagi, a dzisiaj wyjątkowo nie miała żadnych, więc gratuluję.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Jeżeli nie, to przystępujemy do głosowania.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, oczywiście bez poprawek? (5)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Ustawa została przez komisję przyjęta.

Proponuję, żeby pan senator, minister Konstanty Radziwiłł, był sprawozdawcą. Czy pan wyraża zgodę? Tak. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 05)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii