



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (75.)
w dniu 10 lipca 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 903, druki sejmowe nr 2678, 2714 i 2714-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 8 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam wszystkich na siedemdziesiątym piątym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Witam panie i panów senatorów. Witam pana ministra zdrowia Sławomira Gadomskiego, zresztą pierwszy raz na posiedzeniu Komisji Zdrowia; liczymy na to, że będzie częściej do nas przybywał. Witam współpracowników pana ministra. Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej.

W dzisiejszym porządku obrad mamy 1 punkt: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw; druk senacki nr 903, druk sejmowy nr 2678, 2714 i 2714-A.

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

Przystępujemy do procedowania.

Panie Ministrze, proszę o krótkie przedstawienie założeń tej ustawy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Dziękuję.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

W 2017 r. rozpoczęły się negocjacje z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, które zakończyły się 8 lutego podpisaniem przez ministra zdrowia porozumienia z przedstawicielami tegoż porozumienia. Strony porozumienia jako podstawowy cel swoich działań określiły zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawę ich jakości, m.in. poprzez zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia, a także zagwarantowanie lepszych warunków pracy kadrom medycznym. Realizując postulaty porozumienia, rząd zdecydował, że środki na ochronę zdrowia będą stopniowo rosły, osiągając poziom 6% PKB w 2024 r., tj. o rok wcześniej, niż planowano w poprzedniej ustawie. W 2017 r. przyjęto założenie, że poziom ten ma być zrealizowany w 2025 r. Proponowana ustawa zakłada również bardziej elastyczne i dostosowane

do potrzeb systemu ochrony zdrowia rozwiązanie, zgodnie z którym dodatkowe środki finansowe w pierwszej kolejności przeznaczone będą na finansowanie z budżetu państwa świadczeń gwarantowanych w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Drugą grupą najważniejszych postulatów uzgodnionych w porozumieniu było uregulowanie kwestii przeznaczania środków publicznych na podwyższanie wynagrodzeń lekarzy specjalistów oraz lekarzy rezydentów. Projektowana ustawa zakłada wprowadzenie zachęt dla młodych lekarzy – tzw. dodatku patriotycznego – do podejmowania pracy na terytorium Rzeczypospolitej w podmiotach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku lekarzy rezydentów lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury w kategorii określanej jako niepriorytetowa otrzyma zwiększenie wynagrodzenia o 600 zł miesięcznie brutto, natomiast w dziedzinie określonej jako priorytetowa – o 700 zł miesięcznie brutto. Otrzymanie wyższego wynagrodzenia jest uwarunkowane złożeniem zobowiązania do przepracowania łącznie 2 z kolejnych 5 lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie finansowanym ze środków publicznych.

Proponowana ustawa zakłada także zmianę zasad finansowania dyżurów medycznych pełnionych w ramach programu specjalizacji. Przyjęto rozwiązanie, że lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne będzie przysługiwało wynagrodzenie za pełnienie dyżuru na podstawie umowy o pracę z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, przy czym finansowane z budżetu państwa będzie 40 godzin i 20 minut dyżuru w miesiącu. Z jednej strony poprawi to oczywiście kondycję finansową podmiotów zaangażowanych w kształcenie specjalizacyjne, a z drugiej strony minister zdrowia zyska lepsze narzędzia do kontrolowania prawidłowości szkolenia specjalizacyjnego rezydentów.

W przypadku lekarzy specjalistów proponowana ustawa zakłada wzrost wysokości wynagrodzenia zasadniczego do poziomu 6 tysięcy 750 zł brutto miesięcznie w przeliczeniu na 1 etat, pod warunkiem zatrudnienia na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych, a także zobowiązania się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innych świadczeniodawców realizujących umowę we wskazanych zakresach.

Istotną zmianą, którą wnosi ustawa dla lekarzy i lekarzy dentyistów pracujących w publicznym systemie ochrony zdrowia, jest objęcie ich ochroną prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu, a przez to wzmocnienie zapewnienia warunków do niezakłócanego i należytego udzielania świadczeń zdrowotnych. Należy również zauważyć, że proponowana ustawa przewiduje uchylenie przepisu umożliwiającego pracownikom pracę powyżej 48 godzin tygodniowo – tzw. klauzula opt-out – co przede wszystkim przełożyć się powinno na poprawę warunków zatrudnienia oraz jakość udzielanych świadczeń. Klauzula opt-out powinna przestać obowiązywać dopiero od 2028 r.

Warte zauważenia na koniec jest to, że co do zasady ustawa ma obowiązywać po 14 dniach od daty jej ogłoszenia, natomiast wszelkie podwyżki czy to lekarzy rezydentów, czy lekarzy specjalistów mają być naliczane od dnia 1 lipca 2018 r. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Ponieważ nie mamy opinii pisemnej Biura Legislacyjnego, proszę panią legislator o ustne przedstawienie tej opinii.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Przepraszam państwa, ale po prostu nie zdążyłam przełać tego na papier. Postaram się powiedzieć wszystko do mikrofonu, żeby państwo nie byli poszkodowani przez to, że nie ma tekstu na piśmie.

Chciałbym wspomnieć – taki fragment, taka informacja zawsze znajduje się w naszej opinii – że ten projekt był rządowy, wpłynął do Sejmu 28 czerwca. Pierwsze czytanie odbyło się w Komisji Zdrowia. Komisja w sprawozdaniu zawarła kilka zmian, m.in. wprowadziła zmianę do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zmianę do art. 47 ust. 1b. Warto na to zwrócić uwagę, ponieważ to jest zmiana, która dotyczy dostępu do środków medycznych w przypadku dzieci, czyli osób do szesnastego roku życia. Podnoszono to przy okazji ustawy o wsparciu osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym; rozumiem, że tam chodziło przede wszystkim o pieluchy. Nastąpiło uzupełnienie, w ślad za tą ustawą, która dotyczyła osób dorosłych... To zostało wprowadzone na etapie prac legislacyjnych w Komisji Zdrowia. Drugie czytanie odbyło się na sześćdziesiątym szóstym posiedzeniu, wniesiono wtedy poprawki. Poprawki zostały rekomendowane do przyjęcia przez komisję, jednakże Sejm w trzecim czytaniu nie zaakceptował żadnej z tych poprawek. Głosowało 409 posłów, 403 było za, 6 było przeciwnych, nikt się nie wstrzymał.

A teraz przejdę bardziej konkretnie do wyrażenia opinii. Chciałabym zwrócić uwagę na kilka kwestii, w przypadku których dobrze by było, naszym zdaniem, żeby były nieco lepiej ujęte w ustawie.

Pierwsza zmiana dotyczy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. To art. 131d, tj. pkt 6 w art. 1, strona 3 druku. Trudno bardzo jest zrozumieć ten artykuł ze względu na szyk zdania. Chodzi o środki z budżetu państwa przeznaczone

na świadczenia gwarantowane, ale dokonano tam wtrącenia „w tym w formie dotacji podmiotowej przekazywanej do Funduszu” i to wtrącenie zaburzyło jasność tego uregulowania. Wydaje się, że jest to taka językowa usterka, która podczas czytania tego przepisu może w ogóle wywołać pytania o sens tego uregulowania.

Dalej, ustawa o zawodach lekarza, art. 2 pkt 2, który dotyczy art. 16j, na stronie 3, lit. a. Mnie chodzi o zdanie drugie. Tam jest określenie „jeżeli dotyczy”. Kiedy czyta się całe to zdanie... No, ta forma słowna „jeżeli dotyczy” po prostu powoduje, że jest to niepoprawnie zapisane. To również nie przyczynia się do zrozumienia przepisu. Jak rozumiem, taka forma pojawia się w przepisach ustawy. Myślę, że ona wielokrotnie bywa... No, nie jest to poprawne językowo i nie pomaga zrozumieć uregulowań. To zdanie w istocie powinno być skonstruowane po prostu w taki sposób, żeby zawierało warunek. Przepisy prawne to regulują. Rozumiem, że po wyrazie „oraz” należałoby zamieścić takie określenie, że jeżeli istnieje zobowiązanie podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do przekazania środków na wynagrodzenie lekarzy odbywających staż kierunkowy poza tym podmiotem... Mówiąc krótko, chodzi o to, że po prostu wystarczyłoby zawrzeć taką konstrukcję językową warunkową.

Myślę, że konstrukcja oparta na warunku posłużyłaby również ustawie w przepisie dotyczącym ust. 2b, czyli odnoszącym się do zobowiązania lekarza rezydenta do odbywania zawodu lekarza w Polsce, ponieważ przepis ten jest tak zredagowany, że lekarz rezydent może zobowiązać się do wykonywania zawodu. Czy to jest uprawnienie? No, nie wiem, czy można tak to zinterpretować; z całą pewnością jest tu jakaś swoboda, jest fakultatywność. A w istocie chodzi o to, że jeżeli ten lekarz zobowiąże się do wykonywania zawodu, to dostanie wynagrodzenie podwyższone... Tak naprawdę to on dostanie wynagrodzenie podwyższone, jeżeli się zobowiąże. Tak więc myślę, że to jest takie bardziej wprost postawienie sprawy, która jest uregulowana w ust. 2.

Muszę także skrytykować nadmierną szczegółowość tego art. 16j. Rozumiem, że to jest odzwierciedlenie porozumienia, ale tak szczegółowe przekazanie treści porozumienia w akcie ustawowym wydaje się pewną nadregulacją. To, że forma tej deklaracji jest pisemna... No, w tej sytuacji nie może to chyba być inna forma, skoro stronom zależy na tym, żeby wykazać, że deklaracja została złożona, bo wtedy mogą następować jej skutki. Jest oczywiste, że ta forma nie może być ustna. Tak samo te wszystkie wymienione elementy – imię, nazwisko, PESEL, nazwy, podpis i data – to są takie dość oczywiste rzeczy, których podawanie w akcie ustawowym stanowi naprawdę nadregulację. Taką kazuistykę mamy również w dalszych ustępach. Ja to wszystko rozumiem i nie kwestionuję tego merytorycznie, tylko wskazuję, że jednak legislacyjnie to nie jest prawidłowe.

Teraz przepis na stronie 5 w ust. 2j pkt 4: „podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w którym realizowane jest zobowiązanie, oraz każdorazowej jego zmianie”. Chodzi o informacje. Tylko jest pytanie: czy chodzi o zmianę zobowiązania, czy chodzi może o zmianę tego podmiotu, w którym się realizuje to zobowiązanie? Nie jest to jasne. W każdym razie tak mi się wydaje.

(Głos z sali: A wnioski?)

No właśnie to jest takie oczywiste. Tak mi się wydaje.

À propos tej nadregulacji i kazuistyki – to też bardzo widać w tej części, gdzie jest mowa o zapłacie kary, która jest wymierzana w przypadku niewywiązywania się z zobowiązania. No naprawdę, mówię to z przykrością, ale uregulowanie typu, że należy ją wpłacić na rachunek urzędu... No, przepraszam, ale naprawdę patrzyłam, czy w ustawie będzie jeszcze numer tego rachunku. To po prostu bardzo daleko zaszło.

Teraz art. 6. Chciałbym zwrócić uwagę ust. 1. Pierwsza linijka: świadczeniodawca posiadający umowę... To jest bardzo częsty błąd, taki formalny. Powinno być: świadczeniodawca, który jest stroną tej umowy. Bo posiadanie umowy oznacza... No, albo jest się stroną umowy, albo się nie jest. A jeśli ktoś posiada umowę, to po prostu posiada egzemplarz tej umowy. Tutaj raczej chodzi o coś zupełnie innego.

Niepokoi mnie również kwestia wejścia w życie ustawy oraz tych wszystkich określeń odnoszących się wprost do 1 lipca, ponieważ jesteśmy już... Dzisiaj jest dziesiąty, jest jeszcze kwestia czasu dla prezydenta. Może być tak, że będą to zobowiązania składane w takim czasie, że będzie bardzo duża odległość... No nie wiem. Te środki byłyby wypłacane wstecz, ale za taki czas wstecz, który chyba... Pewnie nie było to intencją autorów, ale wydaje mi się, że jest tutaj jakaś obawa właśnie co do tego, jak te środki zostaną przekazane i czy będą takie adekwatne do tego, co zostało ujęte w złożonym zobowiązaniu.

Na koniec zostawiłam kwestię, która moim zdaniem jest istotniejsza. Chodzi mi o art. 44. Rozumiem intencję tej ustawy. Rozumiem, że celem tej ustawy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To jest strona 7, art. 44, zapis mówiący o ochronie jak dla funkcjonariusza publicznego dla lekarza wykonującego zawód w podmiocie, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń z funduszem. Ja rozumiem cel tej ustawy, rozumiem, że wszystkimi środkami prawnymi zmierza do zapewnienia dostępności świadczeń, ale nie mogę się zgodzić... Tutaj w uzasadnieniu jest taka argumentacja, która przywołuje ustawę o działalności leczniczej, o zawodach pielęgniarki i położnej, a także ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Od razu chcę powiedzieć: nie kwestionuję, że taka ochrona, czyli zwiększona ochrona prawna w zakresie prawa karnego dla osób wykonujących zawód medyczny, jest całkowicie uzasadniona, tylko regulacje w tych ustawach są różne. Ustawa o działalności leczniczej mówi tylko o wykonywaniu zawodu poza zakładem. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej mówi o ochronie, która jest przyznana bardzo wąsko – podczas wykonywania czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i w związku z nimi. A więc jest to po prostu bardzo wąska konstrukcja, która... Takie spojrzenie było w ubiegłym wieku, tzn. nie w XIX w., ale w XX w. Wtedy to może wystarczyło. Rzeczywiście nastąpił pewien upadek zachowań w stosunku do takich właśnie osób zaufania publicznego jak lekarze podczas udzielania przez nich świadczeń. Nie mogę się zgodzić z tym, co mówi uzasadnienie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ustawa o ratownictwie medycznym nie udziela ochrony prawnej ratownikowi, osobie, która wchodzi w skład zespołu, ona udziela ochrony temu, kto udziela pomocy. Tak to jest określone. A więc zróżnicowanie tego...

Chodzi mi o to, że uzasadnienie w sposób niecałkowity, wydaje mi się, wyczerpuje ten problem, odwołując się do innych ustaw związanych z zawodami medycznymi. Z całą pewnością uzasadnienie jest refleksją na temat ochrony prawnej udzielanej tym osobom, ale ono nie jest całkowicie trafne. Wydaje mi się, że jeżeli art. 44 dodaje pkt 2, w którym obejmuje tą zwiększoną ochroną, tzn. ochroną jak dla funkcjonariusza publicznego, lekarzy wykonujących zawód w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą, który zawarł umowę z NFZ, mówiąc nieprecyzyjnie, to jest to całkowicie słuszne. Jednak wykonywanie zawodu lekarza – lekarza w ogóle – jest obciążone dużym ryzykiem i myślę, że lekarzom należy się taka ochrona bez względu na to, gdzie wykonują zawód. Tak że wydaje mi się... Budzi moją wątpliwość ten punkt w art. 44, a z pewnością uzasadnienie do projektu w tej części nie jest przekonujące. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Legislator. Jak zwykle drobiazgowo pani ustawę rozpracowała.

Panie Ministrze, krótka odpowiedź na uwagi pani legislator.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Dziękuję bardzo.

Rozpocznę może od odniesienia się do poprawki sejmowej, która dotyczyła niepełnosprawnych. Pani wspomniała, że dotyczy to przede wszystkim wyrobów medycznych. Nie mogę się z tym zgodzić, bo to dotyczy tak naprawdę umożliwienia niepełnosprawnym dzieciom takiego samego dostępu jak dorosłym, a więc to dotyczy również prawa... Oczywiście dotyczy to prawa do bezpłatnych wyrobów medycznych, ale również prawa do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, prawa do korzystania bez skierowania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych czy też prawa do świadczeń bezlimitowych z zakresu rehabilitacji. To tylko takie doprecyzowanie poprawki.

Odnosząc się... No, do niektórych punktów naprawdę trudno jest mi się odnieść, w szczególności do tych związanych, powiedzmy, z nadmierną legislacją w ustawie czy z pewnymi niedoprecyzowaniami. Chciałbym się może skupić na 2 najważniejszych sprawach.

Pierwsza sprawa. Czy faktycznie pojawia się wątpliwość do tego, czy te środki i w jakiej wysokości od 1 lipca będą wypłacone? Mnie się wydaje, że taka wątpliwość się nie pojawia, bo to jest wprost wskazane w jednym z artykułów ustawy. To art. 10, mówiący o tym, że w przypadku lekarza, który złożył deklarację, zwiększone wynagrodzenie zasadnicze wypłaca się od dnia 1 lipca.

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Jeśli można... Można?)

Tak.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Może niejasno się wyraziłam, ale mnie chodzi o wejście w życie ustawy, o zakończenie całego procesu legislacyjnego. Ja po prostu patrzę na tę ustawę jako legislator. Mój niepokój pojawia się w związku z tym, że mamy już lipiec i będzie to działało wstecz. Jak bardzo wstecz? My mamy jeszcze tylko 2 posiedzenia i z tego, co wiem, prawdopodobnie na tym drugim lipcowym jest przewidziane rozpatrywanie tej ustawy. To są pewne ustalenia, tyle wiem. Dlatego chciałabym zwrócić uwagę, że ten niepokój jest związany z działaniem prawa wstecz i tym, jak dalece będzie ono musiało działać wstecz ze względu na to, że taki jest tok legislacyjny.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Może się wtrąć. Będzie chyba uzupełniony porządek i ta ustawa będzie na tym posiedzeniu, Pani Legislator. No, ale to jest drobiazg.

Panie Ministrze, proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Ja jednak mam nadzieję, że to nie będzie bardzo wstecz... To po pierwsze. Po drugie, faktycznie, proces konsultacyjny był trudny i konsultacje trwały dość długo, co w pewnym sensie przedłużyło tryb procedowania tej ustawy. Intencją ministra zdrowia było wprowadzenie jej przed 1 lipca, absolutnie.

Co do art. 44 i kwestii funkcjonariusza publicznego... Zapytam, żeby dobrze zrozumiał: co do samej merytoryki art. 44 nie ma pani zastrzeżeń jako takich, czyli co do samego objęcia ochroną należną funkcjonariuszowi publicznemu lekarzy, którzy realizują świadczenia, nawet nie w publicznej służbie zdrowia? Chciałbym zwrócić uwagę na to, że my w pracach legislacyjnych rozszerzyliśmy tę definicję na wszystkie podmioty, nawet prywatne, które finansowane są ze środków publicznych. Jednak wydaje się, że funkcjonariusz publiczny powinien być jasno związany z sektorem publicznym. W trakcie konsultacji pojawiły się postulaty dotyczące tego, czy każdy lekarz, również ten wykonujący zawód lekarza w ramach prywatnej praktyki, nie powinien być objęty tą ochroną. Wydaje się, że nie powinien, bo w tym momencie... No, nie może być funkcjonariuszem publicznym, skoro nie świadczy usług, można powiedzieć, na rzecz szeroko rozumianego dobra publicznego. To dotyczyło merytoryki.

A co do uzasadnienia i odwołania do ustawy o pielęgniarkach i ustawy o ratownictwie medycznym – w mojej ocenie te odwołania stanowią tylko przykłady, wskazują, że takie rozwiązania czy analogiczne rozwiązania funkcjonują już w ustawodawstwie. Być może są tam nieco inaczej zdefiniowane, być może nie jest to do końca spójne, natomiast intencja jest jednoznaczna. Jeżeli lekarz, pielęgniarka czy ratownik medyczny udziela świadczeń, to jest objęty ochroną. Chyba tyle. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz przechodzimy do pytań państwa senatorów.

Czy ktoś z państwa ma jakieś pytanie

Pani senator Orzechowska, proszę.

Senator Bogusława Orzechowska:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Ja bym prosiła o wyjaśnienie dotyczące art. 4 ust. 3. Nie wiem, czy dobrze zrozumiałam. W pkt 1 – to jest na stronie 8 – jest zapis: „są zatrudnieni pracownicy na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń”. I pkt 2: „zobowiązują się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 1, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z co najmniej jednego z zakresów”... itd. Czy to dotyczy również lekarzy rezydentów, którzy pracują w danym szpitalu na rezydenturze, a dyżurują w innych? Bo czasami właśnie rezydenci ratują działalność danego szpitala. Jeżeli będą oni objęci tym artykułem, to wtedy po prostu część szpitali idzie do likwidacji. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

Może jeszcze jedno pytanie. Kto z państwa ma jeszcze jakieś pytanie?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze, dobrze, dlatego może pogrupujemy je.

Pan senator Wojtyła, proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, chciałbym o coś zapytać. My tutaj rozwiązujemy sytuację rezydentów. Niech mi pan powie, ilu rezydentów w Polsce pracuje na umowę o pracę, a ilu na rezydenturze, ilu robi specjalizację jako rezydent...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jako staż rezydencki, czyli robi specjalizację na rezydenturze. A ilu ma umowę o pracę? Bo są tacy, którzy robią specjalizację na umowie o pracę...

(Głos z sali: To nie rezydenci.)

To nie są rezydenci, ale oni robią specjalizację. Ilu z nich pracuje jako rezydenci, którzy są finansowani przez budżet?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Powiem, dlaczego. Otóż dlatego, że większość tych, którzy mają umowę o pracę, pracuje na prowincji. W moim szpitalu jest tylko jeden rezydent, który rzeczywiście jest rezydentem, a reszta pracuje na umowach o pracę. W szpitalu w Kaliszu – 840 łóżek – takich rezydentów jest dwóch. W szpitalu w Ostrowie na 400 łóżek – mówię tu o swoim terenie – jest jeden. Większość rezydentów pracuje w du-

zych miastach i tego dotyczy larum. A myślę, że ministerstwo powinno dbać o to, żeby tym rezydentom w całej Polsce dać możliwość pracy. O tym mówię. My w tej chwili tą ustawą bronimy interesów dużych klinik uczelni medycznych. Dużych klinik. Podejrzewam – prawie że mam tu pewność; dostanę informację z urzędu wojewódzkiego, z urzędu marszałkowskiego w Wielkopolsce – że w Wielkopolsce na prowincji będą pojedyncze przypadki lekarzy, którzy pracują na rezydenturze, reszta ma umowy o pracę. Dlaczego? Lekarze nie chcieli tam dotychczas pracować na rezydenturze, tylko na umowie o pracę, bo było wtedy wyższe wynagrodzenie. Co wy chcecie zrobić, żeby te proporcje zmniejszyć? Ja trochę powiem, bo...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Pytanie, Panie Senatorze.)

No właśnie to było pytanie o to, jakie są proporcje, jeśli chodzi o tych, którzy pracują na rezydenturze, i tych, którzy mają umowy o pracę. To na razie może tyle.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Okej.

Poproszę o jeszcze jedno pytanie, a potem pan minister odpowie.

Kto z państwa jeszcze ma pytania?

Pan senator Grodzki, proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Na początku chciałbym zapytać... Tryb ustawy procedowania był dość szybki, czasu na tzw. konsultacje społeczne było niewiele. A czy znane są państwu listy wielu dyrektorów szpitali, pismo, w którym ustosunkowała się do tej ustawy Naczelna Rada Lekarska, jak również dość głośny wywiad pana generała Gielera, było nie było, dyrektora bardzo istotnej jednostki w systemie ochrony zdrowia? Wskazywał on, że środki finansowe, które otrzymują jednostki, przy tych regulacjach podwyżkowych mogą spowodować pogłębiającą się zapaść finansową. Z kolei izba lekarska podkreślała w konkretnych odniesieniach odejście od warunków porozumienia z lekarzami rezydentami, co, jak pan wie, grozi poważnymi perturbacjami, bo oburzenie w środowisku jest dość spore. Czy państwo brali te sprawy pod uwagę? Jeśli oceniać to, co jest w tym dokumencie, to wydaje się, że nie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę o odpowiedź, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Dziękuję.

Rozpoczynam od pierwszej kwestii; to było krótkie pytanie. Art. 4 ust. 3 dotyczy tylko lekarzy specjalistów. Zmiana tego artykułu to zmiana w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, czyli lekarzy już po uzyskaniu specjalizacji.

Drugie pytanie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie dotyczy. Czyli ten tryb dyżurowania rezydentów... Może ja to jeszcze uszczegółowię. Pani pytała jeszcze o to, czy będą mogli dyżurować w innych szpitalach i na jakich zasadach. Może uszczegółowię. Pewne rozwiązania dotyczące dyżurów medycznych, a w szczególności finansowanie dyżurów medycznych lekarzy rezydentów, są zawarte w ustawie, bodajże w art. 2... Tak, w art. 2. Dodatkowo toczą się teraz w ministerstwie prace – co jest zgodne z porozumieniem z rezydentami – związane z kompleksowym uregulowaniem kwestii dyżurów i lekarzy rezydentów, i lekarzy specjalistów. Chodzi o szczegóły dotyczące odpracowywania dyżurów, czasu pracy, zejścia z dyżuru itd. Te prace mają się zakończyć, zgodnie z porozumieniem, do końca pierwszego kwartału 2019 r.

Odpowiadam na pytanie drugie. Faktycznie mogę potwierdzić, że wszyscy rezydenci są zatrudnieni na umowę o pracę, ale to nie tego, jak rozumiem, dotyczył sens pytania. Nie potrafię dzisiaj jednoznacznie odpowiedzieć, jaka to jest liczba. Mogę oczywiście udzielić tej odpowiedzi na piśmie. Jednak warto zaznaczyć, że zapotrzebowania na rezydenturę zgłaszane są do wojewodów. Ośrodkiem, który może prowadzić szkolenie specjalizacyjne, musi być ośrodek akredytowany, a więc nie każdy szpital w tym kraju może... To znaczy ubiegać się oczywiście może, ale nie każdy może dzisiaj to szkolenie prowadzić.

Co do pytania trzeciego, o dość szybki tryb procedowania...

(Senator Tomasz Grodzki: Konsultacji.)

Konsultacje. Niektórzy zarzucają nam, że ten tryb był dość wolny, więc tutaj jest jakby niespójność. Czy tryb był dość szybki... Chcę tylko zwrócić uwagę, skoro pojawiły się głosy mówiące o tym trybie, że ustawa została skierowana do 34 grup podmiotów, izb lekarskich, jak również Naczelnej Rady Lekarskiej, do organizacji pacjenckich, no i oczywiście do uzgodnień międzyresortowych. Czy tryb był dość szybki? No, proszę też zauważyć, że odbyła się chociażby konferencja uzgodnieniowa, na której wszystkie środowiska, już po zgłoszeniu pisemnych uwag, miały możliwość wyrażenia ich ponownie i dość szczegółowego omówienia. Konferencja trwała prawie cały dzień, więc absolutnie były takie możliwości. Do wywiadu czy informacji prasowych nie będę się może odnosił, jednak potwierdzę, że Ministerstwo Zdrowia otrzymało pisemne stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej, absolutnie, i ustosunkowało się do niego. Wydaje mi się również, że część uwag Naczelnej Rady Lekarskiej, szczególnie tych zgłoszonych w pierwszym etapie procedowania ustawy, zostało zaimplementowanych do obecnej treści.

Czy ministerstwo zauważa ryzyko dalszych, tak bym powiedział, perturbacji związanych z postulatami rezydentów, że porozumienie nie zostało zrealizowane? W mojej ocenie i w ocenie ministra zdrowia ustawa dzisiaj implementuje wszystkie te zapisy porozumienia, które w tym momencie mogły zostać uwzględnione. Część prac związanych z realizacją porozumienia – czy to dotyczących dyżurów medycznych, o których już wspominałem, czy kwestii związanych z jakością, czy kwestii związanych chociażby z sukcesywnym zwiększaniem limitów na stu-

dia medyczne, czy związanych z przeglądem koszyka świadczeń gwarantowanych i taryfikacją – to są procesy, które trwają. Większość z nich będzie odłożona w czasie. Porozumienie określa dość jasne terminy; w przypadku dyżurów, o których wspomniałem, jest to I kwartał 2019 r., a przegląd koszyka świadczeń gwarantowanych ma być w 2018 r. Podsumowując i konkludując, powiem, że w ocenie ministra zdrowia obecna ustawa odzwierciedla porozumienie z rezydentami. Stoimy na stanowisku, że jest ono realizowane. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.
Pan senator Wojtyła, proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Panie Ministrze, ja wiem, że po to, żeby w danym szpitalu dany rezydent czy dany lekarz mógł odbywać specjalizację, to musi być ośrodek akredytowany, i to niezależnie od tego, czy ktoś będzie pracował na umowę o pracę, czy będzie na rezydenturze. W przypadku umowy o pracę też nie może pracować byle gdzie; ten ośrodek czy ten oddział musi mieć miejsce rezydencyjne. Problem w tym, że ci lekarze nie chcą pracować na tych miejscach jako rezydenci, tylko na umowę o pracę, a na prowincji jest tak duży niedobór lekarzy, że szpitale są zmuszone zatrudniać ich na umowę o pracę. Pytałem pana o te dane, bo kiedy dyskutowaliśmy nad ustawą w czasach, gdy pan minister Radziwiłł był ministrem, to on wtedy odpowiedział, że mniej więcej 30% lekarzy pracuje na umowach o pracę, 70% na rezydenturze, a z tych 30% chyba 80% czy nawet ponad 80% pracuje w szpitalach prowincjonalnych. I to jest problem, o którym ja mówię, a nie pewne, że tak powiem, abecadło. Ja wiem o tym, że musi być miejsce rezydencyjne, że dany oddział musi mieć akredytację, ale tak jest niezależnie od formy, w jakiej ten lekarz jest tam zatrudniony.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję. Czyli to był głos w dyskusji.
Kto jeszcze z państwa senatorów ma jakieś pytanie?
Pan senator Radziwiłł, proszę.

Senator Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Myszę, że my w tych pytaniach czy w dyskusji na temat tej ustawy troszeczkę gubimy jej sens. Przede wszystkim warto chyba jednak przywołać pewien porządek. To znaczy ta ustawa – to pierwsze i najważniejsze – jako zajmująca się systemem ochrony zdrowia, jako żywo zbudowany dla pacjentów, a nie dla tych, którzy w nim pracują, stanowi istotny krok w stronę, która została zarysowana przełomową ustawą nazywaną w skrócie ustawą o 6%, i jeszcze dalej... Prawda? I to jest, można powiedzieć, istota tego. I warto o tym mówić. Myszę, że to dlatego praktycznie cały Sejm, wszyscy posłowie głosowali za tą ustawą, że to jest kolejny krok na drodze do zapewnienia służbie zdrowia większych środków, co jest widziane przez wszystkich

jako absolutnie podstawowa i najważniejsza rzecz. I cieszę się, że to, co w momencie, kiedy jako minister zdrowia byłem odpowiedzialny za ustawę o 6%, rząd zdeklarował, to jest poziom gwarantowany, ale prawdopodobnie będzie on przekraczany. Taka była wola rządu już wtedy, kiedy ustawa o 6% była uchwalana. A teraz, można powiedzieć, rząd przypieczętował jak gdyby po dodatkowej analizie to, że można posunąć się jeszcze dalej, że szybciej będziemy osiągać te poziomy. A to, o czym też warto pamiętać, przekłada się miliardy złotych każdego roku. Bo to tak się mówi: 6% w roku 2024, 2025... Ale przecież wszystkie te liczby się przesuwają. Tak że to jest sprawa zupełnie fundamentalna.

Co do kwestii realizacji porozumienia – myślę, że porozumienie, które minister zdrowia zawarł z lekarzami rezydentami, zostało zrealizowane przez ministra poprzez zaproponowanie ustawy. Ale też nie można, że tak powiem, widzieć tej sprawy w sposób karykaturalny. Ustawa jest uchwalana przez parlament, podpisywana przez prezydenta. Literalne zapisanie porozumienia w ustawie, jakby wymuszenie na wszystkich tych, którzy uczestniczą w procesie legislacyjnym, tego, że to będzie zachowane dokładnie tak, jak zostało uzgodnione w porozumieniu, naruszałoby powagę wszystkich tych instytucji, w tym także Senatu. I myślę, że nie powinno dziwić to, że porozumienie jest jakimś rodzajem czy punktem wyjścia do tej ustawy, że nie jest to tutaj wprost, *explicite* zapisane tak, jak to zostało podpisane przez strony porozumienia.

Uważam, że w szczególności ta kwestia jest... Dla mnie, jako lekarza i byłego działacza samorządu lekarskiego, szczególnie przykra jest np. ta dyskusja o tym, czy okres 2 lat z 5 lat pracy w publicznym systemie służby zdrowia – bo tak można uprościć ten warunek jako warunek zachowania tych dodatkowych środków, tego, jak niektórzy nazywają, bonusu patriotycznego – to jest za mało. No, moim zdaniem... A są też takie głosy – trzeba to powiedzieć – że to jest za dużo. Mówi się też, że to jest wymaganie stosunkowo niewielkie. Ja nie proponuję tutaj zmiany, ale takie głosy też się pojawiają, więc trzeba to zauważyć. 2 lata z 5 lat pracy w publicznym systemie jako warunek odpracowania tych dodatkowych środków... Bo to są środki właśnie za takie zobowiązanie, to jest coś, co jest próbą zachęty do tego, żeby pozostać w Polsce, w tym systemie, za który państwo jest odpowiedzialne. Wydaje się, że to jest bardzo dobrze...

Mam jedno drobne pytanie. Na etapie konsultowania ustawy też zabrałem głos po prostu jako senator, jako osoba. Tak przy okazji, Panie Senatorze Grodzki: uważam, że ten okres konsultacji wcale nie był krótki. Tego akurat moim zdaniem zarzucić tej ustawie nie można, bo...

(Senator Tomasz Grodzki: 26 czerwca...)

Nie, nie, nie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, konsultacje były dużo wcześniej. Nie pamiętam daty, ale to był okres zupełnie wystarczający. Ja również wziąłem udział w tych konsultacjach jako osoba... Nie miałem z tym najmniejszego problemu.

Ale chciałem upewnić się, Panie Ministrze, co do jednego, czego dotyczyła jedna z moich uwag w czasie konsultacji. Wprawdzie tutaj pada to słowo, ale nie je-

stem pewien... Chciałbym się upewnić, czy te regulacje dotyczące 6 tysięcy 750 zł miesięcznie dla specjalistów na pewno dotyczą także lekarzy dentyistów pracujących w szpitalach. Na pewno, tak?

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

Tak, potwierdzam. Tak, tak.
(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Okej. Dziękuję.)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Była odpowiedź na pytanie.
Pan senator Grodzki, proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Rzeczywiście, jeśli idzie o termin konsultacji, to muszę posypać głowę popiołem. Pani legislator mnie tu uświadamia, że w praktyce legislacyjnej czasu było dosyć. Należy się przyznać do błędu.

Jednak mam pytanie do pana ministra, bo jak czytam wypowiedzi, a nawet rozmawiam z młodymi ludźmi... Czy ministerstwo zdaje sobie sprawę, że wszyscy rezydenci zgłoszą się do tego aktu patriotycznego, oświadczą, że pracują 2 z tych 5 lat? Zaraz powiem, dlaczego. Chodzi o to, że zapisy są tak skonstruowane, że kara za niewywiązanie się z tegoż bonusu patriotycznego, jest w wysokości 75% środków. Czyli młodzi ludzie, którzy myślą racjonalnie, wiedzą, że dostają na 5 lat wypłacany w ratach bonus finansowy, z którego w najgorszym wypadku oddają 75%.

(*Głos z sali*: Niecałe.)

Czyli mają jakby kredyt z oprocentowaniem wynoszącym minus 25%.

(*Głos z sali*: I to jeszcze bez odsetek.)

Nie ma lepszego na rynku. Czy państwo uzgodnili to z Ministerstwem Finansów? Bo gwarantuję panu, że 100% rezydentów złoży oświadczenie, że chce 2 lata pracować, nawet jeżeli faktycznie myślą inaczej. Po prostu jest to oplacalne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Czy są jeszcze jakieś pytania?
Pan senator Stanisławek, proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Zgadzam się z panem senatorem, panem ministrem Radziwiłłem odnośnie do porozumienia z rezydentami – to nie musi być potem automatycznie odzwierciedlone w ustawie. W ogóle jestem zaskoczony, że ciągle zajmujemy się rezydentami, tak jakby podstawą systemu ochrony zdrowia w Polsce byli rezydenci. To tylko taki wstęp.

Chodzi mi o art. 4. Rozumiem, że on dotyczy lekarzy specjalistów. Wynagrodzenie zasadnicze 6 tysięcy 750 zł to jest wynagrodzenie, które mają otrzymać specjaliści. A mogą otrzymać większe? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Jeżeli obejmie ich podwyżka, a pracują w szpitalu, który ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia – nie mówię, czy w publicznym, czy niepublicznym, ale takim, który ma kontrakt – to czy w związku z tym... Rozumiem, że taki lekarz nie będzie mógł świadczyć usług w innym szpitalu, publicznym lub niepublicznym, czy państwo to ograniczają tylko do publicznego? Czy to nie ma znaczenia? Bo to by znaczyło, że idziemy w takim kierunku – i to jest to główne pytanie – że chcecie państwo ograniczyć pracę lekarza do jednego świadczeniodawcy, który ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

I pan senator Wojtyła. Proszę.

Senator Andrzej Wojtyła:

Mam pytanie do pana ministra. W uzasadnieniu mówi się o zatrzymaniu emigracji lekarzy za granicę. Chciałbym usłyszeć, jaki odsetek lekarzy kończących studia emigruje. W 2028 r., jak zakładacie, zostanie zlikwidowana klauzula opt-out. Czy zostały przeprowadzone szacunki, że do tego roku będzie taka liczba np. pediatrów, którzy nie będą musieli podpisywać klauzuli opt-out? Mam wątpliwości, jeżeli chodzi o pediatrów. W tej chwili oddziały pediatryczne, jak wiemy, są zamykane, nie ma kto pracować. Liczba chętnych na specjalizację w zakresie pediatrii jest niska, mała jest też liczba miejsc specjalizacyjnych. Ja sobie to wszystko przeliczyłem prospektywnie i nie widzę takich możliwości, żeby pediatrów w 2028 r. było tylu, żeby nie musieli podpisywać klauzuli opt-out. Czy takie wyliczenia w ministerstwie były przeprowadzone?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

Dziękuję.

Może jeszcze coś uszczegółowię w zakresie konsultacji, mimo że pan senator posypał głowę popiołem. Uszczegółowię, bo już uzyskałem informacje. Konsultacje rozpoczęły się na początku maja, a zakończyły się konferencją uzgodnieniową, która była około 10 czerwca. Trwały ponad miesiąc, więc ten tryb nie był wcale taki krótki.

Dobrze, ale wróć do meritum i stwierdzenia, że 100% rezydentów skorzysta, bo kara jest zbyt mała. My pewnie byśmy się cieszyli, gdyby 100% skorzystało. Ten skutek uboczny ja akurat uważam za bardzo dobry, bo nam zależy na tym, żeby z tego bonusu patriotycznego czy dodatku patriotycznego skorzystało jak najwięcej rezydentów.

(*Senator Andrzej Wojtyła*: Macie środki na te zmiany?)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Pieniądze mamy, bo zostały określone w OSR. A więc są.

Teraz przejdę do kary, żeby dobrze to zrozumieć. To nie polega tylko na tym, że rezydent, który otrzymał dodatek, będzie musiał zapłacić 75% środków, polega to na prostej konstrukcji podatkowo-składkowej. Środki, które rezydent dostaje, to środki brutto, 600–700 zł brutto. Ponieważ uregulowanie w indywidualnych przypadkach tego, jaką kto ma składkę, jaką ma stawkę podatkową itd... Uzgodniliśmy z Ministerstwem Finansów – zapewniam, że brało w tym czynny udział – że 75% odpowiada mniej więcej temu, co lekarz rezydent otrzymuje netto; jest nawet prawdopodobnie delikatna nadwyżka, żeby wszyscy w swoich stawkach na to się załapali. A więc ta kara de facto jest odzwierciedleniem 100% tego, co faktycznie lekarz rezydent otrzymuje.

Teraz pytanie dotyczące świadczeniodawców, którzy realizują umowę. Intencją jest – zapisy ustawy na to wskazują – złożenie zobowiązania u świadczeniodawcy, który oczywiście posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, i zobowiązanie się do nieudzielania świadczeń u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. A więc tu nie ma rozróżnienia, czy on jest publiczny, czy prywatny, za to zobowiązanie musi dotyczyć wszystkich podmiotów, które realizują umowę w zakresach wymienionych w art. 4 ust. 3.

Odnosnie do klauzuli opt-out i 2028 r. powiem... No, 2028 r., czyli 10 lat od dzisiaj, jest na pewno terminem bardzo ambitnym.

(Głos z sali: Nierealnym.)

Słucham?

(Głos z sali: Nierealnym.)

Ja będę się trzymał na razie określenia, że bardzo ambitnym. Jednak absolutnie uważam, że już ta ustawa, którą dzisiaj procedujemy, daje, no, może jeszcze nie gwarancje, bo tak naprawdę przez te 10 lat muszą być prowadzone bardzo intensywne działania, ale daje już podwaliny do tego, żeby jednak móc w 2028 r. z klauzuli opt-out zrezygnować. Jest to odzwierciedlone i w zapisach dotyczących wynagrodzeń – wynagrodzeń lekarzy rezydentów i wynagrodzeń lekarzy specjalistów – i dotyczących samego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Będą one mogły być przeznaczane nie tylko na świadczenia, ale również na edukację, na zwiększanie limitów na studiach medycznych, czyli na te działania, które mają nas w ciągu 10 lat doprowadzić do tego, żeby faktycznie zwiększyć jakość i komfort pracy lekarza, co absolutnie powinno być jedynie z korzyścią dla pacjentów. Dziękuję.

(Senator Andrzej Stanisławek: Jeszcze emigranci.)

(Senator Andrzej Wojtyła: Ilu wyjeżdża?)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ile wyjeżdża lekarzy po trybie rezydentury? Po rezydenturze, tak?

(Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia Elżbieta Jazgarska: Czyli absolutnie.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Głos z sali: I tak, i tak...)

I tak, i tak.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Mamy to?

(Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia Elżbieta Jazgarska: Jeszcze nie mamy, czekamy na dane. Czekamy na dane.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Senator Andrzej Wojtyła: Panie Ministrze, gdyby pan...)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Senator Andrzej Wojtyła:

Chodzi o to, że nie wyjeżdża aż tylu... Nie jest to taka skala, o której mówimy. Emigrację lekarzy możemy mierzyć danymi Naczelnej Rady Lekarskiej, która wydaje zaświadczenia, a tych zaświadczeń wydaje się mniej więcej 700, 800 rocznie. Z tego połowa wyjeżdża, a reszta pracuje w Polsce. To jest 10%. A migracja lekarzy między krajami, np. między Stanami a Anglią, między Anglią a Niemcami, między Niemcami a Polską... Na całym świecie jest to mniej więcej 10%. Do 2004 r. w Polsce... W 2004 r., kiedy otworzyliśmy się na Unię Europejską, to od razu 5% lekarzy chciało wyjechać i było wtedy wielkie larum. Ale to wszystko przez to, że byliśmy zamknięci na świat. Tak że ta emigracja, o której mówimy, nie występuje w aż takiej skali, o jakiej się pisze w mediach. A jeśli popatrzeć na rok 2017, to wyraźnie spadła liczba wydawanych zaświadczeń.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Kto z panów senatorów ma jeszcze pytania do pana ministra?

Senator Andrzej Wojtyła:

Aha, mam jeszcze jedno pytanie, Panie Przewodniczący. Pan minister mówił, że... Jak to się ma do kodeksu pracy? Bo w kodeksie pracy jest zapisane, że jeżeli ktoś pobrał wynagrodzenie i je utracił, to nie może go oddać, nawet jeżeli to wynagrodzenie było nienależne. Czyście to konsultowali z ministerstwem pracy?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

To nie jest zwrot wynagrodzenia, tylko jest to kara. Formuła jest jakby inna.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś ze strony społecznej chciałby zadać pytanie, zabrać głos?

Proszę tylko o przedstawianie się.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Jacek Kozakiewicz:

Jacek Kozakiewicz, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.
Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Szanowne Panie, Panowie!

Bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie.

Chciałbym na wstępie powiedzieć, że porozumienie, które zostało zawarte w dniu 8 lutego przez pana ministra zdrowia z porozumieniem rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, w ocenie samorządu lekarskiego było trudnym kompromisem, trudnym kompromisem dla obu stron. I mamy tego pełną świadomość, że minister zdrowia, który – jesteśmy przekonani – działał z upoważnienia rządu... On nie podpisywał tego porozumienia jako osoba fizyczna, tylko jako reprezentant rządu. I tak przyjmujemy te zobowiązania – jako zobowiązania rządu wyrażone przez ministra zdrowia. Dla porozumienia rezydentów też było to trudnym kompromisem, dlatego że to porozumienie nie realizowało wszystkich postulatów samorządu lekarskiego, zgłaszanych od lat, na podstawie delegacji z ustawy o izbach lekarskich, kiedy zajmowaliśmy wielokrotnie stanowisko w zakresie ochrony zdrowia, także wówczas, gdy pan senator Radziwiłł stał na czele polskiego samorządu lekarskiego. Te nasze wieloletnie postulaty dotyczyły tego, aby zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne Polaków, które jest nierozłącznie związane z bezpiecznymi warunkami pracy tych, którzy udzielają świadczeń medycznych, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek oraz farmaceutów. Nie można oddzielać bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków od bezpieczeństwa warunków pracy pracowników medycznych, bo to są rzeczy nierozłącznie ze sobą związane.

Samorząd lekarski zgłaszał uwagi do omawianego projektu ustawy. Uwagi te były przyjęte przez posłów z sejmowej Komisji Zdrowia i przez te komisje zostały zaakceptowane. Jednak z niezrozumiałych dla nas powodów Sejm te poprawki odrzucił.

Pragnę państwu przekazać, że nasze postulaty opierają się na stanowisku Krajowego Zjazdu Lekarzy, który jest najwyższym organem polskiego samorządu lekarskiego. Zajmował on stanowisko w kwestiach omawianych w projekcie ustawy, m.in. w zakresie zapewnienia lekarzom statusu funkcjonariusza publicznego wobec wykonywania wszystkich czynności zawodowych. Wiążemy ten status z wykonywaniem konkretnych czynności zawodowych, a nie z miejscem ich wykonywania. Chcemy ochronić lekarza, bo uważamy, że ten lekarz, który wykonuje świadczenia medyczne, wykonuje swoje czynności zawodowe, wnosi dobro publiczne. Bo czym są działania lekarza, który udziela pomocy pacjentom, jak nie dobrem publicznym? Tak samo jak działania nauczyciela... itd. Dlatego intencją Krajowego Zjazdu Lekarzy było to, aby powiązać status funkcjonariusza publicznego z wykonywanymi czynnościami zawodowymi.

Jesteśmy świadomi tego, że realizacja porozumienia, które zostało podpisane 8 lutego, jest przewidziana w różnych aktach prawnych i w różnych okresach. Zdajemy sobie sprawę, że omawiana dzisiaj ustawa załatwia, mówiąc

kolokwialnie, część zapisanych postulatów. Ale do tych właśnie, które zostały wyrażone w tym projekcie, samorząd lekarski zgłosił poprawki, przyjęte, jak powiedziałem, przez Komisję Zdrowia. Uważamy, że te poprawki są zasadne. Oczekujemy ustawowego zapewnienia podwyżki wynagrodzenia lekarzom specjalistom wykonującym zawód na podstawie stosunku pracy bez względu na to, jakich świadczeń zdrowotnych udziela ich pracodawca. Podobnie oczekujemy tego, żeby te wszystkie propozycje samorządu lekarskiego w drodze legislacyjnej zostały uwzględnione.

Ze swej strony w imieniu samorządu lekarskiego deklaruje dalszy otwarty dialog z ministrem zdrowia i wszystkimi podmiotami zainteresowanymi poprawą sytuacji w ochronie zdrowia, bo uważamy, że dobry klimat, klimat zaufania, jaki został zbudowany w lutym tego roku, był pierwszym ważnym krokiem zmierzającym do uspokojenia nastrojów. I wszystkim nam powinno zależeć na tym, żebyśmy tego klimatu nie zmarnowali. Uważam, że ta ustawa, nad którą dzisiaj procedujemy, ustawa w tym brzmieniu, jaki proponuje samorząd lekarski, mogłaby być dobrym pierwszym krokiem do realizacji postulatów od lat formułowanych przez samorząd lekarski. Zmarnowanie tego klimatu zaufania, jaki został stworzony, byłoby w moim przekonaniu bardzo, bardzo ryzykowne.

Propozycje, które zgłaszał samorząd lekarski, są państwu dobrze znane, bo one były przecież złożone do sejmowej Komisji Zdrowia i przez tę sejmową Komisję Zdrowia zostały przyjęte, dlatego nie będę państwu ich dokładnie omawiał. Ale jeżeli byłaby taka potrzeba, to jesteśmy na to przygotowani.

Odnoszę się tutaj do tej dyskusji, jeżeli mogę. Odnosnie do wypowiedzi pana senatora Wojtyły – prawdopodobnie miał na myśli to, że dzisiaj jednostki akredytacyjne posiadają miejsca specjalizacyjne, które dostają dzięki wypełnieniu odpowiednich kryteriów, natomiast specjalizację można odbywać w systemie rezydenckim i pozarezydenckim, na miejscu specjalizacyjnym.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Senator Andrzej Wojtyła: Bezpłatnie.)

Tak, tak, ale na miejscu specjalizacyjnym. Żeby odbywać specjalizację, trzeba mieć to miejsce specjalizacyjne. A jak to miejsce specjalizacyjne jest zagospodarowane, to jest inny temat. Może być albo przez rezydenturę, albo przez umowę o pracę, albo bezpłatnie. I prawdopodobnie panu senatorowi o to chodziło.

To tyle moich uwag ogólnych, jak też przedstawienia państwu stanowiska samorządu lekarskiego. Podtrzymujemy zasadność zgłoszonych propozycji poprawek, które są państwu dobrze znane. Uważamy, że te poprawki, oparte zarówno na stanowisku Krajowego Zjazdu Lekarzy, jak i prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w naszym rozumieniu są realizacją porozumienia zawartego przez ministra zdrowia w imieniu rządu, które zostało przyjęte jako trudny kompromis, ale kompromis dający pewną nadzieję na uspokojenie nastrojów i na to, abyśmy wszyscy pracowali na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. A tak jak powiedziałem, nie można go oddzielić od bezpieczeństwa pracowników świadczących na rzecz pacjenta. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Prezesie.
(*Senator Tomasz Grodzki: Tylko ad vocem.*)
Ale króciutko, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Tak, tak, tylko ad vocem.
Panie Prezesie, będą złożone poprawki w brzmieniu praktycznie tożsamym z tymi złożonymi w Sejmie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo, pan chciał zabrać głos.

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
– Szpitala Specjalistycznego MSWiA
w Otwocku Dariusz Kołodziejczyk:**

Dzień dobry państwu. Dariusz Kołodziejczyk, dyrektor szpitala MSWiA w Otwocku.

Dziękuję panu przewodniczącemu za udzielenie głosu.

Dziękuję też państwu za pytania dotyczące art. 4 przedmiotowego projektu ustawy. Jestem autorem pisma, które, jak widziałem, zostało skopiowane, więc państwo mieliście okazję się z nim zapoznać. Chciałbym oświadczyć po rozmowach z dyrektorami wielu innych jednostek, i to nie tylko takich w małych miejscowościach, ale i tych w większych, że brzmienie art. 4 ust. 3 pkt 2 – zgodnie z nim lekarz specjalista, który ma dostać 6 tysięcy 750 zł wynagrodzenia zasadniczego miesięcznie, jest zobowiązany do złożenia zobowiązania, że nie będzie świadczył usług, tak to nazwijmy, realizował odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w podmiotach mających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia – moim zdaniem wprowadzi dużo komplikacji, bo gros lekarzy z jednych szpitali realizuje chociażby dyżury medyczne w innych szpitalach. Nie ma co tego ukrywać. Jeżeli lekarz jest zatrudniony w szpitalu A na podstawie umowy o pracę, to wiadomo, że ma tam wiele ograniczeń i zbyt wielu dyżurów nie może tam odbyć; musi mieć przerwę w pracy itd., itd. I w tym czasie ci lekarze na podstawie umów cywilnoprawnych, kontraktów świadczą, realizują usługi zdrowotne w postaci dyżurów medycznych w szpitalu B, a lekarze ze szpitala B nader często świadczą takie usługi w szpitalu A. Ja w tej sprawie występowałem na piśmie do Ministerstwa Zdrowia, dzwoniłem także do ministerstwa. Moim zdaniem, a także zdaniem wielu dyrektorów placówek medycznych, ten artykuł powinien objąć w swoim wyłączeniu nie tylko hospicja i zakłady opiekuńczo-lecznicze, ale także możliwość pełnienia dyżurów medycznych.

Tak jak podkreślał pan senator Wojtyła, w szczególności właśnie na tzw. prowincji, w mniejszych miejscowościach jest ogromny deficyt lekarzy. I właśnie lekarze z większych ośrodków typu Warszawa czy też ogółem z większych miast przyjeżdżają tam i świadczą dyżury medyczne. Jeżeli ta możliwość zostanie wyeliminowana, to możecie państwo później się spotkać, jako pacjenci, ale także jako senatorowie, z sytuacją, że część placówek będzie musiało

ograniczać swoje świadczenie usług, a części tak naprawdę będzie groziła likwidacja. Gros moich lekarzy właśnie świadczy dyżury medyczne na podstawie kontraktów. Po zapoznaniu się z treścią tej ustawy zaczęli już wstępnie zgłaszać takie uwagi, że nie wiedzą, jak to w praktyce będzie wyglądało, że być może takie zobowiązania będą musieli złożyć, a w związku z tym będą musieli zakończyć z nami współpracę. Rozmawiałem też z dyrektorami dużo większych szpitali niż mój, chociażby z dyrektorem szpitala MSWiA w Łodzi. Tam jest podobna sytuacja.

Jeden z panów senatorów pytał tutaj, czy to dotyczy tylko publicznych, czy także prywatnych jednostek. Ta ustawa jest skonstruowana w taki sposób: jeżeli dana placówka medyczna nie ma kontraktu z NFZ, to w niej lekarz, który będzie miał te 6 tysięcy 750 zł, będzie mógł mieć dyżury do woli, podczas gdy w mojej placówce – ona jest placówką publiczną, ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, niesiemy pomoc weteranom, misji, policjantom itd. – nie będzie mógł tych usług realizować. Tak więc oczywiście zwróciłem się do państwa za pośrednictwem pana marszałka, a także złożyłem stosowne pismo do pana przewodniczącego komisji, żebyście państwo poważnie rozważyli możliwość zmiany tego artykułu. I tutaj, na stronie 2 tego pisma, jest zaproponowane przeze mnie brzmienie tego przepisu; oczywiście państwo legislatorzy też muszą się nad tym ewentualnie pochylić, jeżeli państwa wola byłaby taka, żeby ten przepis wdrożyć. Chodzi o to, żeby poszerzyć ten katalog właśnie o świadczenie dyżurów medycznych. Co prawda dalej jest przepis, który mówi, że dyrektor NFZ może przedstawić listę placówek medycznych, w których to zobowiązanie nie będzie stosowane, ale jest to zależne tylko od woli dyrektora i jest tu pełna uznaniowość. Wydaje mi się, że załatwiając jedną sprawę, tak ważną, nie należy generować kolejnych problemów. Również pracodawcy zgłaszali wcześniej uwagę, że to może spowodować duże perturbacje, kiedy lekarze nie będą mogli świadczyć dyżurów medycznych w innych placówkach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Dyrektorze.
Pani Ministrze, krótka odpowiedź.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

Dziękuję.

Może rozpocznę od drugiego tematu. Bardzo nie lubię odpowiadać pytaniem na pytanie, ale tym razem raz jeden na to się pokuszę: Panie Dyrektorze, czy pan uważa, że obecna sytuacja jest właściwa? Czy tak powinno być dzisiaj, że lekarze...

(*Senator Andrzej Wojtyła: Ale tak jest.*)

(*Dyrektor Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Otwocku Dariusz Kołodziejczyk: To konieczność.*)

...uprawiają turystykę dyżurową, pracują na umowie i na kilku kontraktach?

Przejdę może dalej, bo to miało tylko pokazać jakby tło do tej dyskusji.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: To nie będzie...*)

Przede wszystkim chciałbym podkreślić, że zobowiązanie lekarza jest w pełni dobrowolne. Pojawiły się sformułowania typu, że będą musieli je złożyć. Nie, nikt nie będzie musiał tego składać. Zobowiązanie, którego lekarz się podejmuje, jest w pełni dobrowolne i tak naprawdę zależy tylko od niego.

Co do tego, co może dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia... Oczywiście w ustawie jest wskazane, że może. Aczkolwiek proszę zauważyć, że to dyrektor oddziału wojewódzkiego jest odpowiedzialny za ciągłość świadczenia usług na danym terenie. No, nie wyobrażam sobie, że z uznaniowych przyczyn miałby tego wykazu nie ogłosić, jeżeli ta ciągłość byłaby zagrożona. W sytuacji, w której wystąpi zagrożenie braku dostępu do świadczeń, w szczególności właśnie ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, to dyrektor oddziału wojewódzkiego taką listę ogłosi.

Odnosząc się słów do pana prezesa – rozumiem, że dyskusja jeszcze się rozpocznie; skoro była tu deklaracja, że poprawki będą zgłoszone, to pewnie jeszcze będziemy o nich dyskutować – chciałbym tylko na jedno zwrócić uwagę. Powiedział pan, Panie Prezesie, że po wprowadzeniu poprawek ta ustawa może być pierwszym dobrym krokiem i początkiem zmian. Mam jednak wrażenie, że pierwszym takim krokiem była przede wszystkim ustawa o 6%, ustawa z tamtego roku. Drugim dość dobrym krokiem jest już dzisiejsze zwiększenie nakładów i zwiększenie nakładów na wynagrodzenia lekarzy rezydentów i lekarzy specjalistów. A więc ja żyję w przekonaniu, że my już 2 takie dobre kroki zrobiliśmy. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Jeżeli nie ma więcej pytań, to zgłaszam wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Nie widzę innego wniosku...

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Chciałbym, Panie Przewodniczący, zgłosić 7 poprawek. Dla oszczędności czasu dodam, że są one tożsame z poprawkami składanymi w Komisji Zdrowia w Sejmie, o czym mówił m.in. pan wiceprezes izby lekarskiej. Bardzo proszę o ich przegłosowanie lub... Jeżeli państwo zdecydują o ich odrzuceniu, to zgłosimy je na posiedzeniu jako wniosek mniejszości.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Pani Legislatore, co do tych poprawek... Ma pani te poprawki, tak?

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner*: Przyznam, że nie miałam dostępu do druku Sejmu, tego z tymi poprawkami...)

(*Głos z sali*: Prosimy do mikrofonu.)

Proszę.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Niestety, do mnie jeszcze nie dotarł ten druk z poprawkami sejmowymi, w tej chwili dostałam poprawki od pana senatora. Rozumiem, że pan senator będzie je omawiał... Czy też nie? W każdym razie to...

(*Senator Tomasz Grodzki*: Mogę krótko omówić, jeśli państwo sobie życzą. To zajmie kilka minut.)

Jeśli pan senator je zgłasza, to trzeba je poddać pod głosowanie.

Senator Tomasz Grodzki:

Poprawka pierwsza mówi o tym, żeby wykreślić pkt 4 i 6 w art. 1... itd. Chodzi o to, że środki przeznaczane na ochronę zdrowia w ramach odsetka PKB będą przeznaczane również na odpis dla AOTMiT oraz będą ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Te 2 cele nie były przewidziane do wyliczenia do ogólnego poziomu wydatków na ochronę zdrowia.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Senatorze, może minister od razu będzie ustunkowywał się do tych poprawek...

(*Senator Tomasz Grodzki*: Dobrze.)

...i pójdziemy dalej.

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Panie Senatorze, proszę zwrócić uwagę, że ta poprawka dotyczy... Ta poprawka jest związana tak naprawdę z potencjalnym niedotrzymaniem warunków porozumienia, a nie z merytorycznym ujęciem tego, co w nakładach na ochronę zdrowia być powinno. Chciałbym tylko zwrócić uwagę, że Agencja Ocena Technologii Medycznych i Taryfikacji już dzisiaj finansowana jest z odpisu Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest w planie funduszu, a w porozumieniu było ujęte literalnie, że wszelkie środki z planu funduszu wchodzi do nakładów, a więc nawet w przypadku AOTMiT ciężko mówić o niezgodności z porozumieniem. A co do merytoryki – nie sposób w mojej ocenie wyłączyć agencji oceny technologii z nakładów, bo pełni funkcje... no, może nie tożsame, ale podobne jak Ministerstwo Zdrowia, urząd rejestracji produktów leczniczych, GIS, GIF czy Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z tym merytoryczne uzasadnienie moim zdaniem tu nie istnieje.

Odnosząc się do Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, powiem, że dzisiaj fundusz w ogromnej większości służy finansowaniu Narodowego Programu Zdrowia. Przytoczę bardzo krótko kilka celów Narodowego Programu Zdrowia: poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia, aktywności fizycznej społeczeństwa, profilaktyka, rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, profilaktyka problemów zdrowia psychicznego, promocja zdrowego i aktywnego

starzenia się, poprawa zdrowia prokreacyjnego. To również jednoznacznie wskazuje, że środki wydatkowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych służą szeroko rozumianej ochronie zdrowia. Ta poprawka znowu odnosi się tylko do literalnego brzmienia porozumienia z 8 lutego 2018 r., a nie do merytorycznego przeznaczenia środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Dziękuję.

(Przewodniczący Waldemar Kraska: A stanowisko ministerstwa wobec tej poprawki?)

Słucham?

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Jakie jest stanowisko pana ministra wobec tej poprawki?)

Odrzucić.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Negatywne.

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję.

Nie będę komentował. No, mamy różne zdania. Ta ustawa jest rzeczywiście realizacją porozumienia. Gdyby pan minister chciał usłyszeć całą moją opinię, to zeszłoby nam długo. Ja uważam, że ustawa w tym kształcie niczego nie załatwia, a spowoduje perturbacje. No, a o przeznaczaniu środków długo można mówić; przykład to choćby Ministerstwo Sprawiedliwości i fundusz represjonowanych psychicznie; 25 milionów z tego funduszu poszło na CBA. No, ale już abstrahuję od tego...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Kolejna poprawka.)

Kolejna poprawka. W zapisie dotyczącym środków finansowych jest zapisane, że minister przekaze na dyżury medyczne i szkolenia specjalizacyjne w wysokości nieprzekraczającej... To sugeruje, że minister może przekazać mniej, niż wynika z kodeksu pracy. W związku z tym, o czym mówił m.in. pan senator Wojtyła, chcemy wprowadzić poprawkę, która by mówiła, że minister przekaze środki w wysokości równej stawce określonej w art. 151 §1 kodeksu pracy. To jest drobna zmiana, ona zmienia jedno słowo. No, ale pamiętajmy, co było ze słowami „lub” i „czasopisma”, dlatego uważam, że warto ją złożyć.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Stanowisko pana ministra?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Oczywiście zapisy ustawowe nie mówią i nie stanowią o tym, że lekarz ma nie zarabiać więcej. Co więcej, on powinien zarabiać więcej, jeżeli odbywa dyżur w porze nocnej lub w dni świąteczne. Zapisy mówią jedynie o tym, co minister zdrowia... do jakiej stawki będzie to pokrywał. Co ważne: dlaczego to jest zapis „nie więcej”, a nie „w kwocie równej”? Bo ten zapis dotyczy puli środ-

ków, które są przekazywane z budżetu, i ta pula nie może być określana jako równa czemuś, bo mamy do czynienia ze zwolnieniami lekarskimi, z urlopami, z przerwami itd. A więc nie chodzi o to, że pojedynczy lekarz będzie dostawał mniej – to ma określać jego umowa o pracę; takie zapisy są wprowadzone – tylko że pula środków będzie nie większa niż podana kwota. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Proszę, następna poprawka, Panie Senatorze.

(Senator Tomasz Grodzki: Rozumiem, że pan minister opiniuje negatywnie...)

(Głos z sali: Mikrofon, Panie Senatorze.)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Negatywnie, tak.

Senator Tomasz Grodzki:

Poprawka dotyczy tych kar, o których mowa. Proponujemy dodać punkt, że na decyzję wojewody, który nie jest organem sądowniczym, w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa, służy zainteresowanemu lekarzowi skarga do sądu administracyjnego. W tej chwili lekarzowi przysługuje tylko prawo do złożenia do wojewody wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w sprawie decyzji o nałożeniu, było nie było, sporej kary finansowej. Naszym zdaniem akty wyższego rzędu dają zainteresowanym uprawnienie do poddania decyzji wojewody kontroli sądowej w postaci skargi do sądu administracyjnego.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Stanowisko ministerstwa?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Ja się tutaj absolutnie zgadzam. To prawo nie tylko może przysługiwać, ale ono już dzisiaj przysługuje, w myśl ustaw dotyczących trybu wnoszenia skarg i trybu odwoławczego. Pani z Biura Legislacyjnego mówiła tutaj o nadregulacjach. Jest więc jakby kwestia tego, żeby już w tej ustawie nie stosować nadregulacji...

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

...bo taka poprawka i tak prawdopodobnie byłaby negatywnie przyjęta i przez RCL, i przez Biuro Legislacyjne Sejmu i Senatu. Dlatego nie wprowadzaliśmy czegoś, co jest określone w innych ustawach i co takie prawo daje. Dziękuję.

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Stanowisko?)

Negatywne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.
Proszę, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo.

Teraz bardzo ważna poprawka. Bardzo proszę szanowne gremium, aby zwróciło na nią uwagę. Mianowicie chodzi o prosty zapis zmieniający art. 44: „Lekarzowi w trakcie wykonywania czynności zawodowych przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”. Jak było wielokrotnie mówione nawet dzisiaj, nie chodzi o miejsce, tylko o fakt wykonywania czynności zawodowych, bo w ten sposób różnicujemy tych, którzy działają w podmiotach publicznych, od tych, którzy działają w podmiotach niepublicznych, no i od tych, którzy udzielą pomocy choremu w okolicznościach kuriozalnych i zostaną zlincowani na ulicy, dlatego że np. tracheostomia się nie udała. Nie dalej jak wczoraj chory na ulicy przed szpitalem, w którym pracuję, zaatakował widelcem lekarza, bo mu się wydawało, że to jest Ukraińiec z czasów wojny, który zamordował jego dziadka. I co? Ma nie podlegać ochronie, dlatego że był 50 m od szpitala? Apeluję do państwa o poważne potraktowanie tej poprawki, bo ona ma fundamentalne znaczenie dla bezpieczeństwa wszystkich lekarzy, począwszy od rezydentów, a skończywszy na najbardziej szanowanych profesorach.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Stanowisko pana ministra?

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

Panie Senatorze, pragnę pana uspokoić, jeżeli to pana uspokoi oczywiście... Takie sytuacje się już zdarzają i faktycznie wszyscy wiemy, że jest taki problem. Jednak ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry już dzisiaj, przed tą ustawą, którą dzisiaj procedujemy, daje lekarzowi ochronę, ochronę funkcjonariusza publicznego, który świadczy, realizuje świadczenia poza miejscem świadczenia usług, czyli w szczególności w sytuacji, kiedy pomaga pacjentowi na ulicy, po wypadku czy w ramach jakiegokolwiek interwencji. To już dzisiaj jest w przepisach. Pragnę również podkreślić, że porozumienie z rezydentami mówiło dość jednoznacznie, że ochrona należąca funkcjonariuszowi publicznemu ma przysługiwać publicznej służbie zdrowia. My w ramach prac legislacyjnych rozszerzyliśmy tę definicję i tak naprawdę dosyć długo negocjowaliśmy czy dyskutowaliśmy o tym z Ministerstwem Sprawiedliwości. Bo dzisiaj przysługuje to lekarzowi, który świadczy usługi i poza miejscem... To jest to, co już mówiłem. A teraz wprowadzamy poprawkę czy nowelizację, że będzie to dotyczyło lekarza, który świadczy usługi w miejscu świadczenia. I dotyczy to nie tylko publicznych podmiotów, żeby było jasne, ale również niepublicznych, jeśli są finansowane ze środków publicznych.

(*Senator Andrzej Wojtyła:* Teraz widzę... I w miejscu świadczenia, i poza nim.)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Dzisiejsza ustawa mówi...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Wcześniej ustawa...

(*Senator Andrzej Wojtyła:* Dlaczego...)

Bo wcześniej ustawa o działalności leczniczej...

Przepraszam, powiedziałem: o zawodzie lekarza...

(*Senator Andrzej Wojtyła:* Ustawa mówi...)

Przepraszam. Ustawa o działalności leczniczej do tej pory mówiła, że ochrona przysługuje osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładem leczniczym. Poza nim. A dzisiaj wprowadzamy zapis, że dotyczy również wykonywania tego w miejscu, w szczególności...

(*Senator Andrzej Wojtyła:* Ale o zawodzie lekarza...)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Przepraszam...

(*Senator Tomasz Grodzki:* Tylko w tym, który korzysta ze środków publicznych.)

Tylko w tym, który korzysta ze środków...

(*Senator Tomasz Grodzki:* A dlaczego? Co ma ochrona lekarza do korzystania ze środków publicznych czy niepublicznych?)

Ma, moim zdaniem, bardzo dużo. Odwołam się do tego, co pan prezes powiedział o nauczycielu i przysługującej mu ochronie, że on też świadczy dobro publiczne. No, zgadzam się, absolutnie, nauczyciel świadczy dobro publiczne, lekarz też świadczy. Tylko proszę zauważyć, że jeżeli nauczyciel udziela korepetycji, to ochrona mu nie przysługuje. Przysługuje mu wtedy, kiedy wypełnia obowiązki służbowe, pracując w szkole, na wycieczkach itd. W związku z tym jest wyłączenie dotyczące lekarza, który ma wyłącznie praktykę prywatną, bo ciężko wtedy go definiować jako funkcjonariusza publicznego. Taka była tutaj intencja.

Stanowisko negatywne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Następna poprawka, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Przedostatnia. Zapis jest trochę dziwny i niepokojący, ponieważ... Chodzi o art. 4 pkt 1 i zapis dotyczący środków finansowych, tego, że to wynagrodzenie zasadnicze lekarza specjalisty będzie przysługiwało tylko w okresie 2018–2020. Faktem jest, że te strony porozumienia przewidywały rozmowy w styczniu 2020 r. Ale to nie oznacza – mówiliśmy, żeby nie trzymać się literalnie tych zapisów – że ustaną wówczas te ustalenia z porozumienia z 8 lutego. W związku z tym proponowałbym wyrzucić z tej ustawy daty ograniczające wypłacanie tego tylko do 3 lat.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

Absolutnie uzgodnienie dotyczyło faktu, że w styczniu 2020 r. obie strony ocenią skutki tej ustawy, ocenią realizację zawartych tam postanowień, związanych właśnie ze wzrostem wynagrodzeń lekarzy specjalistów, oraz zrewaluuja tak naprawdę możliwość dalszego wzrostu wynagrodzeń lekarzy. Chciałbym pana uspokoić: nikt dzisiaj nie zakłada i nie jest to ani intencją, ani zamysłem, że te wynagrodzenia po 2020 r., czyli począwszy od 2021 r., miałyby zostać obniżone. Tak naprawdę odnosi się to literalnie... To znaczy może nie literalnie, ale odnosi się to do porozumienia, które zakładało wzrost wynagrodzeń w latach 2018–2020. A od stycznia 2020 r. mają być rozmowy, które mają tak naprawdę służyć albo utrzymaniu bez zmian, albo ewentualnie zwiększeniu tych wynagrodzeń. Porozumienie odnosiło się wprost np. do oceny rewaloryzacji wynagrodzenia w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Tak że tutaj stanowisko również jest negatywne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.
I ostatnia poprawka, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Ostatnia poprawka, czyli nr 7, dotyczy dyżurów lekarskich. To wynika z tego, co tu podnoszono nawet na dzisiejszym posiedzeniu. Było to podnoszone przez pana dyrektora z Otwocka, ale również przez panów senatorów. Proponujemy, aby rozszerzyć... zawęzić ten zbyt szeroki zakres wykonywania zawodu. Zobowiążą się... Chodzi o to, żeby lekarz mógł dyżurować w innym szpitalu, a nie tylko w hospicjum, w zakładach opiekuńczo-leczniczych itd. To jest jedna zmiana.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

Powtórzę to, co już mówiłem, może wskazując na jeszcze jeden aspekt. Tak naprawdę dzisiaj utrudnienia w ustalaniu, a czasem tak naprawdę niemożliwość ustalenia grafiku dyżurów to jest oczywiście problem dyrektorów szpitali, to jest problem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Głos z sali: Ordynatorów.)

...ordynatorów, dyrektorów również, no, całej kadry zarządzającej w szpitalach, bo to tak naprawdę... Tak naprawdę to właśnie szpitale i ta grupa świadczeniodawców w ten szczególny sposób odczuwają podejmowanie się przez lekarzy specjalistów zatrudnienia w kilku miejscach.

W dużej mierze problem z ustaleniem dyżurów wynika dzisiaj tak naprawdę właśnie z tego, że lekarz, który pracuje na umowę o pracę, po zakończeniu pracy, czyli o godzinie 15.35 lub o 16.00, nie jest chętny do dyżurowania, nie chce brać dyżurów, ponieważ właśnie jedzie sobie i korzysta z lepszych stawek na umowie cywilnoprawnej u innego świadczeniodawcy albo świadczy inne usługi w innym szpitalu. W związku z tym tak naprawdę... Żeby to było dobrze zrozumiane: właśnie te przepisy dają pewne możliwości, dają pewną gwarancję dyrektorom szpitali, że będzie im łatwiej.

(Głos z sali: No, nie będzie łatwiej.)

Zdecydowanie będzie łatwiej, jeżeli będą mieli możliwość...

(Głos z sali: Pan się urodził dzisiaj?)

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Panie Senatorze, no proszę, taki głos...)

Już jakiś czas temu.

Senator Tomasz Grodzki:

Bardzo, bardzo mnie zaniepokoiło, Panie Ministrze, zdanie, że za zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i ustalenie dyżurów są odpowiedzialni dyrektorzy szpitali czy koordynatorzy. Tak nie jest. Wszyscy jesteśmy odpowiedzialni. Tak jak mówił pan senator Radziwiłł, dobro chorego jest najważniejsze. Ludzie nie dyżurują dlatego, że chcą. Ludzie są ściągani z domów. Ludzie są wołani po prośbie, żeby przyjechali i zabezpieczyli dyżur. Pan minister – z całym szacunkiem – jakby nie wiedział, jaka jest realna rzeczywistość w zakładach ochrony zdrowia...

(Senator Andrzej Wojtyła: W warszawskich nie jest...)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...i jak się muszą gimnastykować ordynatorzy, dyrektorzy, żeby zapewnić, zwłaszcza teraz, w lipcu i sierpniu, w okresie urlopowym, obsadę dyżurową. Ta ustawa, jeżeli wejdzie 1 lipca, spowoduje, jak to mówią niektórzy, „hatakumbę” w wielu szpitalach.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Czy jeszcze ktoś z państwa ma jakieś poprawki?

Pan senator ma jakąś poprawkę?

(Senator Andrzej Wojtyła: Ja nie mam poprawek, ale...)

Ale w tej chwili trwa procedowanie poprawek.

Senator Andrzej Wojtyła:

Panie Ministrze, ja w tej chwili wyszedłem i dzwoniłem po lekarzach, bo nie mam pełnego zabezpieczenia na oddziale pediatrycznym. Dzwoniłem do Łodzi, do Wrocławia. A jak to się wprowadzi, to...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dobrze.

Czy ktoś z państwa senatorów...

(Senator Andrzej Wojtyła: ...będzie musiał być zamknięty oddział.)

Panie Senatorze...

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

A nie uważa pan, że właśnie dlatego, że lekarze świadczą usługi w kilku miejscach...

(*Senator Andrzej Wojtyła: Ale co pan robi, jak pan ich nie ma?*)

Są wprowadzone...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Andrzej Wojtyła: Zamknie się oddziały. No co...*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Szanowni Państwo, jesteśmy w tej chwili na etapie zgłaszania poprawek do ustawy.

Czy jeszcze ktoś z państwa ma jakieś poprawki?

Senator Tomasz Grodzki:

Przepraszam, Panie Przewodniczący. Pani legislator mi zwraca uwagę, że pominąłem chyba poprawkę nr 3, więc ją przytoczę.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Proszę bardzo.*)

To jest... Chodzi tu o to, żeby ten dodatek wynoszący 700 zł czy 600 zł miesięcznie, w zależności od specjalizacji, przysługiwał tym, którzy w ogóle pracują w charakterze lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a nie tylko w zakładach, które mają kontrakt z NFZ. To rozszerza to uprawnienie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Gadomski:**

Chodzi, jak rozumiem, o dodatek dla...

(*Senator Tomasz Grodzki: Dla lekarza specjalizującego się...*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Dla rezydentów. Jasne. I konieczność wprowadzenia 2 lat. No, zdecydowanie...

(*Senator Tomasz Grodzki: Żeby byli zobowiązani do pracy w Polsce, ale bez różnicowania, w jakich zakładach.*)

Jasne, jasna sprawa. Pan senator Radziwiłł wspominał już o tym, więc tak naprawdę tylko to powtórzę i może uszczegółowię. Środki, które idą i na szkolenie specjalizacyjne, i na zwiększenie wynagrodzeń, są oczywiście środkami publicznymi, a więc w jasny sposób i dość jednoznaczny muszą być skierowane na szeroko rozumiane dobro publiczne. Dobro publiczne, które tak naprawdę charakteryzuje się nieograniczonym i bezpłatnym dostępem. Jeżeli dzisiaj miałyby być również możliwość odpracowania tego w podmiotach prywatnych, to w istotny sposób ograniczałaby to możliwości korzystania przez każdego pacjenta, a w szczególności przez pacjentów uboższych, z powszechnych i szeroko dostępnych świadczeń. Stąd bonus patriotyczny

dotyczy – trzeba to jasno podkreślić – nie tylko podmiotów publicznych, ale również podmiotów niepublicznych, które są finansowane ze środków publicznych. Dziękuję.

Stanowisko negatywne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy są jeszcze jakieś poprawki do tej ustawy?

Jeżeli nie, to przystępujemy do głosowania.

Pierwszy wniosek, najdalej idący, dotyczył przyjęcia tej ustawy bez poprawek.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem tego wniosku? (6)

Kto jest przeciw? (2)

Kto się wstrzymał? (1)

Dziękuję.

Senator Tomasz Grodzki:

Zgłaszam wniosek mniejszości.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: Z którym senatorem?*)

Czarnobajem.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Czarnobajem. Okej.

Czy ktoś z państwa senatorów chce być sprawozdawcą tej ustawy?

Jeżeli nikt, to ja. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej komisji...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski: Dziękuję.*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Panie Senatorze, już zamykam...

(*Brak nagrania*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

To już niejako poza posiedzeniem, ale proszę bardzo.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Jacek Kozakiewicz:**

Szanowni Państwo, pan minister odniósł się do części mojej wypowiedzi, ale chciałbym wyraźnie powiedzieć, że samorząd lekarski odnosi się z uznaniem do wszelkich działań parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej, ministra zdrowia i rządu Rzeczypospolitej Polskiej, które są działaniami na rzecz poprawy sytuacji w ochronie zdrowia, zgodnie z wyrażanymi częstokroć postulatami samorządu lekarskiego. Mówiąc o pierwszym kroku, Panie Ministrze, miałem na myśli jedynie pierwszy krok zmierzający do realizacji wspólnych zapisów, które były podjęte 8 lutego, a nie pierwszy krok ministra zdrowia w ogóle. Tak że dziękujemy ministrowi zdrowia, parlamentowi i ogółem wszystkim, którzy działają na rzecz ochrony zdrowia, ale traktujemy tę realizację właśnie jako pierwszy krok wspólnego porozumienia podpisanego 8 lutego. Dziękuję.

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii