



SENAT RP

# ZAPIS STENOGRAFICZNY

---

---

---

**Posiedzenie**  
Komisji Zdrowia (16.)  
w dniu 14 czerwca 2012 r.

VIII kadencja

---

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 140, druki sejmowe nr 388, 449 i 450).

*(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 07)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)*

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dzień dobry. Witam państwa serdecznie.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam pana ministra Jakuba Szulca wraz ze współpracownikami, witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, witam nasze Biuro Legislacyjne, witam panie i panów senatorów.

Tematem posiedzenia, jak państwo wiecie, jest zmiana ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, tak więc spiesznie proszę pana ministra o zabranie głosu.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Bardzo serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący, dziękuję także Wysokiej Komisji, za chęć i wolę pracy nad tym przedłożeniem – pracy, no, jakkolwiek by na to patrzeć, w ekspresowym i ekstraordynaryjnym tempie.

Tytuł ustawy mówi o zmianie ustawy o działalności leczniczej, ale tą samą ustawą zmieniamy kilka innych ustaw, między innymi o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o publicznej służbie krwi czy też ustawę refundacyjną – w zakresie tylko jednego, ale istotnego artykułu.

Panie Przewodniczący, Wysoka Komisjo, zmian jest kilkanaście i co do zasady, w znakomitej większości przypadków, mają one – tam, gdzie dotyczą innych ustaw – charakter doprecyzowania w związku z porządkiem prawnym zmienionym po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej. Tak jest chociażby w przypadku ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym czy ustawy o publicznej służbie krwi.

Poza tym zmiany można by było uszeregować w dwie zasadnicze grupy. Pierwsza grupa to są zmiany, które mają za zadanie, tak jak powiedziałem, doprecyzować, doprowadzić do uwspólnienia i ujednoczenia porządku prawnego zmienionego po wprowadzeniu ustawy o działalności leczniczej. Druga grupa to grupa niewielkich zmian – pewnie nadużyciem byłoby powiedzieć, że mają one charakter wyłącznie redakcyjno-legislacyjny, ale jeśli chodzi o ich meritum, to w samej mechanice ustawy o działalności leczniczej nie zmieniają zbyt wiele. I w końcu jest kilka takich zmian, o których absolutnie trzeba powiedzieć, że są dość istotne.

Może zacznę od końca, a więc od ustawy refundacyjnej i nowelizowanego art. 49. Mieliśmy – tak naprawdę także świadczeniodawcy i zainteresowane podmioty miały – sporo wątpliwości co do tego, w jaki sposób czytać obecnie obowiązujący zapis art. 49 ust. 3 ustawy refundacyjnej. Przypomnę, że odnosi się on do kwestii związanych z zakazem przekazywania darowizn. I propozycja... Tutaj gwoli przypomnienia powiem, że ustawa, która jest w tym momencie przedkładana i która jest procedowana w Senacie, to wynik dwóch przedłożeń poselskich, projektu Klubu Parlamentarnego Prawa i Sprawiedliwości oraz projektu Klubu Parlamentarnego Platformy Obywatelskiej. I to właśnie w projekcie złożonym przez posłów Prawa i Sprawiedliwości znalazły się propozycje zmian dotyczących art. 49, przeredagowane następnie w trakcie prac komisji, ale co do zasady art. 49 zmienia się w taki sposób, żeby jasno i precyzyjnie określić, kto i komu nie może przekazywać darowizn, jaka jest odpowiedzialność za ich przekazywanie i po czyjej leży stronie. Bo obecne, jeszcze obowiązujące brzmienie art. 49 ust. 3 wskazuje na to, że ta norma prawna zaadresowana jest w zasadzie do wszystkich, czyli po prostu, literalnie rzecz ujmując, stwierdza się „zakazane jest” i dalej enumeratywnie wylicza się to, co jest zakazane, bez określenia tego, kto, komu i czego nie może dawać, ofiarować czy też przekazywać.

Zmiany, które na pewno wymagają omówienia, jeśli chodzi o samą ustawę o działalności leczniczej, to zmiany dotyczące kwestii potocznie określanej w opinii publicznej jako kwestia hospicjów i organizacji pożytku publicznego. Skrótowno: ustawa o działalności leczniczej zdefiniowała działalność leczniczą jako regulowaną działalność gospodarczą, a to, w związku z obowiązującymi zapisami w ustawie o zasadach prowadzenia działalności pożytku publicznego, skutkowałoby tym, że podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego w ochronie zdrowia musiałyby po dniu 1 lipca 2012 r., czyli po upływie *vacatio legis* dla ustawy o działalności leczniczej, to znaczy okresu dostosowawczego przewidzianego w tej ustawie, podjąć decyzję i dokonać wyboru, czy prowadzić działalność pożytku publicznego, czy prowadzić działalność leczniczą. Ten problem jest w tej nowelizacji zaadresowany i jeśli chodzi o hospicja, o podmioty lecznicze prowadzone generalnie przez organizacje pożytku publicznego, kościelne osoby prawne, to po 1 lipca w stanie prawnym nie zmieni się nic, a więc nie będzie tego konfliktu, który funkcjonował u zbiegu tych dwóch ustaw.

Drugą istotną kwestią zaadresowaną w tej nowelizacji jest kwestia ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, w związku z którą mamy do czynienia z sytuacją... Takie ubezpieczenie zostało wprowadzone z dniem 1 stycznia 2012 r. i, jak państwo senatorowie doskonale wiecie, jest ono obowiązkowe, okazało się jednak, że na etapie realizacji, to znaczy tak naprawdę podczas ofertowania tegoż produktu przez ubezpieczalnię, żądana kwota składki zdecydowanie przewyższa nasze wyliczenia i szacunki, których dokonywaliśmy, kiedy wprowadzaliśmy ten tytuł prawny, a więc ubezpieczenie od zdarzeń medycznych. Zakładaliśmy wtedy, że koszt takiego ubezpieczenia nie powinien przekraczać średniej kwoty około 100 tysięcy zł, ale okazało się, że średnia ofertowana kwota wynosi około 400 tysięcy zł. To z kolei spowodowało, że znakomita większość szpitali nie podjęła decyzji o tym, żeby takie ubezpieczenie zawrzeć. W ustawie proponujemy kilka rozwiązań tego problemu. Po pierwsze, proponujemy przejście z ubezpieczenia obowiązkowego na fakultatywne do końca roku 2013, a więc podmiotowi leczniczemu pozostawiamy decyzję, czy chce się ubezpieczyć, czy też woli ponieść... Oczywiście nie zmieniamy niczego, jeśli chodzi o odpowiedzialność – odpowiedzialność i sam tytuł prawny w dalszym ciągu pozostają – ale pozostawiamy podmiotowi leczniczemu decyzję, czy podejmie rozmowę z zakładami ubezpieczeniowymi na okoliczność zawarcia takiej umowy ubezpieczenia, czy też nie. Po drugie, ponieważ uznajemy, że jedną z głównych przyczyn wysokiego kosztu ubezpieczenia medycznego na etapie ofertowania w tym momencie jest wysokość sumy gwarancyjnej ubezpieczenia, to obniżamy ją, uzależniając ją od wielkości szpitala definiowanej liczbą łóżek, które w szpitalu się znajdują. Określamy, że powinien to być 1 tysiąc zł na łóżko, ale zarazem nie powinno to być mniej niż 300 tysięcy zł, a więc tyle, ile wynosi maksymalna kwota wypłaty odszkodowania, zadośćuczynienia w przypadku śmierci pacjenta. To spowoduje, że suma gwarancyjna, która dzisiaj jest niejako zaszyta na sztywno na poziomie jednego 1 miliona 200 tysięcy zł, ulegnie istotnemu zmniejszeniu. Gwoli informacji dodam tylko, że średnia wielkość szpitala w Polsce to dwieście pięćdziesiąt pięć łóżek, a więc w odniesieniu do dużej części szpitali będziemy mówili o tej minimalnej kwocie sumy gwarancyjnej, czyli o 300 tysiącach zł, a zatem o kwocie blisko czterokrotnie niższej niż obecnie. I w końcu trzecia propozycja jest taka, żeby podmioty, które będą zawierały umowę ubezpieczenia – niezależnie od tego, czy do końca 2013 r., czy później – miały możliwość podjęcia decyzji o tak zwanym udziale własnym w kwocie ubezpieczenia, zdefiniowanym albo jako udział proporcjonalny, albo też na zasadzie franszyzy integralnej, czyli na takiej zasadzie, że w pierwszej kolejności odpowiedzialność ponosi podmiot leczniczy, a dopiero potem, po wyczerpaniu umówionej kwoty sumy gwarancyjnej, odpowiedzialność ponosi zakład ubezpieczeń.

Nie wiem, Panie Przewodniczący, czy powinienem w tym momencie omawiać wszystkie pozostałe zmiany, czy może omówimy je w trakcie dalszej dyskusji; ja oczywiście bardzo chętnie to zrobię i nie unikam tego w żaden sposób, ale zostawiam to decyzji pana przewodniczącego.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Panie Ministrze, myślę, że bardzo jasno i klarownie przedstawił pan główne kwestie dotyczące ustawy, a w zasadzie jej trzy zasadnicze cele, i myślę, że to nam na tym etapie absolutnie wystarczy, ale oczywiście jeżeli panie i panowie senatorowie w trakcie dyskusji będą mieli pytania, to...

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:*  
Tak, tak, o to chodzi.)

...to nam to po prostu wyjdzie. A te trzy kwestie, które były najbardziej istotne, zostały bardzo klarownie i elegancko – dziękuję, Panie Ministrze – omówione.

Mam pytanie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, tak, oczywiście, Panie Marszałku. Bardzo proszę.

### **Senator Stanisław Karczewski:**

Bardzo przepraszam, ja jednak mam inne zdanie, Panie Przewodniczący, i prosiłbym... Pan minister bardzo ładnie przekazał te trzy główne założenia, istotne, ważne, co do których nie ma żadnych kontrowersji i z którymi się oczywiście zgadzamy. Gdyby jednak pan minister był uprzejmy przedstawić pozostałe zmiany – bo ja nie wiem, a śledziłem tę ustawę, czy w Sejmie doszło do jakichś ważnych poprawek w zakresie tych wspomnianych mniej istotnych zmian, czasami kosmetycznych... A więc gdyby można było prosić pana ministra o przedstawienie tych zmian w telegraficznym skrócie, to byłbym bardzo wdzięczny. Zadaję zatem takie konkretne pytanie: jakie jeszcze zmiany zostały wprowadzone w tej ustawie? Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Panie Marszałku, oczywiście, chyląc głowę przed stanowiskiem...

*(Senator Stanisław Karczewski:* Myślę, że... Zapoznamy się z tym.)

Nie ma problemu, myślę, że to nie będzie specjalny kłopot. I jeżeli można, Panie Ministrze...

Czy jeszcze ktoś z państwa senatorów chciałby teraz zabrać głos?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Potem, tak?

Czy pan minister mógłby króciutko...

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Oczywiście. Może nie będę się teraz posługiwał poszczególnymi zapisami zaproponowanych zmian, bo rozumiem, że na to będzie czas, jeżeli taka będzie wola Wysokiej Komisji, omówię tylko i zaznaczę te wspomniane inne zmiany, które zostały wprowadzone.

A więc tak: doprecyzowujemy definicję przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, wskazując na to, że w jednym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego prowadzony jest jeden rodzaj działalności. Dodajemy przepis, który jednoznacznie określa, że zdefiniowanie przedsiębiorstwa...

Zmienia się też sama definicja przedsiębiorstwa, bo w obowiązującym brzmieniu ustawy o działalności leczniczej posługujemy się definicją zaczerpniętą z kodeksu cywilnego, a tutaj odchodzimy od tej kodeksowej definicji między innymi po to, żeby nie było wątpliwości, że chodzi o osobny, odrębny podmiot gospodarczy, i jednocześnie doprecyzujemy jasno i wyraźnie, że przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego nie prowadzi odrębnych bilansów, odrębnych sprawozdań finansowych, chyba że organ założycielski postanowi inaczej. Mówiąc krótko: ponieważ pojawiały się zgłaszane przez podmioty wątpliwości co do tego, jak głęboka powinna być ta zmiana polegająca na wydzieleniu przedsiębiorstwa, to odpowiadamy, że powinna ona polegać na wydzieleniu funkcjonalnym i oczywiście zarejestrowaniu każdego przedsiębiorstwa leczniczego w Głównym Urzędzie Statystycznym w drodze nadania nowego numeru REGON. To z kolei jest dla nas bardzo istotne, bo obecnie nie wiemy, proszę Wysokiej Komisji, ile tak naprawdę mamy w Polsce szpitali, ponieważ mamy tylko i wyłącznie wpisy rejestrowe dotyczące SPZOZ. A zmienioną ustawą o działalności leczniczej i ustanowieniem nowych numerów REGON wprowadzamy obowiązek rejestracji, tak że każdy rodzaj działalności leczniczej, szpital czy ambulatorium, będziemy mogli określić, a więc dopiero teraz będziemy mogli policzyć, ile mamy pracujących, funkcjonujących podmiotów leczniczych zarejestrowanych w naszym kraju. Ale też doprecyzujemy, że nie chodzi tutaj o to, że każdy podmiot musi prowadzić odrębną rachunkowość, sporządzać odrębne bilanse, bo siłą rzeczy w większości szpitali mamy przecież także poradnie ambulatoryjne. A więc to nie chodzi o to, aby osobno rozliczał się szpital i by osobno rozliczały się ambulatoria i poradnie specjalistyczne, które funkcjonują przy tym szpitalu, chodzi tylko o to, żeby można je było wydzielić i wyodrębnić.

Dalej. Doprecyzujemy kwestię zaliczenia do katalogu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne na przykład świadczeń udzielanych w sanatorium uzdrowskim czy świadczeń z zakresu leczenia uzależnień, poza tym otwieramy ten katalog, ponieważ obecnie jest on katalogiem zamkniętym, dookreśliśmy przy tym, że oprócz wymienionych świadczeń mogą pojawić się także inne – po to, żeby nie musieć reagować zmianą ustawy każdorazowo, kiedy okaże się, że gdzieś jest jakiś nowy rodzaj prowadzonej działalności.

Dajemy także podmiotowi leczniczemu niebędącemu przedsiębiorcą – czyli, bardziej zrozumiale, samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, bo tamto określenie nie jest w stu procentach precyzyjne, chociaż mniej więcej oddaje sens – możliwość prowadzenia także działalności innej niż działalność gospodarcza, pod warunkiem że będzie to przewidywał jego statut. Chodzi tutaj przede wszystkim o działalność oświatową, czyli o to, żeby nie doprowadzić do sytuacji, w której w SPZOZ nie będzie można prowadzić działalności chociażby edukacyjnej polegającej na kształceniu kadry medycznej.

Poruszamy także kwestię wymogów rejestracyjnych dotyczących praktyki zawodowej prowadzonej przez lekarza lub pielęgniarkę czy położną. To jest dostosowanie wynikające z tego, że powstała nowa instytucja, jaką jest Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej,

a więc należy po prostu dostosować przepisy z ustawy o działalności leczniczej do tych... Nie zgłaszamy, nie rejestrujemy praktyki w rejestrze działalności gospodarczej, tylko w tym centralnym rejestrze, który zastąpił wszystkie rejestry prowadzone dotąd odrębnie.

Doprecyzujemy również, co ma określać regulamin organizacyjny w zakresie opłat, ponieważ pojawiała się wątpliwość, czy podmiot będący przedsiębiorcą, a więc inny niż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, może świadczyć usługi odpłatne. Tej wątpliwości w tym momencie już nie ma.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Pani Senator, bardzo proszę...

*(Senator Helena Hatka: ...Panie Przewodniczący, nie będę.)*

Ja nawet nie włączam mikrofonu...

*(Senator Helena Hatka: Przepraszam.)*

Proszę, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Zmiana ósma lit. b, zawarta w art. 1.

Upraszcza przepisy dotyczące udzielania zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Otóż ani wcześniej, w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, ani później, w ustawie o działalności leczniczej, nie było takiego wyłączenia, jakie jest przewidziane w prawie zamówień publicznych, a więc wyłączenia w przypadku kwoty do 14 tysięcy euro, gdy przeprowadza się postępowania z wolnej ręki, a zatem bez konieczności uwzględnienia trybu przetargowego. I my tu dostosowujemy przepisy w tym zakresie – wtedy, kiedy w grę wchodzi kwota nie większa niż 14 tysięcy euro, nie ma konieczności ogłaszania postępowania konkursowego wynikającego z ustawy.

Zmieniamy niektóre zasady dotyczące zaopatrywania pacjenta w szpitalne znaki identyfikacyjne, uzależniając ich zastosowanie między innymi od decyzji kierownika, dyrektora podmiotu leczniczego, a więc dodajemy, że jeżeli jest przeciwwskazanie w przypadku danego pacjenta co do zaopatrzenia go w znaki identyfikacyjne, to dyrektor danego podmiotu może podjąć decyzję, żeby pacjent nie musiał być zaopatrywany w takie znaki. Oczywiście chodzi tutaj o zmiany co do zaopatrywania w znaki identyfikacyjne pacjentów zakładów świadczących psychiatryczne świadczenia zdrowotne. Chodzi też o niemowlęta, w tym także niemowlęta z ciężkich mnogich, w przypadku których zrezygnowaliśmy z jednej rzeczy, a mianowicie z zaopatrywania w znaki rzymskie na rzecz po prostu znaków arabskich. Obowiązujący w tej kwestii przepis był kompletnie niespójny z współczesną rzeczywistością, bo identyfikatory i tak są kodowane, w związku z czym nie można odczytać bezpośrednio, czy użyta jest jedyńska rzymska, czy jedyńska arabska.

Jak powiedziałem, dużo jest właśnie takich zmian technicznych i doprecyzowujących.

Wyłączamy stosowanie przepisów dotyczących kierownika podmiotu leczniczego wobec kierowników podmiotu

lecniczego Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego czy też Straży Granicznej, to znaczy nie wymagamy przeprowadzenia konkursu na kierownika takich zakładów, a to z tego prostego względu, że tu chodzi w zasadzie w stu procentach o funkcjonariuszy, a więc ciężko jest mówić o konkursie w sytuacji, w której tak naprawdę mamy pełną, stuprocentową podległość służbową. Poza tym dotyczy to tak naprawdę jednostek budżetowych, a więc podmiotów, które i tak są niejako w strukturach właściwych urzędów.

Jest też kilka przepisów doprecyzowujących ustalanie wskaźnika zadłużenia – chodzi tu bodaj o sytuacje przekształcania podmiotów i wyliczania związanych z tym z jednej strony kwot pomocy, a z drugiej strony kwot zobowiązań, które musi ponieść organ założycielski podczas przekształcania szpitala.

Jednocześnie wprowadzamy nowy instrument wsparcia polegający na tym, że będzie można uzyskać dotację w wysokości kredytów, które zostały co prawda wzięte przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, ale poręczone przez organ założycielski i faktycznie przez organ założycielski były spłacane – czyli dotację w wysokości spłat, których dokonał organ założycielski. To jest tak naprawdę skorelowane z jedną z form pomocy, które obecnie obowiązują, a mianowicie ze spłatą pożyczek udzielonych przez jednostkę samorządu terytorialnego samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, które to pożyczki nigdy nie zostały zwrócone. Sens ekonomiczny jest tutaj dokładnie taki sam, to znaczy sam co prawda nie udzielam pożyczki, ale tę pożyczkę czy kredyt poręczam, a potem to fizycznie spłacam. Z ekonomicznego punktu widzenia ma to dokładnie takie samo znaczenie, dlatego postanowiliśmy, że warto byłoby zadbać o to, żeby wszyscy byli traktowani w ten sam sposób.

Dodajemy Wojskową Radę Lekarską jako organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zmieniamy także przepisy regulujące kwestię przyznawania dotacji i są to zmiany, które mają kilka wymiarów. Po pierwsze, wprowadzamy zapis mówiący o tym, że podmioty, które uzyskują dotację na prowadzenie programów zdrowotnych, a więc wydatków bieżących, nie powinny być objęte wzorem z art. 114 regulującym wysokość potencjalnej dopłaty, dlatego że doprowadziłoby to do sytuacji, w której podmioty osiągające przychody inne niż środki publiczne byłyby pokrzywdzone, to znaczy nie miałyby... Mielibyśmy do czynienia z sytuacją, w której nie wszystkie środki przeznaczone na realizację programów zdrowotnych mogłyby zostać wykorzystane, bo byłyby one poddawane rygorom wynikającym z wzoru podanego w art. 114, ograniczającego maksymalną wysokość środków przekazywanych podmiotom. Po drugie, wprowadzamy także zmiany dotyczące podmiotów, które aplikują o uzyskanie dotacji w pierwszym roku swojego funkcjonowania, a więc w ich przypadku w określaniu wysokości, w naliczaniu tejże dotacji nie można odwołać się do wcześniejszych przychodów. Doprecyzujemy również kwestie związane z nienależnym pobraniem dotacji, z wykorzystaniem dotacji niezgodnie z przeznaczeniem oraz z rozliczaniem tychże.

Wprowadzamy też zmianę polegającą na innym rozliczeniu, innym zakwalifikowaniu tych inwestycji, któ-

re zostały rozpoczęte w podmiotach leczniczych przed 1 stycznia 2010 r., a więc przed wejściem w życie nowej ustawy o finansach publicznych. Obecnie te inwestycje są rozliczane i księgowane w ramach funduszy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i dzisiaj mamy do czynienia z taką oto sytuacją: jest wpis zwiększający kwotę bilansową, nie możemy jednak do niego dopasować żadnych przychodów z tego tytułu, a ponieważ chodzi tu o inwestycje z reguły stałe, to mamy amortyzację, która jest cały czas naliczana i generuje dodatkowy koszt samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który to koszt, tak jak powiedziałem, nie jest w żaden sposób rekompensowany stroną przychodową z uwagi na to, że wartość inwestycji została zaksięgowana, wliczona właśnie w ciężar funduszy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Proponujemy więc, żeby jednorazowo można było dokonać rozliczenia i przeksięgowania tychże inwestycji – czyli rozpoczętych przed 1 stycznia 2010 r. i finansowanych z dotacji – w taki sposób, by wpisać sumy odpowiadające kosztom amortyzacji z kolejnych lat w rozliczenie międzyokresowe przychodów, tak żeby nie miały one wpływu na finansowy wynik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w przyszłości. Szacujemy, że ujemny wynik, który mógłby się z tego tytułu pojawić, a więc bez przepływu finansowego, a wynikający tylko i wyłącznie z rozliczeń księgowych, mógłby sięgnąć kwoty nawet 1 miliarda 200 milionów zł w przypadku wszystkich szpitali.

I to chyba...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

A, jeszcze poprawki, jeżeli Wysoka Komisja sobie życzy... Bo pan marszałek mówił o poprawkach, czyli zmianach, które zostały zgłoszone... Ale one w sposób...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

To znaczy w przypadku ustawy o publicznej służbie krwi chodziło o umożliwienie regionalnym centrom krwiodawstwa i krwiolecznictwa pobierania dotacji. Jest taka propozycja, a wynika ona z tego, że regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa w normalnej sytuacji podlegałyby, jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, tym samym rozwiązaniom i tym samym regulacjom co wszystkie inne SPZOZ, choć sytuacja regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest o tyle inna, że nie są to podmioty, które co do zasady udzielają świadczeń, w związku z czym nie osiągają z tego tytułu przychodów – ich działalność jest dotowana bezpośrednio z budżetu, z jego części 46, czyli z budżetu ministra zdrowia.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Panie Ministrze.  
Pani senator Czudowska. Proszę bardzo.

### **Senator Dorota Czudowska:**

Panie Ministrze, proszę mnie uspokoić, bo... Mam nadzieję, że coś źle zrozumiałam. Czy to znaczy, że jeśli dane przedsiębiorstwo prowadzi kilka podmiotów leczniczych, to każdy z nich musi mieć swój REGON? Czyli na przykład poradnia gastrologiczna ma swój REGON, oddział...

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Nie.

**Senator Dorota Czudowska:**

A więc źle zrozumiałam, to dobrze. To jedna kwestia, jeszcze mi ją pan wyjaśni.

A druga kwestia to amortyzacja. Czy dobrze rozumiem, że koszty amortyzacji będą zwracane jako... liczone na poczet nowej, przyszłej inwestycji, czyli na poczet, powiedzmy, zakupu nowego sprzętu, czy też po prostu przestaną w ogóle istnieć w księgowości?

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Panie Ministrze, proszę uprzedzić.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, Pani Senator, Wysoka Komisjo, otóż nie, absolutnie nie, nie chodzi o odrębny REGON i odrębną rejestrację każdej poradni czy każdej działalności. Nie. To jest dla każdego rodzaju działalności. A więc jeśli rejestruję szpital, to dostaję REGON na szpital, jeśli rejestruję ambulatorium, to dostaję REGON na ambulatorium...

*(Senator Dorota Czudowska: Na AOS, tak?)*

I szpital...

*(Głos z sali: A laboratoria? Na to też osobno?)*

Na laboratorium, na czyli całodobowe świadczenia inne niż szpitalne... Tak naprawdę są trzy rodzaje tych działalności, a więc: szpital, ambulatorium i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne. To są tylko i wyłącznie te rodzaje.

A jeśli chodzi o amortyzację, to oczywiście amortyzacja nie znika. Czego dotyczy zmiana? Ona dotyczy tak naprawdę sytuacji przeszłej, która już miała miejsce. Proszę zwrócić uwagę na to, że jeżeli otrzymuję jako podmiot leczniczy dotację na przeprowadzenie inwestycji – niech to będzie dotacja ze środków unijnych czy z jakichkolwiek innych środków – to obecnie jest ona księgowana w taki sposób, że zwiększam nią przychody mojego podmiotu, czyli uzyskuję zwiększenie strony przychodowej. Jest też oczywiście zwiększenie pasywów w bilansie, bo wartość inwestycji rozlicza się także po stronie pasywnej, ale zamortyzowanie tego majątku, czyli coś, co jest kosztem, ale nie jest wydatkiem, jest zbilansowane tym przychodem, który został uzyskany poprzez otrzymanie dotacji. Przed 1 stycznia 2010 r. było tak, że jeżeli samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej otrzymał dotację, to nie wykazywał jej w przychodach, tylko w funduszu zakładu, czyli nie było zbilansowania przyszłego kosztu amortyzacji zwiększonymi przychodami tej instytucji. A więc tu jest kwestia tylko i wyłącznie wyrównania, doprowadzenia do tego, by ktoś, kto otrzymał dotację inwestycyjną przed 1 stycznia 2010 r.,

nie był w związku z tym w gorszej sytuacji od kogoś, kto otrzymał taką dotację na przykład 3 stycznia 2010 r. I tu jest ta jedyna różnica. A więc odnosimy się do dotacji, które zostały udzielone w przeszłości, przed rozpoczęciem obowiązywania ustawy o finansach publicznych.

*(Senator Dorota Czudowska: Ale czy to nam sztucznie nie wzbogaci...)*

Nie spowoduje to sztucznego zwiększenia kosztów, nie wzbogaci... To znaczy powinno to jednorazowo, w momencie przeliczenia, poprawić wynik finansowy, ale nie będzie to generować sztucznego zwiększania kosztów, które w innym przypadku by były – wtedy musielibyśmy naliczać koszty amortyzacji w żaden sposób niezbilansowane przychodami, a teraz będziemy mieli ten koszt amortyzacji zbilansowany, w rozliczeniu międzyokresowym przychodów, a więc jeden do... A więc nie będzie tu negatywnego efektu księgowego dla podmiotu.

*(Przewodniczący Rafał Muchacki: Dziękuję bardzo, Panie Ministrze... Czyli po prostu, krótko mówiąc, dotacja jest wykazana w dochodach szpitala. Tak?)*

Ona tam już w tej chwili, Panie Przewodniczący, jest, ale nie była w przypadku dotacji sprzed 1 stycznia 2010 r.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Tak, o to mi chodziło. Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, pan senator Gogacz.

**Senator Stanisław Gogacz:**

Chciałbym zapytać o art. 100 ustawy o działalności leczniczej. Była już przeprowadzona dyskusja, jeżeli chodzi o to, co... Bo w ust. 1 pkt 6 tego artykułu zaszła zmiana mówiąca o tym, iż nie tylko imię i nazwisko, nie tylko adres do korespondencji, ale również nazwa przedsiębiorstwa ma się... A później w tym artykule dodano jeszcze ust. 1a. I w związku z tym chciałbym zapytać, czy określenie „podmiot leczniczy” oznacza to samo, co w słowniczku znajdujemy jako „podmiot wykonujący działalność leczniczą”.

*(Głos z sali: Nie.)*

Skoro nie, to dlaczego w słowniczku tego nie ma? To jest pierwsze moje pytanie. W słowniczku w punkcie... W słowniczku mamy „podmiot wykonujący działalność leczniczą”, ale nie znalazłem definicji podmiotu leczniczego. Ale w zmianie państwo proponujecie...

*(Rozmowy na sali)*

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

To znaczy, Panie Ministrze... Tak to jest sformułowane: „podmiot wykonujący działalność leczniczą – podmiot leczniczy”...

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: W słowniczku ustawy?)*

To jest w ustawie, w art. 1 jest to dość wyraźnie napisane.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Proszę, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Panie Przewodniczący, podmiot leczniczy i podmiot wykonujący działalność leczniczą to nie to samo. „Podmiot leczniczy” to pojęcie węższe, a „podmiot wykonujący działalność leczniczą” to podmiot leczniczy plus praktyka – bo są indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie, położnicze – a zatem tutaj jest różnica. Ale ja nie wiem, czy do tego zmierzało czy też miało zmierzać pytanie pana senatora o to, dlaczego nazwa przedsiębiorstwa, o której mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego. Rozumiem, że...

### **Senator Stanisław Gogacz:**

Właśnie, bo tu mamy taką sytuację... Zgodnie z dyspozycją tegoż artykułu będziemy mieli, jak rozumiem, taką sytuację, że w ramach jednego przedsiębiorstwa czy jednego podmiotu będzie bardzo wiele praktyk...

*(Głos z sali: Nie, nie, nie.)*

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Nie. Podczas rejestracji będziemy mieli... O cóż tu chodzi? Tutaj znowu w grę wchodzi przepisy dotyczące statystyki publicznej. Otóż wprowadzamy wyszczególnienie, które spowoduje, że będziemy mogli powiedzieć, ile jest szpitali, a ile jest ambulatoriów. I po prostu sytuacja jest taka, że jeżeli dzisiaj działa podmiot leczniczy, który nazywa się Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kowalikach i w tym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kowalikach... Taka jest nazwa tego podmiotu, gdyby to nie był SPZOZ, tylko podmiot prowadzący działalność będący przedsiębiorcą, to można by było powiedzieć, że to jest jego firma. W każdym razie podczas rejestracji i nadawania numeru REGON musimy zaznaczyć, o jaki rodzaj działalności chodzi, to znaczy nie możemy podać dwóch identycznych nazw w przypadku podmiotu i jego przedsiębiorstwa. A więc jeżeli nazwa podmiotu to „Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kowalikach”, to podczas rejestracji przedsiębiorstwa mówimy: „Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kowalikach – Szpital” albo „Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kowalikach – Ambulatorium”. Tylko i wyłącznie o to tutaj chodzi.

*(Senator Stanisław Gogacz: To, jeżeli można...)*

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Proszę bardzo.

### **Senator Stanisław Gogacz:**

Mam jeszcze drugie pytanie.

Panie Ministrze, chodzi mi jeszcze o tę samą ustawę, ale o art. 13 pkt 2. Tym, co wcześniej dotyczyło działalności gospodarczej... Działalnością inną niż lecznicza była wcze-

śniej działalność gospodarcza, która, mówiąc krótko, nie zakłócała spokoju pacjenta. Teraz zaś proponuje pan, żeby w miejsce „działalność gospodarcza” wpisać „działalność inna”, a w prezentacji powiedział pan bardzo szybko, że ta „działalność inna” to działalność oświatowa.

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Przede wszystkim.)*

Wydaje mi się jednak, że to nie wyczerpuje całego zakresu tych możliwości, bo działalność oświatowa może być również działalnością gospodarczą...

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Nie może być.

*(Głos z sali: Zgodnie z ustawą nie może być.)*

### **Senator Stanisław Gogacz:**

Ale mamy całą edukację medyczną itd., można przecież realizować różne programy itd. Proszę mi więc powiedzieć, czy ta zmiana naprawdę coś zmienia, czy raczej zwiększa możliwości wprowadzania... to znaczy czy da podmiotom leczniczym możliwość prowadzenia działalności innej niż lecznicza w większym stopniu niż obecny zapis.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Nie bardzo, Panie Senatorze, dlatego że gdybyśmy mówili o innej działalności, czy leczniczej, czy nieleczniczej, to ona co do zasady, to znaczy w znakomitej większości przypadków, i tak byłaby po prostu działalnością gospodarczą. Proszę zwrócić uwagę na to, że ta zmiana, tak jak słusznie pan senator zauważył, polega na tym, że z obecnej treści przepisu w pkt 2 „może być wykonywana działalność gospodarcza inna niż działalność lecznicza, pod warunkiem że działalność ta nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia” wykreślamy po prostu słowo „gospodarcza”, a więc otrzymujemy zapis „może być wykonywana działalność inna niż działalność lecznicza, pod warunkiem, że nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia”, czyli nie będzie doprecyzowywania, czy chodzi o działalność gospodarczą, czy działalność niegospodarczą. Co do zasady moglibyśmy powiedzieć na przykład, że w takiej sytuacji, w ramach tego samego podmiotu, w tym samym miejscu mogłoby funkcjonować hospicjum – które przecież nie prowadzi działalności gospodarczej jako takiej – jeżeli tylko nie będzie ono przeszkadzało pacjentom. Ale intencją zmiany tak naprawdę jest to, tak jak powiedziałem, żeby nie było wątpliwości co do tego, że w szpitalach może odbywać się edukacja, czyli chodzi przede wszystkim o działalność oświatową i...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*



To znaczy my nie znaleźliśmy, Panie Marszałku, takiego powodu, dla którego musielibyśmy ograniczać to zapisem przykładowo „działalność gospodarcza i oświatowa”. Nie widzimy takiej potrzeby.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.  
Teraz pan senator Kraska, a potem pani senator.  
Proszę, Panie Senatorze.

### **Senator Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.  
Panie Ministrze, ja staram się śledzić prace i w podkomisji, i w komisji sejmowej, i powiem szczerze, że powinienem zadać pytanie, które padało najczęściej w czasie tych prac, czyli: dlaczego tak późno...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale powiem tylko, że lepiej późno niż wcale.

Panie Ministrze, cieszy mnie to, co pan podkreślił, iż w czasie prac podkomisji posłowie pracowali nad dwoma projektami, czyli nad projektem Prawa i Sprawiedliwości oraz nad projektem Platformy Obywatelskiej. Myślę, że ta wspólna praca przynosi dobre efekty.

Ale przejdę już do ustawy, nad którą procedujemy. Mam dwa konkretne pytania, Panie Ministrze.

Pierwsze dotyczy art. 1 pktu 5 lit. b. Wiem, że podczas prac komisji w Sejmie zgłoszono poprawkę, która jakby zawężyła troszkę zakres tego artykułu w taki sposób, że z działalności leczniczej podlegającej ustawie o swobodzie działalności gospodarczej wyłącza się działalność pożytku publicznego i...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...i działalność charytatywno-opiekuńczą. Wiem, że pan jako minister był przeciwny tej poprawce. Może pan w skrócie wyjaśnić, co by zmieniło w działalności tych podmiotów to, jeżeli byłyby one wyłączone spod działania wspomnianej ustawy?

Drugie moje pytanie dotyczy tego, że w rozpatrywanej nowelizacji wydłużamy okres, w którym szpitale muszą się ubezpieczyć, do końca 2014 r. No, wiemy – mówiliśmy o tym już w czasie pracy nad nowelizowaną ustawą – że ten obowiązek będzie rodził duże koszty dla szpitali. I tak też się stało. Wiele szpitali się nie ubezpieczyło, ponieważ pojawił się tylko jeden ubezpieczyciel w postaci PZU, który wywindował stawki ubezpieczeń dość wysoko. Ale też, Panie Ministrze, niektóre szpitale się ubezpieczyły, czyli poniosły pewne koszty. A więc teraz okazuje się, że ci, którzy nie wypełnili zapisów ustawy, czyli czekali z ubezpieczeniem do tego czasu, dalej nie będą się ubezpieczali, a ci, którzy zapłacili, zapłacili jakby frycowe. Tak więc z tym jest tak jak kiedyś, kiedy tym szpitalom, które się zadłużały, umarzano potem długi, a wtedy ich dyrektorzy wychodzili na menadżerów, z kolei ci, którzy pilnowali dyscypliny budżetowej...

*(Senator Dorota Czudowska: ...na frajerów.)*

...na frajerów – ja patrzę na to troszeczkę z tej perspektywy. Czy zatem wiemy w ogóle, ile szpitali ubezpieczyło się już w tej wymaganej formie, a ile z tym czeka?

I jeszcze jedno pytanie. W nowelizacji chodziłoby właściwie o działalność hospicyjną, w tej sprawie czas nagli, ta nasza praca jest w tej chwili bardzo szybka – nawet nie ekspresowa, ale jeszcze szybsza – ponieważ musimy to skończyć, uchwalić tę ustawę do końca czerwca. Dlatego troszeczkę dziwi mnie to rozszerzenie nowelizacji o sprawy dotyczące ratownictwa medycznego, o ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym i o ustawę o prawach pacjenta. Czy może pan powiedzieć, dlaczego akurat w tym momencie wprowadzacie państwo takie zmiany, taką nowelizację? Czy to wszystko rzeczywiście trzeba było zrobić tak szybko? Wiemy przecież, że to jest projekt sejmowy, zgłoszony przez parlamentarzystów, a państwo pracujecie w ministerstwie nad swoim projektem. A więc czy to jest właściwie tak, że wasz projekt przekazano do Sejmu, czy może tu była jakby wolna twórczość posłów, a wasz projekt jest troszeczkę inny? Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.  
Proszę uprzejmie, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Ja znowu zacznę od końca.

Dziękuję, Panie Przewodniczący, Panie Senatorze.

Wysoka Komisjo, jeżeli pan senator spojrzełby na projekt rządowy, który jest w tym momencie na etapie konsultacji, to zobaczyłby pan, że jego treść w znakomitej większości odpowiada temu przedłożeniu, nad którym dzisiaj Wysoka Komisja się pochyla, acz nie w stu procentach, bo pewne zmiany – może nie jeśli chodzi o przyjęte rozwiązania jako takie, ale o pewne zmiany redakcyjno-legislacyjne – w tym rządowym projekcie w stosunku do tego, którym się obecnie zajmujemy, zaszły. Oczywiście włącza się w to także to, że w projekcie, w przedłożeniu rządowym nie dotykaliśmy w żaden sposób ustawy refundacyjnej, która tutaj jest skonsumowana – jej zmiana, czyli nowelizacja art. 49, wynika z przedłożenia poselskiego, zaproponowanego przez parlamentarzystów Prawa i Sprawiedliwości.

Czy wszystkie zmiany są pilne? Oczywiście nie wszystkie, najważniejsze zmiany to są te, o których powiedziałem w pierwszej kolejności. Ale wyszliśmy z założenia, że po co za moment... Być może dzięki temu po prostu nie będzie konieczności otwierania ustawy o działalności leczniczej w najbliższym czasie. Nie chcielibyśmy... A z kolei pozostawienie zmian częściowo otwartych, a częściowo skonsumowanych mogłoby rodzić kolejne wątpliwości. Stąd propozycja takiego, a nie innego przedłożenia. Poza tym, tak jak powiedziałem, nowelizacja na przykład w odniesieniu do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zawiera tylko jedną, bardzo małą zmianę merytoryczną, a cała reszta to są przepisy dostosowujące ustawę do obecnej ustawy podstawowej, jaką niewątpliwie jest ustawa o działalności leczniczej.

Mam też nadzieję, że nie będzie takich sytuacji, o jakich mówił pan senator, że ci, którzy zapłacili frycowe, wyszli na... a ci, którzy się wywiązali, są jak zwykle w gorszej

sytuacji. Mówię o tym z takiego względu – chociaż ja co prawda prawnie, formalnoprawnie, nie mam żadnego tytułu, żeby o tym mówić – że prowadziliśmy korespondencję z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń i mamy pismo prezesa PZU skierowane do ministra Arłukowicza, w którym to piśmie prezes deklaruje, iż w przypadku zmiany stanu prawnego przewiduje się oczywiście możliwość renegeacji umów, pod warunkiem że to będzie korzystne dla ubezpieczającego. Znaczący zmienia się jeden...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Wie pan, Panie Senatorze, mnie z jednej strony nie pozostaje nic innego, ale z drugiej strony zwracam uwagę na jedną rzecz: tam się zmienia jeden zasadniczy parametr. To znaczy, po pierwsze, zmienia się kwota sumy gwarancyjnej, a ona jest bardzo istotna z punktu widzenia wysokości składki; po drugie, ubezpieczenie przestaje być ubezpieczeniem obowiązkowym, więc można zażądać realizacji czy też podjąć próbę realizacji zwrotu tej kwoty, która nie została w danym przypadku skonsumowana. To znaczy myślę, że... Bo ja jednak staram się nikomu nie przypisywać złej woli czy chęci osiągnięcia nadmiernych zysków, dlatego wydaje mi się, że ta propozycja wysokości składki, która była skierowana do szpitali, w dużej mierze wynikała tak naprawdę z braku wiedzy na temat dalszych losów, przede wszystkim losów orzecznictwa w komisjach. Myślę, że to był duży problem.

Jeśli chodzi o zmianę piątą lit. b, to nie będzie na pewno żadnego problemu z tym, żeby organizacje pożytku publicznego – kościoły, osoby prawne, osoby prawne związków wyznaniowych czy podmioty prowadzące działalność charytatywno-opiekuńczą – po 1 lipca mogły taką działalność w dalszym ciągu prowadzić w niezmięnionej formie. Ja wyrażałem negatywne stanowisko dotyczące tej zaproponowanej zmiany – czyli żeby ust. 2 odnieść tylko i wyłącznie do ust. 1a pkt 1 – dlatego że to by spowodowało, iż podmioty wymienione w pkt 2, czyli podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego i działalność charytatywno-opiekuńczą, byłyby wyłączone ze wszystkich wymogów dotyczących rejestracji, kontroli i spełniania wymagań, które podmioty prowadzące działalność leczniczą muszą spełniać. I stąd wynikał mój sprzeciw. A więc nie chcemy, żeby te podmioty prowadziły działalność rozumianą jako działalność gospodarcza regulowana w myśl zapisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, ale chcemy, żeby spełniały, tak czy inaczej, wymagania, które muszą spełniać wszystkie podmioty udzielające świadczeń medycznych, w tym także wymagania rejestracyjne.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Pani Ministrze.

Teraz wielce szanowna pani senator Hatka. Bardzo proszę.

### **Senator Helena Hatka:**

Chciałabym podziękować szanownym państwu z ministerstwa, że dali nam kilka godzin na zapoznanie się z tak głębokimi zmianami. Ale my potrafimy szybko pracować i skupiać się na rzeczach strategicznych.

Muszę powiedzieć, że niektóre zmiany poszły we właściwym kierunku – na przykład w starej wersji ustawy był zapis o możliwości prowadzenia działalności innej niż działalność lecznicza ze skoncentrowaniem się tylko na działalności gospodarczej i z wyłączeniem działalności związanej z alkoholem i było to zawężeniem, a więc jego zmiana to pójdzie w dobrym kierunku. Również inne zmiany, jakie państwo zaproponowaliście, o różnych ładunkach jakościowych, zmierzają na ogół w dobrym kierunku.

Pozwólcie państwo, że podzielę się jednak ogromnym dyskomfortem, jaki odczuwam jako senator, który ma odpowiedzialnie wspierać rozwój systemu ochrony zdrowia. Otóż omawiana ustawa przyniesie duże zmiany i wprowadzi inny sposób funkcjonowania świadczeniodawców ochrony zdrowia, dlatego uważam, że o wiele łatwiej by się nam pracowało – choć oczywiście dziękuję panu ministrowi, że zwrócił nam uwagę na zmiany, które są kluczowe – gdybyśmy po prostu mieli szersze informacje na temat wprowadzanych zmian. Ale, jak mówię, rozumiemy sytuację i oczywiście będziemy badali skutki tych zmian w ustawie bardzo dogłębnie, tak jak dotychczas było to robione, i niewątpliwie wystąpimy z inicjatywą, gdyby coś się wydarzyło, bo wiadomo, że wszyscy działamy na rzecz pacjentów.

Przejdę teraz do sprawy szczegółowej, a konkretnie do pkt 48 dotyczącego zmian w art. 207 ust. 2, który ma związek z art. 22 ust. 1 i który mówi o zmianach związanych z dostosowaniem bazy podmiotów do wymagań... W tym zapisie oczywiście brakuje przecinka, ale to jest drobna sprawa techniczna. Chciałabym poznać intencję pana ministra, państwa z ministerstwa, co do zmiany tego przepisu, a konkretnie między innymi wycofania się z wymogu opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która wcześniej była wyrażana w formie decyzji, czyli aktu prawnego wynikającego chyba z k.p.a. Dlaczego państwo się z tego wycofaliście, zwłaszcza że termin na to byłby długi, bo podmioty miałyby do roku 2016 dostosować swoje warunki do wymagań, a programy naprawcze, jak rozumiem, miałyby przedłożyć do końca roku 2012?

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo uprzejmie dziękuję, Pani Senator.  
Proszę, Pani Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Bardzo serdecznie dziękuję.

Panie Przewodniczący, Pani Senator, Wysoka Komisjo!

Faktycznie jest tak, że wymagania mają być zrealizowane w roku 2016, ale podmioty mają także obowiązek przedstawić szczegółowy harmonogram dochodzenia do spełnienia tych wymagań i my po prostu wydłużamy o pół roku ten termin, w którym ten program dostosowawczy ma zostać złożony w Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Proszę zwrócić uwagę na to, że w odniesieniu do większości wymogów, które ustawa o działalności leczniczej nakłada, my ten termin po prostu wydłużamy, on nie będzie przypadkał

na 30 czerwca 2012 r., tylko na 31 grudnia 2012 r., tak jak jest chociażby w przypadku wymogów rejestrowych. Uznaliśmy, że w takiej sytuacji warto by było, żeby także ten warunek, ten termin został dostosowany, żeby nie było tak, że część wymagań musi być spełniona w danym terminie, a inne wymagania muszą być spełnione już teraz.

### **Senator Helena Hatka:**

Panie Ministrze, pan nie odpowiedział do końca na moje pytanie. Pytałam o to, dlaczego zrezygnowaliście państwo z decyzji administracyjnych wydawanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Chyba że źle zrozumiałam...

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Już odpowiadam. Nie, nie, Pani Senator, nie zrezygnowaliśmy, proszę zwrócić uwagę, że zmiana czterdziesta ósma brzmi: „w art. 207 w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie”... A więc zdanie drugie „Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej” pozostaje w ustawie niezmiennione.

*(Senator Helena Hatka: OK, dziękuję bardzo.)*

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.  
Proszę bardzo. Pan senator Śmigielski.

### **Senator Bogusław Śmigielski:**

Panie Ministrze, na stronie 14 w art. 5 jest pkt 2: „W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność – itd., itd. – obowiązek”... I potem, na następnej stronie, jest odniesienie do świadczeń opieki zdrowotnej, do ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Ale ze względu na to, że rzeczywiście było niezwykle mało czasu przed tym posiedzeniem, nie mogłem sięgnąć do tej ustawy, dlatego proszę mi wyjaśnić, kto sfinansuje te zobowiązania.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Narodowy Fundusz Zdrowia. W sytuacji, o której pan mówi, opisanej w ustępie... To znaczy my tutaj...

### **Senator Bogusław Śmigielski:**

„Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 2, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia”... I dalej jest odniesienie do ustawy. I prosiłbym o wyjaśnienie, kto to sfinansuje.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

W takim przypadku podmiotem zobowiązanym... Jeżeli chodzi o świadczenia, które nie są finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia...

*(Senator Bogusław Śmigielski: A obowiązek ich udzielania jest nałożony przez wojewodę...)*

...a obowiązek jest nałożony przez organ administracji państwowej, podmiotem zobowiązanym jest minister zdrowia, to znaczy Skarb Państwa. Bezpośrednie roszczenie będzie skierowane w takiej sytuacji zawsze do ministra właściwego do spraw zdrowia.

### **Senator Bogusław Śmigielski:**

Czy mógłbym się dowiedzieć, jak to będzie opisane? To będzie określone w rozporządzeniu? Czy tu będzie stosowane proste pisemne zwrócenie się z rachunkiem do ministerstwa?

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Tak naprawdę rachunek jest przedstawiany w tym wypadku podmiotowi zobowiązanemu...

*(Senator Bogusław Śmigielski: Temu, który wydał decyzję?)*

Nie temu, który wydał decyzję, a temu, który jest zobowiązany, czyli w takiej sytuacji ministrowi zdrowia. To znaczy nie przysługuje roszczenie w odniesieniu do wojewody, tylko w odniesieniu do ministra zdrowia.

Chcę tu zwrócić uwagę na jedną rzecz. Otóż my nie zmieniamy, Panie Senatorze, kwestii merytorycznych w tym zapisie...

*(Senator Bogusław Śmigielski: Tak, tak, ja...)*

...bo on jest taki, jaki jest obecnie, tyle że wprowadzamy terminologię, której używa się w ustawie o działalności leczniczej, a więc termin „podmioty wykonujące działalność leczniczą”.

### **Senator Bogusław Śmigielski:**

Nie uzasadniłem, dlaczego o to pytałem. A pytałem dlatego, że nie mogłem sięgnąć do ustawy z powodu krótkiego czasu na przygotowanie się, w głowie zaś tej ustawy nie mam. Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.  
Proszę uprzejmie, pan senator Leszek Piechota.

### **Senator Leszek Piechota:**

Panie Ministrze, mam podobne pytanie, ponieważ ja również nie mam pierwotnej wersji ustawy. Chodzi mi o zmianę dotyczącą ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym. Czy punkt odnoszący się do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego – pytam, bo nie mam pierwotnej wersji ustawy

– to tylko jakaś kwestia semantyczna, czy wprowadza on jakąś zasadniczą zmianę co do prowadzenia działalności w tych lecznicach? Dziękuję.

(Przewodniczący Rafał Muchacki: Dziękuję bardzo, Panie Senatorze...)

Kolejne pytanie dotyczy prawa o szkolnictwie wyższym. Czy to tylko... Bo była taka zajawka ze strony pana ministra na temat chyba działalności leczniczej prowadzonej przez szkoły wyższe. Na ile ten zapis, który w tej chwili jest umieszczony w art. 106, dotyczący tego, jaki rodzaj działalności prowadzonej przez uczelnie jest działalnością gospodarczą, wprowadza zmianę w stosunku do wersji pierwotnej? To jest zapis na stronie 13, art. 3 dotyczący prawa o szkolnictwie wyższym. Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo uprzejmie dziękuję, Panie Senatorze. Prosimy pana ministra o wypowiedź.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

A więc tak: jeśli chodzi o zmianę w ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, to poprawiamy błąd, który obecnie w niej jest. Bo obecnie zakład lecznictwa uzdrowiskowego definiowany jest jako podmiot leczniczy, a tymczasem jest to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego. I właśnie tego dotyczy zmiana zawarta w nowelizacji.

Jeśli chodzi o zmianę w prawie o szkolnictwie wyższym, to wykluczamy tutaj możliwość prowadzenia działalności leczniczej przez uczelnię wyższą. Do tego są... Proszę zwrócić uwagę, do tego mają być powołane...

(Senator Leszek Piechota: Wcześniej pan w ogóle o tym nie wspominał, a to jest zasadnicza zmiana w tym momencie...)

Ona nie jest, Panie Senatorze, w moim przekonaniu zasadnicza, dlatego że tak naprawdę działalność leczniczą powinny prowadzić podmioty, które są do tego powołane. Uczelnia też ma prawo powołać podmiot leczniczy jako taki. I proszę zwrócić uwagę na to, że akademie medyczne czy uniwersytety medyczne nie będą – moim zdaniem – rezygnowały z prowadzenia szpitali, dla których są organami założycielskimi. Tak że w moim przekonaniu tu nie ma zmiany zasadniczej.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze. Jeszcze pani senator Helena Hatka. Proszę uprzejmie.

### **Senator Helena Hatka:**

Ja chciałabym spytać o zmiany, które są wprowadzane do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mam podobny problem jak pan senator, to znaczy nie mogę porównać tej zmiany z pierwotną wersją zapisu, dlatego pozwolę sobie zapytać o intencję. Chodzi o pkt 4, czyli o to, że po art. 32 dodaje się art. 32a i dalej jest podane jego brzmienie. Proszę podać intencję wprowadzenia tej treści, bo jak to czytam literalnie, to trochę się niepokoję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Pani Senator. Bardzo prosimy pana ministra o odpowiedź.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Pani senator dotknęła tak naprawdę jedynej zmiany merytorycznej w noweli ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. To jest zmiana, która wynika z tego, że obecnie nie ma zdefiniowania tego, jakim rodzajem działalności jest działalność z zakresu ratownictwa medycznego czy też medycznych czynności ratunkowych. Dlatego teraz określamy, że to może być albo działalność szpitalna, albo działalność medyczna inna niż szpitalna, więc dajemy tu swobodę wyboru. To tak naprawdę będzie miało znaczenie tylko i wyłącznie wtedy, kiedy podmiot leczniczy będzie zgłaszał do urzędu statystycznego czy też będzie określał w swoim statucie, jakie rodzaje działalności wykonuje. I chodzi o to, żeby mógł on zakwalifikować jednoznacznie tę działalność albo do działalności szpitalnej, albo do działalności leczniczej innej niż szpitalna.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Panie Ministrze. Proszę uprzejmie, pan marszałek Stanisław Karczewski.

### **Senator Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, chciałbym się dowiedzieć, kiedy wpłynęły wspomniane projekty ustaw – ten złożony przez Prawo i Sprawiedliwość i drugi, Platformy Obywatelskiej – i czy prace nad nimi nie mogły być na tyle intensywne, abyśmy my teraz mieli lepsze warunki do pracy nad tą ustawą. Pewnie i pan minister przyzna, że warunki zdeterminowane tempem, no, na pewno nie są komfortowe.

Mam jeszcze kilka pytań, które także pewnie wynikają właśnie z braku możliwości dogłębnego wczytania się w nowelizację i porównania jej zapisów z ustawami, które są zmieniane.

Chciałbym się dowiedzieć... Bo docierały do mnie informacje, że w wyniku wprowadzanych tu zmian ta nowelizacja zlikwiduje – choć w tej chwili, z wypowiedzi pana ministra, zrozumiałem coś innego – konieczność przeprowadzania konkursów na stanowiska ordynatorskie... Czy to jest prawda, czy może dotyczy to tylko zakładów budżetowych, Służby Więziennej i tego, o czym pan minister już mówił? I to było drugie pytanie.

Trzecie pytanie dotyczy numerów REGON. Rozumiem, że jeżeli samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w tej chwili już posiada szpital, prowadzi podstawową opiekę zdrowotną – bo tak może być – prowadzi opiekę ambulatoryjną, posiada... No, cóż jeszcze może posiadać? Może jeszcze ma jakąś umowę na...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Słucham?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Trzy?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No, nie, nie. Czy na pewno tylko trzy, czy to jest tu minimalna ilość – no, ja tego nie wiem. Może być jeszcze rehabilitacja... No, nie wiem, czy tylko trzy, czy nieco więcej. Wydaje mi się, że może być nieco więcej niż tylko trzy, ale proszę mnie wyprowadzić z błędu, jeśli błędnie myślę.

Następne pytanie dotyczy tego, czy są w ogóle jakieś kontrakty na kwotę niższą niż 14 tysięcy euro. Czy są takie kontrakty, a jeśli są, to jakie one są? I jak bezkonkursowo miałyby przebiegać ich przydzielanie? Ja nie wyobrażam sobie tego.

I jeszcze o coś miałem zapytać, ale już zapomniałem. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Panie Marszałku.

Proszę uprzejmie, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

To ja znowu zacznę od końca, Panie Przewodniczący.

Panie Marszałku, no, chodzi chociażby o nagłą potrzebę zwołania konsylium lekarskiego złożonego z lekarzy, którzy nie są zatrudnieni w danym podmiocie. Prawda? W takiej sytuacji trzeba im szybko zapłacić i najczęściej, ponieważ jest to jednorazowe świadczenie, nie będzie to kwota przekraczająca 14 tysięcy euro. Prawda? A więc to takie przypadki... Ale tutaj jest jedna kwestia, którą także dopisujemy w tej ustawie, po to, żeby nie dochodziło do sytuacji, w której celowo dzieli się zamówienie, aby uniknąć... Otóż tutaj dopisujemy, że mimo iż do zlecenia wykonywania świadczeń medycznych nie stosuje się przepisów p.z.p., to wprowadzamy tu zasady identyczne jak te obowiązujące w ustawie – Prawo zamówień publicznych w odniesieniu do tego, czego nie można zrobić z zamówieniem, żeby uniknąć... A więc na przykład niemożliwe jest dzielenie zamówienia itd., itd.. To jest zawarte w dawanym art. 26a.

Poza zmianami dotyczącymi jednostek, że tak powiem, siłowych nie wprowadzamy żadnych zmian, jeśli chodzi o konieczność przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze. A więc jak najbardziej w przypadku... Odnosi się to – proszę zwrócić uwagę na art. 49 ustawy – tylko i wyłącznie do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą, czyli do SPZOZ. Zapisy zostają dokładnie takie same w odniesieniu do kierownika, zastępcy kierownika w przypadku, gdy kierownik nie jest lekarzem, ordynatora, naczelną pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek i pielęgniarki oddziałowej – tu te zapisy jak najbardziej pozostają bez zmian.

No i teraz sprawa z samego początku. Ja zdaję sobie sprawę – i ubolewam nad tym – że tu ten tryb pracy jest taki, a nie inny. W przypadku przedłożenia z druku nr 388, a więc złożonego przez posłów Prawa i Sprawiedliwości, nadanie numeru druku było bodajże 14 marca, a więc już chwilę temu, a w przypadku projektu poselskiego złożonego przez posłów Platformy Obywatelskiej było to na początku

czerwca, ale nie jestem w stanie przytoczyć w tym momencie konkretnej daty, Panie Marszałku. Przepraszam...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

A, numer druku nadany 4 czerwca bodajże.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Proszę uprzejmie, Panie Marszałku.

### **Senator Stanisław Karczewski:**

Rozumiem więc, Panie Ministrze, że gdyby te prace ruszyły w marcu, to już dawno bylibyśmy po tej nowelizacji, a do tego przeprowadzilibyśmy ją w lepszym, bo zdecydowanie wolniejszym tempie.

Panie Ministrze, w ramach Komisji Trójstronnej, chyba nawet dziś, odbyła się rozmowa na temat tej ustawy. Czy mógłby pan nam przekazać jakieś konkluzje z tej debaty, dyskusji?

Mam jeszcze dwa, trzy pytania.

Sprawa regionalnych centrów krwiodawstwa. Czy w jakiś sposób szacowaliście państwo, jakie są ich potrzeby? Bo być może tych potrzeb jest bardzo dużo. Czy w ogóle macie państwo wiedzę na temat potrzeb regionalnych centrów krwiodawstwa w zakresie finansowania z budżetu, czyli z budżetu Ministerstwa Zdrowia?

Pan minister mówił też o identyfikatorach, o tym, że dyrektor może zwolnić z... Czy może to zrobić tylko i wyłącznie dyrektor, czy również osoba przez niego upoważniona?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Może, no tak. Ale de facto w ustawie jest wskazany dyrektor. Tak? Rozumiem.

I teraz taka sprawa. Czy nie obawiacie się państwo, że... W tej chwili tych spraw kierowanych do wojewódzkich komisji nie ma dużo – jest ich kilkadziesiąt, różne źródła podają, że to jest sześćdziesiąt, siedemdziesiąt, pięćdziesiąt spraw. Do tego z rozpatrywania takich, w których były duże uchybienia, w ogóle się wycofano. A więc tych spraw tak naprawdę jest dużo mniej, niż się wszyscy spodziewaliśmy, ja również spodziewałem się dużo większej ilości spraw. Ale jeśli to się zmieni – bo to się może zmienić, może dać początek zjawisku kuli śnieżowej, która przyniesie za jakiś czas dużo spraw – to będzie potrzebna, jak rozumiem, jakaś nowelizacja. Czy nie obawia się pan, że wtedy, w jakimś momencie, zakłady ubezpieczeniowe nie będą chciały już ubezpieczać od zdarzeń medycznych, bo w takich warunkach nikomu się to nie będzie opłacało?

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Panie Marszałku.

Proszę, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Nie sądzę, że będziemy mieli taką sytuację w przypadku zakładów ubezpieczeń, bo w najgorszym wypadku zakład ubezpieczeń może zaproponować kwotę składki w wysoko-

ści dotyczącej zdarzenia pewnego, czyli w wysokości sumy gwarancyjnej ubezpieczenia. Prawda? I to się będzie do tego sprowadzało. Ale powodem, dla którego decydujemy się podjąć taką inicjatywę i dla którego o tym wszystkim mówimy, jest właśnie to, że obecnie kwotowania zakładów ubezpieczeń – a tak naprawdę zakładów ubezpieczeń – dowodzą tego, że zakład ubezpieczeń traktuje kwotę dzisiejszej sumy gwarancyjnej, a więc 1 miliona 200 tysięcy zł, jako kwotę w niektórych przypadkach niemalże pewną, choć w naszym przekonaniu ma to niewiele wspólnego z rzeczywistością.

A co do potrzeb regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, to chcę powiedzieć, że nawet ostatnio, na jednym z posiedzeń kierownictwa, poprosiłem o przygotowanie informacji na temat ich sytuacji finansowej, i okazało się, że ta sytuacja jest bardzo zróżnicowana. Tu proszę zwrócić uwagę na to, że my tak naprawdę określamy wysokość odpłatności za krew i jej składniki, czyli to, co RCKiK dostają za sprzedaż krwi i jej składników bądź jej przetworzonych składników na potrzeby medyczne do szpitali. I okazuje się, że w niektórych przypadkach regionalnym centrom krwiodawstwa i krwiolecznictwa to wystarcza, są nawet zdecydowane nadwyżki, a w innych przypadkach jest dokładnie odwrotnie, więc tutaj absolutnie nie ma reguły.

Odnosnie do dzisiejszego posiedzenia Komisji Trójstronnej, to jest mi bardzo przykro, ale nie jestem w stanie udzielić informacji na temat przebiegu dyskusji, a to z jednego prostego względu. Otóż cały czas od rana, poza krótką wizytą w Ministerstwie Finansów, jestem w Sejmie. W spotkaniu prezydium uczestniczył minister Arłukowicz – tyle wiem, bo rano udało nam się omówić harmonogram dnia – a w samym spotkaniu Komisji Trójstronnej uczestniczył minister Rzemek, ale nie wiem, jakie są ustalenia i jakie są konkluzje.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.

Widzę, że nie ma innych chętnych...

(*Senator Stanisław Karczewski: A sprawa identyfikatorów? Była. A regionalnych centrów krwiodawstwa?*)

Była, już była.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Dobrze. Serdecznie państwu dziękuję.

Pozwolicie, Szanowni Państwo, że złożę wniosek o przyjęcie zmiany ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw bez poprawek. Innych zgłoszeń nie ma. Dziękuję.

Proszę tylko Biuro Legislacyjne... Czy pani magister chciałyby zabrać w tej chwili głos?

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

To znaczy, jeśli można... Ja mam jedną wątpliwość. Dotyczy ona art. 1 pkt 51, chodzi o ustawę o działalności leczniczej, o zmianę w zakresie art. 219 ust 1, to jest przepisu, który utrzymuje w mocy akty wykonawcze wydane...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Na stronie 13. I to jest ostatnia zmiana dotycząca ustawy o działalności leczniczej. Chodzi o utrzymanie w mocy aktów wykonawczych wydanych na podstawie ustawy, która już nie obowiązuje, ale w określonej części pozostaje podstawą prawną dla niektórych aktów wykonawczych. Technika przyjęta w nowelizacji dotyczy art. 219 ust 1 i, jak rozumiem, znacznie zawęży to, co jest w obecnie obowiązującej ustawie. I chodzi tutaj o to, że ta technika powoduje, iż tracimy z oczu upoważnienia ustawowe wynikające z ustawy, która w określonym zakresie pozostaje w systemie jako podstawa do wydania aktów rozporządzeń i przepisów, które z kolei mogą być podstawą do oceny pewnych systemów faktycznych. W systemie one pozostają widoczne, ale tu one jakby znikają. I nawet w tekście jednolitym będzie widoczne takie zawężenie.

Jeśli chodzi o poprawność, to wydaje się nam, że może dotychczasowa część wspólna w ust. 1, ta pisana z myślą... Wydaje się, że ona powinna być znowelizowana po prostu w taki sposób, żeby wydłużyć czas obowiązywania... To by tak jakby zwiększyło jasność co do tego, jakie przepisy obowiązują i jakie stany faktyczne są ujmowane w przypadku oceny tych przepisów. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Pani Magister. Jak widzę, nie ma tutaj żadnych poprawek czy problemów.

Wobec tego poddamy nowelizację pod głosowanie.

Kto jest za przyjęciem ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw?

Dziękuję bardzo. Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Proszę państwa, bardzo proszę, jeszcze raz: kto jest za przyjęciem tej ustawy? (9)

Dziękuję uprzejmie. Ustawę przyjęliśmy jednogłośnie. Dziękuję bardzo.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.*)

Dziękuję, Panie Ministrze.

Kto z państwa chciałby być sprawozdawcą tej ustawy? Nikt. Dobrze, biorę to na siebie. Dziękuję uprzejmie.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dziękuję bardzo.

(*Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 25*)



Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii