



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (16.)

16 czerwca 2020 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat sytuacji szpitali w czasie epidemii koronawirusa. Stan ekonomiczny, kadry, kierunki zmian.
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 136, druki sejmowe nr 334 i 386).
3. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 133, druki sejmowe nr 172, 172-A, 387 i 387-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 9 minut 31)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry. Witam państwa na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiejszy porządek obrad mamy dość napięty, dlatego też bardzo będę przestrzegała i pilnowała czasu, w tym również czasu wypowiedzi.

W porządku obrad są 3 punkty. Pierwszy to informacja ministra zdrowia na temat sytuacji szpitali w czasie epidemii koronawirusa – stan ekonomiczny kadry, kierunki zmian. Punkt drugi: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach oraz niektórych innych ustaw. I punkt trzeci: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw.

Propozycja jest taka, aby pierwszy punkt zakończyć około godziny 11.00 – dlatego też będę prosiła o wypowiedzi bardzo zwięzłe i bardzo związane z tematem. Od razu chcę przekazać, że temat epidemii i związanych z tym różnego rodzaju problemów i zagrożeń kontynuujemy, ponieważ pierwsze posiedzenie komisji dotyczące tego typu kwestii miało miejsce 2 tygodnie temu, kiedy to zajmowaliśmy się stanem epidemicznym, przygotowaniem personelu medycznego do walki z koronawirusem i całym przebiegiem epidemii. Wtedy to minister zdrowia zobowiązał się do odpowiedzi pisemnej na niektóre pytania zadane w czasie posiedzenia komisji. Panie Ministrze, niestety do dzisiejszego dnia nie otrzymaliśmy jeszcze tych odpowiedzi, dlatego proszę pana o to, aby jak najszybciej uzupełnić tę informację dla nas.

Dzisiaj naszym głównym tematem jest proces przekształcania szpitali w szpitale jednoimienne, tzw. szpitale COVID-owskie, a także odwrócenie tego z tego względu, że pierwsze szpitale, które były szpitalami jednoimiennymi, mają już przywrócone swoje poprzednie zadania, zgodnie z działalnością statutową. Chcielibyśmy przede wszystkim poznać proces prawny, to, na jakich zasadach, w jaki sposób, w jakim trybie były powoływane te szpitale, jak spełniły swoją rolę w czasie tych 3 miesięcy. Ale epidemia dalej trwa, co chcę powiedzieć bardzo mocno, więc nie jest to proces zakończony i wygaszony, a zatem jest pytanie: na jakiej zasadzie te szpitale są z powrotem przekształcane? To jest drugie pytanie. Trzecie pytanie będzie dotyczyło kadry: w jaki sposób, na podstawie jakich decyzji personel medyczny był przenoszony do szpitali jednoimiennych czy też powoływany w inne miejsca pracy? I jak w związku z tym wygląda obecna sytuacja i zapewnienie personelu medycznego dla działalności bieżącej? To jest bardzo ważna informacja, ponieważ w czasie poprzednich 3 miesięcy działalność szpitali została mocno okrojona, nie wykonywano wielu badań diagnostycznych, jak również terapii w chorobach przewlekłych, teraz pomału będziemy przywracać czy raczej pan minister będzie przywracał działalność tych szpitali. Ale w związku z tym jest także pytanie o zabezpieczenie kadry. Kolejne pytanie to oczywiście pytanie o finansowanie. To pytanie będzie kierowane głównie do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tak jak powiedziałam, mamy na to czas do godziny 11.00, w związku z tym moja propozycja jest taka... Ponieważ na sali są osoby, które przyjechały specjalnie na to posiedzenie komisji, chciałyby wyrazić swoją opinię, zadać pytania do pana ministra, to mam taką propozycję, żeby po udzieleniu informacji przez pana ministra

najpierw udzielić głosu stronie społecznej, wysłuchać, co mają państwo do powiedzenia, a dopiero później będę prosiła oczywiście o zdania senatorów.

Zapomniałam przywitać wszystkich państwa, ale niniejszym to czynię. Witam pana ministra, pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, witam wszystkie osoby, które przyjechały na dzisiejsze posiedzenie komisji – stronę społeczną, wszystkie osoby zaangażowane w tematykę. Moje koleżanki i kolegi, senatorów, również serdecznie witam.

I w tym momencie oddaję panu głos, Panie Ministrze. Proszę o zwięzłe odniesienie się do tematu. Myślę, że dyskusja jeszcze się wywiąże... Ale bardzo proszę o pilnowanie czasu. Dziękuję.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Dzień dobry państwu. Witam panią przewodniczącą, witam państwa senatorów, szanownych gości.

Szanowni Państwo, ciągle jesteśmy w trakcie epidemii koronawirusa – doskonale państwo o tym wiecie. Jeśli chodzi o stan epidemiczny na dzień wczorajszy, to jest ponad 14 tysięcy osób, które wyzdrowiały. W tej chwili w szpitalach z rozpoznaniem COVID-19 przybywa 1 tysięcy 736 pacjentów. Pacjentów, którzy wymagają terapii respiratorowej, w tej chwili jest 78. Pacjentów, którzy zmarli w skutek zakażenia COVID-19, w Polsce mamy 1 tysięcy 256 osób. Przytaczam te dane, ponieważ te dane, jak państwo wiecie, codziennie się zmieniają. W dalszym ciągu powinniśmy pamiętać o tym, że jesteśmy w trakcie epidemii. Z przykrością muszę powiedzieć, że Polacy chyba już o tym zapomnieli – ale myślę, że my jako lekarze, ale także senatorowie Komisji Zdrowia w Senacie powinniśmy o tym wszystkim dość często przypominać.

Pierwszy pacjent z COVID-19 pojawił się w Polsce w dniu 4 marca 2020 r. Kilka dni później na zebraniu w Ministerstwie Zdrowia razem z ekspertami i konsultantami wojewódzkimi, ale także z konsultantami krajowymi, podjęliśmy decyzję o powołaniu tzw. szpitali jednoimiennych. Dlaczego zapadła taka decyzja?

Był to okres, kiedy w krajach Europy Zachodniej dziennie kilkanaście tysięcy osób okazywało się zakażonych, tzn. wykryto u nich zakażenie koronawirusem, ale także niestety umierało w ciągu doby ponad 1 tysięcy osób. Postanowiliśmy zabezpieczyć odpowiednią bazę łóżkową dla pacjentów w Polsce, gdyż przewidywaliśmy, że taka sytuacja może się wydarzyć także u nas. I dlatego właśnie, na podstawie tych ustaleń z krajowymi konsultantami, ale także opierając się na wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, wytypowaliśmy szpitale jednoimienne, które miały zabezpieczyć i zabezpieczały polskich pacjentów zakażonych koronawirusem.

Pacjent, który jest zakażony koronawirusem, nie tylko choruje w sposób typowy, jako pacjent oddziału zakaźnego, ale także posiada choroby współistniejące, dlatego w idei powołania szpitali jednoimiennych chodziło o szpital, który zabezpieczałby także pomoc w innych specjalizacjach, czyli nie tylko w przypadku zaburzeń oddychania – jak wiemy, w przypadku koronawirusa jest to dość groźne powikłanie – ale także w przypadku takiego zakażenia koronawirusem, gdy występują inne schorzenia, czy to ortopedyczne, czy chirurgiczne, położnicze, czy neurochirurgiczne. Taki szpital mógłby udzielać i udzielał pomocy wszystkim pacjentom, którzy byli kierowani do takiego właśnie szpitala.

Powołaliśmy na początek 19 szpitali jednoimiennych, a następnie dodatkowo 3. W sumie było ich 22. Były to szpitale, które posiadały bazę łóżkową i sprzętową, aby odpowiednio zabezpieczać pacjentów z COVID-19. Szpitale te zostały powołane przez wojewodów. W tej chwili widzimy, że liczba wykorzystanych łóżek w szpitalach jednoimiennych jest wystarczająca, do tego w niektórych rejonach naszego kraju te łóżka stoją puste, dlatego zaczęliśmy od 1 czerwca już stopniowe przekształcanie części łóżek w szpitalach jednoimiennych na łóżka, które mogą służyć także pacjentom innym niż pacjenci zakażeni koronawirusem. Chcemy – bo wiemy, że w tej chwili epidemia z różnym nasileniem w różnych rejonach Polski występuje – aby ok. 50% tych łóżek dalej było do dyspozycji pacjentów z koronawirusem. Przypomnę, że tych łóżek w szpitalach jednoimiennych było ponad 7 tysięcy 400 i w dalszym ciągu w tych województwach, w których mamy najwięcej zakażeń – czyli w województwie śląskim, w województwie łódzkim, ale także w mazowieckim – szpitale jednoimienne

funkcjonują w takiej formie, w jakiej były pierwotnie powołane. Przypomnę, że po powołaniu szpitali jednoimiennych było w tych szpitalach zabezpieczonych 6 tysięcy 993 łóżek, były także 663 łóżka tzw. OIT-owe, czyli łóżka, w których przypadku było zabezpieczenie w intensywnej terapii. W sumie w szpitalach jednoimiennych na początku ich działalności mieliśmy 7 tysięcy 656 łóżek. Chcemy, aby od 1 czerwca te łóżka były przekształcane i by była zmniejszana ich liczba. W tej chwili ta liczba to 3 tysiące 801, ponadto są 393 łóżka tzw. OIT-owe, czyli w tej chwili w szpitalach jednoimiennych mamy zabezpieczone dla pacjentów z koronawirusem 4 tysiące 194 łóżka, to jest niecałe 55% dotychczasowej liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów z koronawirusem. Ponadto w szpitalach zakaźnych lub w szpitalach z oddziałami zakaźnymi i obserwacyjno-zakaźnymi łączna liczba łóżek – to jest oprócz szpitali jednoimiennych – dla pacjentów z koronawirusem to jest 2 tysiące 995, a liczba łóżek tzw. OIT-owych w tych szpitalach to jest 675. Czyli dysponujemy w tej chwili dość pokaźną liczbą łóżek dla pacjentów z COVID-19.

Od początku epidemii podjęliśmy działania zmierzające do tego, aby zabezpieczyć szczególnie szpitale jednoimienne, ale także oddziały zakaźne i oddziały onkologiczne, ale także pozostałe szpitale sieciowe, jeśli chodzi o odpowiednią ilość środków ochrony osobistej, bo wiemy, że leczenie pacjentów z koronawirusem niesie też niebezpieczeństwo zakażenia personelu medycznego. Dlatego w czasie tych 3 miesięcy zrobiliśmy kilkadziesiąt tysięcy udostępnień dla szpitali, które wcześniej wymieniłem – był to asortyment z rezerw strategicznych oraz zakupiony przez Ministerstwo Zdrowia i Centralną Bazę Rezerw Sanitarно-Przeciwepidemicznych. Środki te były przekazywane bezpośrednio, z podmiotu do podmiotu, lub za pośrednictwem wojewodów, bo to oni odpowiadają za bezpieczeństwo szpitali i za zaopatrzenie zgodnie z potrzebami szpitali w danym województwie. Przekazaliśmy dość pokaźne ilości środków, przypomnę tylko, że masek chirurgicznych i masek medycznych było ponad 43 miliony, rękawiczek jednorazowych – ponad 30 milionów, gogli i przyłbic – ponad 700 tysięcy, kombinezonów i fartuchów ochronnych – ponad 1 milion 300 tysięcy, masek filtrujących – ponad 1,5 miliona. Przekazywaliśmy sprzęt medyczny głównie właśnie do szpitali jednoimiennych

– przekazaliśmy 242 respiratory, 95 kabli do monitorów, a także sprzęt do dezynfekcji pomieszczeń metodą zamgławiania oraz wiele pomp infuzyjnych. Ale przekazaliśmy sprzęt także do szpitali nieposiadających odpowiednich pomieszczeń – to były specjalne namioty do przeprowadzenia triażu pacjentów przed przyjęciem do szpitali. Na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego udostępniliśmy komory izolacyjne do transportu chorych zakaźnie, typu Biovac, kabiny do dekontaminacji osób, namioty do dekontaminacji karettek. W niektórych szpitalach jednoimiennych zwiększyliśmy bazę, jeżeli chodzi o tzw. tlen medyczny. W wielu szpitalach powstały dodatkowe instalacje tlenowe, ale także dodatkowe zbiorniki tlenowe, aby zabezpieczyć dostęp do tlenu w takiej ilości, jaką nam rekomendowali konsultanci krajowi do spraw czy to chorób zakaźnych, czy intensywnej terapii.

Ale nie tylko szpitale COVID-owe w czasie epidemii koronawirusa były przez nas dofinansowywane, bo wiemy, że Polacy chorują nie tylko z powodu koronawirusa, ale także na inne choroby. Dlatego wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia na bieżąco monitorowaliśmy sytuację – głównie finansową – pozostałych szpitali i wprowadziliśmy pewne zmiany. Po pierwsze, wzrost wyceny punktu rozliczeniowego. Środki pochodzące z funduszu zapasowego NFZ – ponad 1 miliard zł – zostały przeznaczone na sfinansowanie zwiększenia wyceny punktu w ryczałcie o ok. 5%; przeszacowanie wartości ryczałtu będzie naliczane wstecznie od stycznia 2020 r. Po drugie, płatność rat kontraktowych będzie niezależnie od poziomu realizacji świadczeń. Chodzi o wypłacanie placówkom, które zostały zmuszone do ograniczenia dotychczasowej działalności, a nie biorą bezpośredniego udziału w walce z epidemią, kwot porównywalnych do tych, które otrzymywałyby, realizując swój kontrakt w dotychczasowych warunkach. Ponadto szybciej i częściej wpływają wypłaty wynikające z kontraktów, na wniosek świadczeniodawcy mogłoby być to nawet 4 razy w miesiącu. Terminy płatności zostały skrócone z 14 dni kalendarzowych do maksymalnie 5 dni roboczych – to na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z 14 marca 2020 r. Wprowadzono także tzw. mechanizm wyrównania ryczałtu umożliwiający prowadzenie podstawowej działalności podmiotów medycznych – podmioty te, oprócz otrzymania środków wypłacanych za świadczenia

związane z COVID-19, dodatkowo skorzystają z przysługującego im ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zapewniono też dodatkowe środki za realizację konkretnych świadczeń związanych z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Szpitale jednoimienne, czyli jednostki zaangażowane całkowicie w walkę z epidemią, otrzymują dodatkowo środki za gotowość do udzielania świadczeń – w przeliczeniu na łóżko i respirator – celem pełnego zabezpieczenia finansowego placówek w tym okresie. Wprowadzono także teleporadę pozwalającą na zastosowanie szersze niż dotychczas zdalnych form opieki nad pacjentami.

Dodatkowe środki na świadczenia związane z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 gwarantuje ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Wszystkie wydatki związane z zapobieganiem i zwalczaniem epidemii są z funduszu przeciwdziałania COVID-19 – to jest główne źródło finansowania. Ale także były inne źródła. Ponad 200 milionów zł jest z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister zdrowia, ponad 800 milionów z funduszu przeciwdziałania COVID-19, ponadto prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zmienił plan finansowy NFZ, zwiększając koszty świadczeń opieki zdrowotnej i pozostałe koszty łącznie o ponad 231 milionów zł. Są to środki zaplanowane w ramach zabezpieczenia odpoczynku personelu medycznego, wykonywania testów, dodatkowego świadczenia pieniężnego. Zmiana planu uwzględnia środki na zabezpieczenie tych wymienionych kosztów, które zostaną sfinansowane ze środków pochodzących z budżetu państwa w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ponadto zgodnie z art. 31 ustawy wprowadzono rozwiązania, zgodnie z którymi minister finansów przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia dotacje z budżetu państwa w wysokości zwolnień z obowiązku opłacania należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym prezes NFZ skierował do ministra finansów wniosek o przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia środków z dotacji budżetu państwa w wysokości zwolnień z obowiązku opłacania należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne,

należnych za okres od 1 marca 2020 r. do 31 maja 2020 r., w kwocie ok. 483 milionów zł, na podstawie danych uzyskanych z ZUS.

Szanowni Państwo, wiecie, że epidemia COVID-19 na pewno dotyka także naszą gospodarkę, dlatego finanse są tak bardzo ważne w funkcjonowaniu nie tylko szpitali jednoimiennej, które są dedykowane pacjentom zakażonym koronawirusem, ale także innych szpitali, które w tej chwili odmrażają swoją działalność leczniczą. Wiemy że wiele szpitali już w tej chwili prowadzi zaplanowane wcześniej zabiegi planowe, zabiegi diagnostyczne, i pacjenci w dalszym ciągu wracają. My myślimy także o sytuacji, która będzie w niedalekiej przyszłości, bo prawdopodobnie, tak jak mówią wszyscy epidemiolodzy, jesień może nas zaskoczyć drugą falą epidemii koronawirusa. I może się dołożyć do tego infekcja związana z sezonowością grypy. Wiecie państwo, że pierwsze objawy, czyli kaszel i gorączka, są podobne, więc będzie dość trudno odróżnić pacjenta zakażonego koronawirusem i z grypą. Dlatego chcemy, aby szczególnie lekarze rodzinni, izby przyjęć, SOR-y były wyposażone w sprzęt diagnostyczny, aby jak najszybciej zdiagnozować pacjenta i rozróżnić, czy ten pacjent jest chory na grypę, czy ma koronawirusa, czy to jest po prostu zwykłe przeziębienie. A więc przed nami są jeszcze dość duże wyzwania. Myślę, że lato troszkę złagodzi intensywność epidemii, tak jak to jest w epidemiologii widoczne, bo ciepłe miesiące osłabiają intensywność wirusa, ale niestety myślę, że jesień może spowodować to, że pojawi się więcej zachorowań.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to o planie finansowym jeszcze by powiedział prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, pan Adam Nieldzielski.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

A może jednak zatrzymam się w tym momencie i zadam jeszcze tylko jedno pytanie, bardzo konkretne, do pana ministra. Mianowicie proszę powiedzieć: kto konkretnie podejmował decyzje o przekształceniu poszczególnych szpitali w szpitale jednoimienne? Czyja to była decyzja?

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA

Jeśli chodzi o lokalizację i wytypowanie szpitali, to były to decyzje wojewodów.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

A zgodnie z ustawą to powinny być decyzje ministra zdrowia.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA

Minister zdrowia polecił wojewodom przygotowanie i wytypowanie takich szpitali...

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: I są takie decyzje pisemne, tak?)

Tak.

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Są pisemne decyzje.)

Są pisemne... I w tej chwili są decyzje tzw. odwrotne, czyli o odmrażaniu tych szpitali jednoimiennych.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

I też minister zdrowia podejmuje te decyzje.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA

Te decyzje podejmują wojewodowie, na nasz wniosek.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

A jakie były kryteria doboru tych szpitali? Pytam, ponieważ są takie miejsca, takie powiaty, gdzie dany szpital był jedynym szpitalem na tym terenie i mamy w tej chwili zgłoszenia do

Komisji Zdrowia o tym, że dostęp pacjentów, którzy nie mieli koronawirusa, do poszczególnych świadczeń został mocno ograniczony. Kto to analizował i jakie były kryteria?

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA

Pani Przewodnicząca, już o tym mówiłem. Było to na spotkaniu konsultantów krajowych, grona ekspertów, ale także Ministerstwa Zdrowia. Analizowaliśmy każde miejsce w Polsce, każde województwo, pod względem tego, żeby szpital spełniał te wymogi. Jedyną sprawą, która nas niepokoiła i którą uzupełnialiśmy w późniejszym etapie, było to, że niestety niektóre szpitale, które były wytypowane, nie posiadały odpowiedniej ilości zabezpieczenia w tlen medyczny, ale to zostało uzupełnione w trybie późniejszym, ponieważ praktycznie nie ma w Polsce szpitali, które byłyby przygotowane do zabezpieczenia w tlen w takiej ilości, jaką rekomendowali nam konsultanci krajowi. Rzeczywiście w pewnych regionach w Polsce mogły powstać pewne napięcia i opory w kontekście przekształcania tych szpitali jednoimiennych... Takim przykładem była miejscowość Łomża w województwie podlaskim, ale z tego, co wiemy, wynika, że w tej chwili, dzięki przekształceniu się, jednoimienny szpital w Łomży zyskał dość znaczne, pokaźne środki finansowe, i myślę, że to pomoże w dalszej działalności tego szpitala, a tym samym będzie powodowało, że miejscowi chorzy, obywatele byłego województwa łomżyńskiego, będą leczeni lepiej niż do tej pory.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Myślę, że to nie był jedyny szpital, Panie Ministrze, w którym kłopoty z dostępnością jednak były. Kwestia finansowa jest na pewno bardzo ważna, ale nie jedyna, bo o wiele ważniejszą kwestią było zabezpieczenie przez kadry. A doskonale wiemy, że szpitale przekształcone w jednoimienne miały również zamknięte poradnie.

Ale zostawiamy temat dostępności. Bardzo proszę o to na ten moment, na tym etapie,

ponieważ kwestii kolejek, dostępności będzie poświęcone następane posiedzenie komisji.

Panie Prezesie, proszę bardzo, udzielam panu głosu.

PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja, uzupełniając wypowiedź pana ministra Kraski, chciałbym zwrócić uwagę na pewien system finansowy, który został zaprojektowany wraz z pojawieniem się COVID, a jego głównym celem było właśnie zapewnienie stabilności jednostkom, które wzięły na siebie ciężar walki, tej bezpośredniej walki z koronawirusem, i zapobiegania mu. Otóż już 2 marca 2020 r. została przyjęta specustawa, która w zasadzie od samego początku przewidywała, że ciężar finansowania walki z COVID będą ponosiły środki budżetu państwa. To jest jedno z najważniejszych rozwiązań z finansowego punktu widzenia, które zostały przyjęte właśnie w systemie zwalczania epidemii. Z jednej strony oznacza to, że ze środków budżetowych finansuje się wszystkie produkty, które w dalszej perspektywie Narodowy Fundusz Zdrowia zdefiniował, ale przede wszystkim oznaczało to również, że środki, które wpływają ze składek, będą przeznaczone na zwalczanie tych chorób, z którymi cały czas musimy sobie radzić. Ten system w związku z tym został zaprojektowany tak, że finansowy ciężar walki z COVID nie pomniejsza środków dostępnych na zwalczanie innych chorób.

Na podstawie tej ustawy, która wprowadziła to fundamentalne rozwiązanie, my przygotowaliśmy... Już 8 marca zostało wydane pierwsze zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które oczywiście ewoluowało w czasie zarówno pod kątem zakresu, czyli liczby produktów, jakie tam zdefiniowaliśmy, jak też wartości poszczególnych produktów. Jeżeli chodzi o zakres, to mamy tutaj uwzględnione opłaty związane z pewną gotowością – warto tutaj wymienić opłatę rekompensacyjną dotyczącą ryczałtu, tzn. jeżeli szpital przestawia się na zwalczanie COVID, czyli w szczególności chodzi tu o szpital jednoimienny, to jego ryczałt jest rekompensowany i ta jego gotowość do świadczenia usług jest w ten sposób premiowana. Proszę pamiętać,

że system jest zaprojektowany w ten sposób, że każdy ze szpitali otrzymał, oprócz tych opłat ryczałtowych, dodatkową opłatę za gotowość, związaną z liczbą łóżek, jakie zostały dedykowane zwalczaniu koronawirusa. Oprócz tego – czyli to są kolejne środki – każda usługa medyczna, każda procedura zrealizowana w tych szpitalach była opłacana w modelu *fee for service*. Czyli można powiedzieć, że każdy szpital miał tak naprawdę 3 komponenty swojego finansowania: jeden ryczałtowy, niezależny od sytuacji, z jaką mieliśmy do czynienia; drugi wiązał się z gotowością do zwalczania COVID; i *fee for service* za poszczególne usługi. Sumarycznie wszystko to przełożyło się, po pierwsze, na wydatki budżetu państwa, które przechodzą przez Narodowy Fundusz Zdrowia... Ale, tak jak mówiłem na wstępie, one są finansowane bądź to z budżetu państwa, bądź z funduszu COVID-owego. Według stanu na koniec dnia, tj. piątku, wydaliśmy na te produkty ponad 700 milionów zł. Wczorajszy update mówi chyba o kolejnych 30 milionach. A więc mamy kwotę dochodzącą do 740 milionów zł. I te wszystkie wydatki trafiły do szpitali jednoimiennych i do wszystkich innych jednostek, które zapobiegają COVID.

Warto tutaj powiedzieć, że według ostatnich informacji mamy aż 816 podmiotów, które są zaangażowane w zwalczanie COVID, oczywiście w bardzo różnych formułach. Wszyscy wiemy, że są 22 szpitale jednoimienne, ale tych podmiotów, które są zaangażowane... Jeśli doliczymy tu transport sanitarny, inne podmioty niejednoimienne, które wykonują usługi w zakresie leczenia, izolatoria... Mamy też podmioty, które rozliczają teleporady, mamy doraźne świadczenia stomatologiczne, oczywiście laboratoria, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia też podpisał umowy po to, żeby ciężaru testowania nie ponosił tylko i wyłącznie sanepid, jest również cała reszta systemu medycznego... Mamy też 581 punktów kwalifikacji typu *pretriaż* – one są przy szpitalach, przy jednostkach leczniczych po to, żeby wstępnie diagnozować, czy pacjent ma jakieś objawy koronawirusa. Myślę, że także bardzo nowoczesnym rozwiązaniem, którym możemy się chwalić, są punktu pobrań nazywane *drive-thru*, których obecnie mamy już 205. One w tej chwili dźwigają jeszcze dodatkowo ciężar obsługi kuracjuszy, którzy wybierają się na leczenie uzdrowiskowe – bo w zasadzie od kilku dni pojawiają się tam właśnie tego typu pacjenci.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Prezesie, to, o czym pan ostatnio mówił, to są podmioty prywatne, które są tylko finansowane i testowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tak?

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Jeżeli chodzi o punkty *drive-thru*, to są to najczęściej punkty tworzone przez szpitale. Czyli są tutaj podmioty o charakterystyce własnościowej zarówno publicznej, jak i prywatnej.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze, Panie Prezesie, mam jeszcze pytanie uzupełniające: czy może mi pan powiedzieć, jak wyglądało wykorzystanie łóżek przez te 3 miesiące w szpitalach jednoimiennych? Czy macie państwo takie dane?

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Oczywiście, my mamy szczegółowe analizy do poziomu każdego szpitala i możemy to przedstawić czy pani przewodniczącej, czy komisji zbiorczo. Ale średnio – można powiedzieć nawet, że maksymalnie – to wykorzystanie dochodziło do 30 czy 40% w skali kraju. Oczywiście na poziomie pojedynczych jednostek to są wielkości bardziej zróżnicowane – jak łatwo się domyślić, na Śląsku w tej chwili to obłożenie na pewno będzie większe...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: No, chyba nie, bo tam są głównie pacjenci bezobjawowi czy osoby zakażone bezobjawowe, a więc myślę, że tak bardzo ta liczba tam nie wzrośnie.)

No, w każdym razie szczegółowe dane oczywiście możemy przedstawić komisji.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze, bardzo byśmy prosili o taką informację, może już z podziałem na województwa,

nie na poszczególne powiaty, ale... Chociaż właściwie tych szpitali jest tak niewiele, że może niech będzie tak: jak to było w każdym szpitalu? Dobrze?

Proszę bardzo, oddaję głos stronie społecznej. Kto z państwa chce zabrać głos?

Proszę bardzo, proszę się przedstawić i...

**PREZES ZARZĄDU
OGÓLNOPOLSKIEGO
ZWIĄZKU PRACODAWCÓW
SZPITALI POWIATOWYCH
WALDEMAR MALINOWSKI**

Dzień dobry!

Waldemar Malinowski, Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Gwoli lekkiego komentarza, à propos regulacji, jeżeli chodzi o 2 poziomy zabezpieczenia szpitali, pierwszy i drugi o 4%, trzeci i inne o 5% w tym roku, to negocjacje co do tego trwały od lipca tamtego roku, Panie Ministrze, i tu był efekt negocjacji. Tak naprawdę w lipcu 2019 r. przedstawiliśmy nasze wyliczenia, jeżeli chodzi o podwyżkę minimalnego wynagrodzenia do kwoty 2 tysięcy 450 zł, i to, jakie to będą koszty, ponieważ nikt nie zwraca uwagi na to, że wysługa, jeżeli chodzi o szpitale, u pracowników zostaje wyłączona poza wynagrodzenie podstawowe. Wielkość 2 tysięcy 600 zł we wrześniu 2019 r. totalnie te wyliczenia zmieniła i wtedy tak naprawdę rozmawialiśmy z Ministerstwem Zdrowia o tym, że nie damy rady. My mamy opracowanie w tej sprawie z tamtego roku, państwo pamiętacie, że wiele szpitali przedstawiło dane, w których pokazały one, że już ponad 80% swojego budżetu przekazują na finansowanie wynagrodzeń. I to, co wtedy udało nam się wynegocjować, to te 4%, jeżeli chodzi o pierwszy i drugi stopień zabezpieczenia, oraz 5% dla reszty szpitali. Ale tak naprawdę my walczyliśmy o ok. 8–10%, bo taki był realny wzrost kosztów związanych z regulacją, zresztą o tyle firmy outsourcingowe, które obsługują wszystkie szpitale, jak również oferują usługi, zmieniły swoje umowy i propozycje swoich umów. Te 4 czy 5% traktowaliśmy praktycznie jako zaliczkę, bo umawialiśmy się, że w ciągu roku będziemy rozmawiać o dalszych regulacjach. W tej chwili mamy 1 lipca, mamy

minimalne wynagrodzenie w ochronie zdrowia – a tu kwota bazowa zmienia się naprawdę bardzo, czyli z 4 tysięcy 200 zł do 4 tysięcy 918 zł – i koszty u nas znowu wzrosną. Napisaliśmy do pana ministra pismo, że oczekujemy przeceny o 3% we wszystkich rodzajach świadczeń – a to nie jest chyba jakaś wygórowana kwota – i liczymy w tej sprawie na zrozumienie, dlatego że te regulacje to są regulacje państwowe. A praktycznie każdy, kto pracuje na rynku gospodarczym, ma prawo wnosić o zmianę umowy, nawet przetargowej, w 3 wypadkach: gdy jest zmiana VAT, gdy jest zmiana wpłat na ZUS, i gdy jest zmiana wynagrodzenia w gospodarce – tu: minimalnego wynagrodzenia w ochronie zdrowia. A więc taką prośbę wnosimy i mamy nadzieję, że ta prośba zostanie uwzględniona. Bo no nie możemy cały czas klęczeć i wnosić o to, co tak naprawdę nam się należy. My za te regulacje nie odpowiadamy, odpowiadają za to politycy, w związku z tym... Zresztą taka była umowa z ówczesnymi ministrami, czyli z ministrem Radziwiłłem, ministrem Gryzą – oni wtedy zaproponowali 2%, gdy pierwszy raz, w lipcu, pojawiła się ta regulacja i ustawa, i tak to mniej więcej było regulowane. I liczymy, że tak będzie.

Teraz kwestia...

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Jeśli mógłbym przerwać w tym momencie... Panie Przewodniczący, otóż chciałem poinformować, że nad takim rozwiązaniem pracujemy, i to nie jest tylko taka informacja, że trwają analizy, tylko dzisiaj ogłosimy szczegóły, prawdopodobnie też zarządzenie, rozporządzenie ministra zdrowia w tej sprawie dzisiaj się ukáže. O 11.00 ma być konferencja prasowa ministra zdrowia, która właśnie te szczegóły przedstawia.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Okej, ale, Panie Prezesie, ja się bardzo cieszę, że minister rzeczywiście wreszcie podejmuje jakieś konkretne rozwiązania, które mają pomóc szpitalom, ale proszę, pozwólcmy się

wypowiedzieć jednak państwu, tak jak ja pozwalałam państwu powiedzieć wszystko to, co chcieliście.

Proszę bardzo.

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Kwestia tej 1/12 kontraktu. Za to należy bezwzględnie podziękować, bo dzięki temu mogliśmy utrzymać płynność finansową. No ale rozmowa o odrobieniu tego i ten koniec czerwca 2021 r. w tej chwili, kiedy dalej mamy epidemię, jest naszym zdaniem, zdaniem wszystkich dyrektorów – bo to nie jest tylko zdanie moje czy zarządu, ale wszystkich dyrektorów – są trochę niestosowne. Dlaczego? Dlatego że my powinniśmy się skupić na tym, co nas czeka. I jeżeliby państwo stanęli po naszej stronie... Bo my zarządzamy przede wszystkim strachem w szpitalach. To jest coś takiego, że kapitan zawsze schodzi ze statku ostatni – i to staramy się utrzymać. Przekonujemy więc naszych pracowników, żeby trwali na stanowiskach – choć praktycznie każdy z pracowników mógłby położyć na stół zwolnienie, iść na zwolnienie czy w ogóle podziękować, a jednak trwają oni na stanowiskach, wykonują swoje obowiązki... I za to chciałbym tu bardzo serdecznie podziękować wszystkim pracownikom szpitali, którzy do tej pory pracują jak należy i wypełniają wszystkie swoje obowiązki.

Chciałbym podziękować również samorządowcom, którzy wzniesli się nad podziały polityczne – bo bez współpracy dyrektorów i samorządów, które... Praktycznie w niektórych województwach jest tak, że co tydzień odbywają się telekonferencje, bo to wszystko podzielone jest na regony, czyli dyrektorzy wojewódzkich szpitali powiatowych próbują razem szukać rozwiązań regionalnych. Bo epidemia to jest kwestia regionu. Ministerstwo o tym wie, niech więc ministerstwo wydaje raczej ogólne zalecenia niż szczegółowe procedury. Uważam, że szczegółowe procedury to jest kwestia regionu. Prawo musi być, jeżeli chodzi o epidemię, bardziej możliwe do stosowania. Nie może być tak, że transport sanitarny jest sztywno trzymany w regułach i dochodzi do paranoi... Ja teraz nie będę mówił o szczegółach, ale np. w jednym z województw praktycznie wszystkie neurologie

się zamknęły, transport jeździł w kółko... Doszliśmy do porozumienia, ale okazało się, że transport medyczny... No, jeżeli koordynator, tzn. człowiek, który u wojewody odpowiada za koordynację, mówi: ale prawo nie pozwala mi na takie ruchy... A więc jeżeli mamy epidemię, można powiedzieć, że praktycznie stan wyjątkowy w ochronie zdrowia, to te potrzebne ruchy muszą być możliwe i rozsądek też musi gdzieś grać tu rolę. Jeżeli państwo będziecie mieli czas, to wtedy to szczegółowo przedstawię.

Tak że ta 1/12, Panie Prezesie... Mówię do pana, bo to pan ostatnio o tym mówił. Powiem panu tak: to była kwestia roku 2018, pan minister Gryza podzielił rok w szpitalach na dwa okresy rozliczeniowe, a my walczyliśmy jak dżicy o to, żeby to był jeden okres rozliczeniowy, dlatego że druga połowa roku 2018 wpływałaby na ryczałt na rok 2019, a druga połowa roku to są wakacje i święta w grudniu, i nigdy w życiu... Czyli mamy teraz wakacje, a pan mówi tak: do czerwca zróbcie praktycznie... no, może nie 200% ryczałtu – ale tak trzeba by było o tym mówić, do tego jeszcze w warunkach epidemii – po to, żeby mieć ten sam ryczałt na dalszy okres rozliczeniowy. A to po prostu nie wchodzi w grę. Każdy dyrektor wie, że nadwykonania powstają praktycznie, przede wszystkim, w pierwszej połowie roku. I dlatego w 2018 r. ministerstwo zgodziło się na to, żeby rok 2018 był całym okresem rozliczeniowym, który będzie odnośnikiem w kwestii wyliczenia ryczałtu na następny rok.

W ogóle o ryczałcie i odrabianiach czegokolwiek będziemy mogli rozmawiać wtedy, gdy zniknie epidemia, bo jeśli epidemia będzie trwała dalej, to o tym nie ma mowy. Praktycznie ministerstwo zalecało odejście od zabiegów planowych, odejście od tego, od tamtego... Ale my płacimy za gotowość ludzi do pracy i oni są gotowi do pracy – i to trzeba docenić, tak? Robią wszystko, żeby to się jakoś spinało. Powiem również, że wczoraj przeczytałem opinię, z którą się ogólnie nie zgadzam, że POZ... Jak to było? A, że jest ostoją w czasie pandemii. No, nie oszukujmy się, POZ się zamknęły i były teleporady. I tu trzeba oddać cześć ministrowi Cieszyńskiemu za to, że się uparł i wprowadził e-receptę, bo gdyby nie było e-recepty, to byśmy się położyli i w ogóle nie byłoby mowy... A faktycznie ten jego upór przyniósł tu niespodziewane efekty – tak? Gdyby nie było e-recepty, nie było e-zwolnienia, brakowało skierowania, to praktycznie

POZ... Jeżeli sprawdzimy, ile w POZ zrobiono badań diagnostycznych, ile kart DiLO wypisano... No, nie wypisano, to, co było, to były pojedyncze sztuki. Nawet oddziały wojewódzkie apelowały, żeby chociaż trochę onkologia się otworzyła, dlatego że cała onkologia stoi, bo nie ma diagnostyki. A więc trochę pokory.

Ja uważam, że jeżeli na jesieni stałoby się to, o czym się mówi, to polegniemy. Jeżeli pan minister mówi o rozwiązaniach... Bo słyszymy o tym, że ministerstwo ma plan na jesień, że są pewne testy, takie do szybkiego diagnozowania grypy i do triażu wstępnego. Ale jak ten triaż będzie wyglądał w POZ, skoro POZ nie dostał żadnych zaleceń? Który POZ ma jakąś izolatkę, w której będzie można takie coś zrobić? Tylko niewiele POZ – znam takie, przyszpitalne – stworzyło izolatki, tak żeby lekarz wychodził i ludzi podejrzanych czy takich z gorączką mógł trochę z boku zbadać i mógł zdiagnozować, czy nadają się oni do szpitala, czy nie do szpitala.

Jeżeli chodzi o transport COVID-owy, to wiemy, jak to działa – przykład Śląska to pokazuje. My przyjechaliśmy z całej Polski, gdzie po 2 tygodnie się czekało... A to, jak wynika z tych rozmów, które prowadzimy w regionach, jest kwestia tak naprawdę jednej czy dwóch dodatkowych karettek, które by rozwiązały problem. Ale słyszymy: nie, bo coś tam, bo gdzieś tam...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wiele trzeba... No, tak jest, Panie Ministrze. Zapraszam na takie spotkanie, kiedyś może by się pan połączył, Panie Ministrze, z takim regionalnym... I wtedy pan by posłuchał, jakie to są... A to są rzeczy do zrobienia, to są rzeczy do zrobienia bez żadnego problemu.

(Przewodnicząca Beata Małecką-Libera: Panie Prezesie, prosimy o wnioski. Dobrze? Jeszcze ewentualnie...)

To znaczy wnioski mamy takie: jeżeli będzie konferencja i coś z tego wyjdzie, to bardzo dziękujemy. Co do 1/12... Ostatnio i pan marszałek Kolek, i pan Marek Wójcik mówili o tym, że to trzeba odrobić. Być może, chociaż wątpię... Ja wolałbym rozmawiać o tym i w ogóle o czymkolwiek, jeżeli chodzi o ryczałt, dopiero wtedy, gdy pan minister wyjdzie i powie: koniec pandemii, koniec epidemii, dziękuję, pracujemy normalnie. Bo teraz to się nie zdarzy. Na dzień dzisiejszy pracujemy w warunkach trudnych, praktycznie non stop zamglawiamy sale, zamglawiamy izby itd., nie można więc mówić

w tej chwili o odrobieniu tego, bo to nie są normalnie warunki. To jest coś, czego nikt się nie spodziewał, zupełnie nie byliśmy na to przygotowani. A więc jeżeli chodzi o 1/12, to proszę o to, żeby na ten temat nie mówić.

Kolega jest dyrektorem szpitala COVID-owego, też chciałby powiedzieć coś na temat...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ja będę udzielała głosu, tylko proszę się streszczać, żebyśmy wszyscy zdążyli.)

Już, już. To są te 2 wnioski, które chciałem tutaj złożyć. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Ja widzę wszystkie ręce w górze i bardzo chętnie wszystkich państwa wysłucham. Proszę: konkretnie, z wnioskami...

Proszę bardzo, pan po lewej stronie. Proszę.

**PREZES ZARZĄDU
POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI
JAROSŁAW FEDOROWSKI**

Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali.

Ponieważ kwestii jest sporo, ja chciałbym się skoncentrować może na praktycznych działaniach, aby było lepiej, w jednym konkretnym aspekcie. Ten aspekt to uruchamianie czy też odmrążanie działalności szpitali. I tym aspektem, który nas bardzo interesuje, są wytyczne. W tej sprawie już sporo zostało zrobione, niedawno GIS na nasz wniosek zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o przekazywanie wszelkich wytycznych, które są produkowane albo przez konsultantów, albo też przez towarzystwa medyczne, do GIS, w celu ich weryfikacji pod kątem epidemiologicznym. Ponieważ tak się składa, że od kilkunastu lat wykładam na uczelni medycznej najważniejsze, jak się teraz okazało, przedmioty, tj. epidemiologię i zdrowie publiczne – poprzednio nie były one takie ważne – to okazuje się, że mamy rzeczywiście do czynienia z, no, można chyba tak powiedzieć, zalewem wytycznych, które generują określone koszty. Chociażby Towarzystwo Chirurgów Polskich w swoich zaleceniach wydanych bez udziału

epidemiologów daje bardzo konkretne wytyczne, można powiedzieć, czy też karze dyrektorom szpitali wydawać bardzo konkretne kwoty pieniędzy. Chodzi w tym o bardzo wysokie bezpieczeństwo na sali operacyjnej, przekraczające nawet to, co jest zalecane przez towarzystwa epidemiologiczne. A więc, aby nie przedłużać, powiem tak: bardzo bym prosił państwa o zwrócenie uwagi na to, aby w przestrzeni nie pojawiały się zalecenia, wytyczne konsultantów lub też towarzystw – to będzie trudniejsze, bo towarzystwa oczywiście są całkowicie samorządne i nie podlegają ministrowi – i aby stworzyć mechanizm spójności tych zaleceń, czyli aby np. towarzystwo anestezyjologów nie wydawało wytycznych niespójnych z wytycznymi towarzystwa chirurgów. Dyrektorzy szpitali zrzeszeni w Polskiej Federacji Szpitali zwracają uwagę na to, że jeżeli nie będą się stosować do określonych wytycznych, a będą się stosować do innych, to mogą ponieść konsekwencje. Wydaje mi się, że to nie jest trudne, to na pewno nie kosztuje, a więc to, co ja tutaj postuluję, nie ma specjalnych konsekwencji finansowych, jeżeli chodzi o pracę ze strony ministerstwa i Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Ale może mieć kolosalne znaczenie, jeżeli chodzi o to, co niesłusznie nazywamy nadrabianiem – bo też przyłączam się do tego zdania, że nie możemy tu mówić o nadrabianiu, ale po prostu o uruchamianiu pełnej działalności szpitali. I ja może na tej kwestii zakończę moją odpowiedź.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Podniósł pan bardzo ważną kwestię, a mianowicie wspólnych wytycznych, wspólnych standardów. Również dyrektorzy i lekarze zwracali uwagę na to, że wtedy, kiedy następowało przekształcenie szpitali w szpitale jednoimienne, panował ogromny chaos i procedury postępowania były niejednolite, co bardzo utrudniało pracę. A więc na bazie tych doświadczeń myślę, Panie Ministrze, by ten postulat, aby to Ministerstwo Zdrowia opracowało strategię i standardy, jest jak najbardziej słuszny. I myślę, że będziecie państwo do tego podchodzić bardzo, bardzo rzetelnie.

Proszę bardzo, 2 osoby z tej strony. Proszę.

**PREZES ZARZĄDU
ZWIĄZKU SZPITALI POWIATOWYCH
WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO
WŁADYSŁAW PERCHALUK**

Dzień dobry. Moje nazwisko: Władysław Perchaluk. Jestem prezesem Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego – tego województwa, które teraz ma największe problemy, tak jak mazowieckie i łódzkie.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Prezesi powiedzieli tutaj w zasadzie to, co i ja chciałem powiedzieć. Ale chciałem też podkreślić jedną sprawę, która została tutaj wyartykułowana, jeżeli chodzi o płatności jedyne naszego płatnika, czyli NFZ, i płatności w zakresie ryczałtów oraz innych takich spraw. Proszę państwa, tak jak podkreślił tutaj pan prezes, było spotkanie sierpniowe, wrześniowe, potem nasze spotkanie 13 lutego 2020 r., gdy spotkaliśmy się z Parlamentarnym Zespołem do spraw Szpitali Powiatowych. Pozwoliłem sobie wtedy złożyć w imieniu śląskich szpitali 15 punktów, z tego do dnia dzisiejszego wprowadzono tylko ewentualnie niewielkie korekty, jeżeli chodzi o wycenę punktów, co dotyczy tylko niektórych oddziałów. Polecam w dalszym ciągu te 15 punktów, aktualnie jest to 15 minus 2, czyli zostało ich 13.

Proszę państwa, ryczałty. Cały czas padały tutaj słowa: ryczałty są płacone, płacone, płacone... Jest tu wiele niedomówień, bo tak jak mówiło ministerstwo, tak i NFZ niejednokrotnie wypowiadał się, mówiąc o kontraktach i ryczałtach, że w całości są płacone. Oczywiście ryczałty były – podkreślam: były – płacone w całości, ale teraz już nie są. Przykładem niech będą 3 szpitale ze Śląska, które złożyły już na moje ręce odpowiedni wniosek, z którym najprawdopodobniej będziemy występować, tzn. czy te szpitale indywidualnie, czy jako związek szpitali. Dlaczego te ryczałty zostały obniżone, i to jednostronnie? Mija się to całkowicie z aktualnie obowiązującym przepisem prawa i zawieraniem umowami. Bo jeżeli jest ryczałt, to oczywiście może być on w jakiś sposób wypowiedziany, ale powinno to być przyjęte dwustronnie i w drodze negocjacji, a nie jednostronnego wypowiedzenia, a jeszcze dodatkowo zabezpieczania się aneksami dotyczącymi obniżania ryczałtu. Dotyczy to również szpitali jednoimiennych, Panie Prezesie.

Dalej. Jeżeli chodzi, proszę państwa, o finanse, to padły tu również duże słowa co do

utrzymania płynności finansowej szpitali. Szpitale różnie zadziałały i zaczęła się pojawiać różna gra słów w rozmowach z oddziałami NFZ.

Panie Prezesie, słowa zalecane i słowa nakazane... To są słowa klucze, które pozwalają dzisiaj, chyba za przyzwoleniem pana lub w drodze samej decyzji dyrektorów oddziałów, powiedzieć tak: stop, od dzisiaj, od 1 czerwca, rozliczamy się z wykonania. Ale nie jest to możliwe. Na 24 szpitale zrzeszone w naszym związku wszystkie szpitale wypowiedziały się jednoznacznie: nie ma możliwości zrealizowania zaległości w okresie najpierw proponowanych 3 miesięcy, potem 6 miesięcy. Obawiamy się również, że podjęcie dotyczących tego działań i niewykonanie – bo absolutnie nie ma takiej możliwości, zdaniem dyrektorów... Zresztą pozwoliłem sobie, Panie Ministrze, Panie Prezesie, również na ręce pani przewodniczącej złożyć apel konwentu prezydentów miast śląskich właśnie w poruszonej temacie, rozbudowany dodatkowo jednym wnioskiem, który wg mnie jest bardzo istotny dla szpitali powiatowych. Mówię tutaj o szpitalach powiatowych i o tym apelu. Panie Ministrze – bo kieruję to głównie do pana – czemu nie ma Tarczy 1.0, 0,5 czy 2.0 dla szpitali? Szpitale same nie zaprzestały działalności, to sytuacja to wymusiła. Wszystkie te tarcze, także ta ostatnia Tarcza 4.0, mówią o pokrywaniu strat tam, gdzie nie było przychodów. Myśmy mieli te przychody w ograniczonej wysokości, do 1/12, praktycznie do końca maja, a od czerwca zaczynamy być, zdaniem dyrektorów oddziałów, rozliczani, proszę państwa, już z wykonania. I aktualnie, proszę państwa, szpitale zrzeszone za 4 miesiące są już 156 milionów na minusie. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Tak, rzeczywiście, kwestia tej 1/12, kontraktowania, będzie wybrzmiewała, Panie Ministrze za każdym razem, dlatego że są tu wątpliwości, przede wszystkim takie, że zostało wydane zalecenie, ażeby nie przyjmować pacjentów z chorobami przewlekłymi, nie diagnozować ich, a więc wczesna diagnostyka była mocno ograniczona. Szpitale dostawały tę 1/12 kontraktu, a teraz, tak jak pan prezes mówi, są rozliczane wg wykonania... A więc rzeczywiście kłopoty z ryczałtem, jeżeli chodzi o szpitale powiatowe znajdujące się

w sieci, będą narastały. Tak że to jest przedmiot do dyskusji.

Rozumiem, że kwestia tej 1/12 wybrzmiała, wiemy, że to jest kłopot, mam tu też apel od państwa, który, jak rozumiem, został przekazany także do Ministerstwa Zdrowia, a jeżeli nie, to ja go oczywiście przekażę.

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

**CZŁONEK PREZYDIUM
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
JERZY FRIEDIGER**

Dziękuję bardzo.

Jerzy Friediger, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Proszę państwa, ja chciałbym... Nie będę zajmował wiele czasu, ale za to powiem konkretnie. Zacznę może od końca.

29 maja ukazało się oświadczenie pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który nakazał odliczenie od kwoty ryczałtu sieciowego kwoty ryczałtu tzw. COVID-owego. Czyli, krótko mówiąc, ryczałtu COVID-owego szpitale, które leczyły pacjentów z powodu COVID, nie otrzymały. Zostały... To znaczy otrzymały, ale został on zrekompensowany z normalnego, sieciowego ryczałtu szpitali, z tej 1/12. W przypadku małego szpitala, którym kieruję, w maju było to 850 tysięcy zł. To nie jest mała kwota, nawet dla dużego szpitala. Nie wiem, dlaczego tak się stało, nie wiem, jaka jest tego przyczyna i co zmieniło się 30 maja czy 29 maja, że nagle te pieniądze zostały szpitalom zabrane.

Wracając do sprawy ryczałtu i 1/12, odrobienia tego... Nie ma takiej możliwości. Jako Naczelna Rada Lekarska wszystkimi sposobami będziemy walczyć w tej sprawie, ponieważ nie ma możliwości, żeby lekarze i pielęgniarki pracowali 24 godziny na dobę po to, żeby odrobić to, co nie zostało wykonane w ciągu 3 czy 4 miesięcy. Nie ma takiej możliwości. I my będziemy bronić naszych kolegów. Bo coś takiego musi się skończyć błędami. I proszę sobie również z tego zdać sprawę – mówię to i do pana prezesa, i do pana ministra.

Kolejna sprawa. Oddziały zakaźne nie dostały żadnych dodatkowych pieniędzy. To jest legenda. Mało tego, w oddziale... W szpitalu, którym kieruję, jest oddział zakaźny dziecięcy, który przyjął kilkaset dzieci z COVID, z podejrzeniem COVID.

Ale w przeciągu maja dwoje dzieci przez jedną dobę przebywało na oddziale z innym rozpoznaniem niż COVID. I to spowodowało, że Narodowy Fundusz Zdrowia „łaskawie” odebrał cały ryczałt COVID-owy i wynagrodzenie COVID-owe dla wszystkich pracowników oddziału. Czyli tych dwoje dzieci zakaziło cały szpital. I kolejne pytanie: jak państwo zamierzacie to rozwiązać? Bo to jest jakaś paranoja.

My do dzisiaj nie wiemy, na jakiej podstawie ryczałt COVID-owy został wyliczony. Kilkakrotnie zwracaliśmy się z prośbą o wyjaśnienie i nadal nie wiemy, jak jest wyliczany. Wiemy, jaka jest jego wysokość, ale jakie są jego składniki, tego nie wiemy.

I kolejna sprawa. Kilkakrotnie, co najmniej trzykrotnie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwracało się do ministra zdrowia i do głównego inspektora sanitarnego z prośbą o jednoznaczne wytyczne dotyczące odmrażania działalności szpitali. Co mamy robić?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kiedy?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Głos z sali: To nie są wytyczne...)

(Przewodnicząca Beata Matecka-Libera: No dobrze, Panowie, ale proszę wygłaszać swoje kwestie, a dyskusja będzie później. Dobrze?)

Dobrze.

Kolejna sprawa. W tej chwili państwo daliście wytyczne odnośnie do pacjentów, którzy mają być kierowani do sanatoriów. Ale na temat pacjentów, którzy mają być planowo przyjmowani do szpitali, ani jednego słowa. Czy mają być wymazywani? Czy mamy pobierać wymazy? W którym momencie przed przyjęciem do szpitala?

Mało tego, uruchomiliście państwo praktyki studenckie i zajęcia studenckie w szpitalach. Nawet według Twittera, według tweeta pana prezesa – pierwsze słyszę o takiej formie prawnej, ale nie szkodzi – ma to być refundowane z funduszy NFZ. Tyle że nie ma ani jednego słowa na temat tego, jakie wymogi mają być spełnione, żeby wpuścić ludzi z zewnątrz, czyli studentów, na teren szpitala i żeby mogli mieć kontakt z chorymi. To może tyle, bo o reszcie koledzy już powiedzieli.

Jeszcze jedna prośba do pani przewodniczącej. Jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia będzie składał jakiegokolwiek informacje finansowe, proponowałbym, żeby szpitale jednoimienne

były wyłączone, żeby osobno była informacja o szpitalach jednoimiennych i ich finansowaniu, a osobno informacja o finansowaniu pozostałych szpitali, ponieważ to w sposób niesłychany zaciemnia obraz. Tak że muszę powiedzieć, że np. wśród tych liczb, o których nam tu mówił pan minister Kraska, to ja się pogubiłem. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Rzeczywiście to posiedzenie komisji przynosi szereg dodatkowych, bardzo istotnych pytań. Tak że proszę się nie dziwić, Panie Ministrze, że te szczegółowe pytania będziemy kierować również w formie pisemnej do państwa. I mam nadzieję, że odpowiedzi będą do nas spływały w szybszym tempie niż te, na które czekamy.

Teraz pani. Proszę bardzo.

**PIERWSZA WICEPRZEWODNICZĄCA
OGÓLNOPOLSKIEGO
ZWIĄZKU ZAWODOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
LONGINA KACZMARSKA**

Dziękuję bardzo.

Longina Kaczmarska. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Jestem wiceprzewodniczącą.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo Senatorowie! Panie Ministrze! Panie Prezesie!

Gdy tak słucham wypowiedzi strony rządowej o tym, jak to jest świetnie, to naprawdę jestem pełna podziwu dla państwa samozadowolenia. Proszę państwa, generalnie realia są zupełnie inne. Szpitale jednoimienne rzeczywiście dostały jakąś pulę pieniędzy. Tak jak powiedział pan dyrektor, niektóre oddziały zakaźne nie dostały i to też jest faktem. W każdym razie wszystkie pozostałe szpitale też niestety musiały walczyć z epidemią i to bez przygotowania, bo to one ponosiły koszty zarówno przygotowania środków ochrony osobistej, jak i związane z bezpieczeństwem pracowników oraz pacjentów.

(Rozmowy na sali)

Panie Ministrze, ja też do pana mówię.

Niestety, proszę państwa, teraz wszystkie szpitale z tego powodu, że zostały podzielone na jednoimienne i inne, pozostałe, się zadłużają. Myślę, że to będzie ból głowy zarówno Narodowego Funduszu Zdrowia, Panie Prezesie, jak i strony rządowej albo będziemy prowadzić szpitale do upadłości, bo inaczej nie udźwigną tego ciężaru. Ale generalnie, proszę państwa, nie o tym chciałam mówić.

Chciałam tylko zaznaczyć, że spośród pracowników, którzy mają najniższe wynagrodzenie, 6 osób zmarło, są to 4 pielęgniarki, jest to fizjoterapeuta, a także ratownik medyczny. Proszę państwa, owszem, mówimy o tym, że ci ludzie mieli choroby współistniejące, ale prawdopodobnie każdy z nas ma jakąś chorobę i z tym żyje, tak też i oni żyliby jeszcze długie lata. Wiemy, że Ministerstwo Zdrowia podpisało z PZU umowę na ubezpieczenie tych osób. Wiemy o stawkach, ale nie wiemy, czy rodziny tych osób otrzymają jakiegokolwiek środki. Czy pan minister mógłby coś w tym zakresie powiedzieć? Wiem, że pod koniec czy w połowie maja została podpisana umowa z PZU, ale zainteresowanie rodzinami... No, życia tym osobom już nie przywrócimy, ale chcielibyśmy oddać im chociaż to, co zrobili dla systemu, bo to były osoby w wieku od 40 lat chyba do 65 lat. Chodzi o to, żeby rodziny tych osób cokolwiek z tego miały, bo były to osoby oddane społeczeństwu, zdrowiu, pracujące na rzecz pacjentów, tylko na rzecz pacjentów. I to chyba byłoby wszystko.

A jeśli chodzi o środki ochrony osobistej, to w szpitalach pochłaniały one ogromne pieniądze, też w zależności od tego, kto był pracodawcą, czy był on oddany i rozumiejący środowisko, czy nie.

Jest jeszcze jeden problem, który dotyczy, myślę, środowisk, osób, które pracują w izolatoriach, pracują tam głównie pielęgniarki i położne. Wszyscy dostają... Tu również są pacjenci potencjalnie podejrzani albo już ze stwierdzonym zarażeniem COVID-19, przebywają oni w izolatorium i nie dostają żadnych cedowanych, dodatkowych środków. Tutaj rzeczywiście powstał konflikt w grupie, bo pacjenci są wszędzie jednakowi i COVID wszędzie jest jednakowo groźny, więc dobrze byłoby, żeby te komórki organizacyjne w podmiotach w jakiś dodatkowy sposób wynagrodzić. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Proszę bardzo, z tej strony 2 osoby się zgłaszały.
Proszę.

PEŁNOMOCNIK
DO SPRAW LEGISLACYJNYCH
ZARZĄDU ZWIĄZKU MIAST POLSKICH
MAREK WÓJCIK

Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Zacznę od tego, że bardzo dziękuję pani przewodniczącej za inicjatywę organizowania tego typu spotkań. Wyraźnie widać, że są one bardzo potrzebne.

Szanując też pani głos, podniosę 3 bardzo konkretne sprawy, będą to 2 prośby oraz 1 pytanie.

Prośba pierwsza dotyczy zwolnienia szpitali ze składek za marzec, kwiecień i maj z ubezpieczenia społecznego, z Funduszu Pracy, z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Funduszu Emerytur Pomostowych. Drodzy Państwo, świadomie wymieniam te wszystkie elementy i pomijam składkę zdrowotną. Ponieważ w tej chwili szpitale zatrudniające powyżej 50 osób nie mogą skorzystać z takiego wsparcia, a wydaje się, że to byłby bardzo konkretny element, który pomógłby im ustabilizować swoją działalność ekonomiczną, ośmielam się złożyć ten wniosek. Z tego typu wsparcia mogą skorzystać inne podmioty, już nie chcę tego rozwijać, ale szpitale niestety nie. Podkreślam, że chodzi o te, które zatrudniają powyżej 50 osób, tzn. płacą składki za więcej niż 50 osób.

Druga prośba dotyczy uelastyczenia zarządzenia ryczałtem szpitalnym. Padały tutaj różne propozycje, do których się absolutnie przychyliam. Jednak ośmielam się pójść o krok dalej, mianowicie prosić o to, aby żaden polski szpital nie otrzymał niższego ryczałtu na rok 2021 niż ten, który miał rok 2020, żeby nie było takiego zagrożenia. Chodzi o to, żeby przyjąć założenie, że ryczałt nie będzie niższy, i żeby ustalić dosyć odległy termin na zrealizowanie świadczeń zaplanowanych na rok 2020. Chyba słyszeliśmy

o tym, że to miał być czerwiec 2021 r., ale nie wiem, czy to nie jest to za szybko, czy to nie jest za krótki termin. Czy nie powinniśmy pójść jeszcze dalej i doprowadzić do zweryfikowania umów w taki sposób, aby świadczenia można było rozliczyć do końca 2021 r. łącznie za rok 2000 i za rok 2021? To jest mój drugi postulat.

Trzecia sprawa to jest pytanie do pana ministra Kraski. Otóż chodzi o tę Łomżę. Te szpitale rzeczywiście miały takie 3 dodatkowe elementy: ryczałt, gotowość do świadczeń i procedury Nielimitowane. Chciałbym zapytać, czy szpital w Łomży dostał coś więcej niż to, co było w ramach tych 3 elementów. A jeżeli tak, to czy to było wsparcie, które otrzymały również inne szpitale jednoprofilowe. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Proszę bardzo.

WICEMARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
ROMAN KOLEK

Roman Kolek, wicemarszałek województwa opolskiego.

Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Dziękuję za te głosy i uwagi. Miesiąc temu komisja zdrowia Związku Województw RP sygnalizowała w podjętych stanowiskach właśnie te problemy, o których państwo tutaj mówiliście: jednolite standardy, które muszą dotyczyć wszystkich, poprawa diagnostyki związanej z wykrywaniem choroby. Dziękuję panu ministrowi za to, że wspomniał dzisiaj o tym, że w przypadku przedłużenia się pandemii na okres jesienny i połączenia z grypą sezonową trzeba dać lekarzom rodzinnym narzędzia do lepszego diagnozowania. Uważam, że już dzisiaj powinniśmy dać te narzędzia, dlatego że już widać wyraźnie, że szczególnie w przypadku ognisk, gdzie służby sanitarno-epidemiologiczne są bardzo mocno zaangażowane, pracują, jak mogą – docenię tutaj ich aktywność – harują, w tym ferworze pracy pomijanych jest wiele przypadków

kontaktów, o których nie mają pojęcia, których nie są w stanie zidentyfikować w łańcuchu epidemicznym. W tym momencie wiedza i świadomość lekarzy rodzinnych są bezcenne, to one pozwalają dotrzeć do osób, szczególnie z podejrzanymi objawami, których kierowanie na badania dzisiaj jest możliwe, bo lekarze to robią, ale nie ma ogólnych regulacji wskazujących na te możliwości. Gdy rozmawiam z przedstawicielami Kolegium Lekarzy Rodzinnych, to mówią, że nie mają tego w zakresie swoich obowiązków, zadań itd. Nie można działać w ten sposób. Tu musi być jednolita, spójna strategia, dlatego że to poprawi wykrywalność i zapewni skuteczniejszą izolację w wygaszaniu ognisk. W przeciwnym razie nie pozbedziemy się tego problemu jeszcze przez 2 lata. Bezwzględnie należy nad tym pracować.

Kolejna sprawa obok standardów to, o czym państwo mówiliście, kwestia finansowania. Zwróciliśmy się także z apelem, że stanowiskiem związanym właśnie z utrzymaniem poziomu finansowania, utrzymaniem ryczałtu w tej samej wysokości, w jakiej dzisiaj jest on realizowany. Absolutnie nie zgadzamy się także z tym, że wydłużenie okresu rozliczania w ogóle... Myślę, że pominąłbym... Wierzę tutaj w mądrość funduszu, fundusz znajdzie rozwiązanie, które doprowadzi do tego, że ten status będzie można utrzymać. Sytuacja jest wyjątkowa, szpitale ponoszą koszty działania bieżącego, które są niewspółmiernie większe od tych, jakie były wcześniej. Czasami we własnym zakresie, czasami przy zaangażowaniu środków europejskich poprawiły warunki izolacji pacjentów. Dokonuje się tego w taki sposób, aby było to bezpieczne i dla pacjenta, i dla załogi.

Co to oznacza w praktyce? Zmniejszenie liczby łóżek do dyspozycji, do realizacji kontraktu. Nie możemy patrzeć jedynie na wykonanie kontraktu, tylko musimy zmienić całą strategię i filozofię. To wpisuje się w filozofię przesunięcia akcentu na opiekę środowiskową i ambulatoryjną, jak najbardziej, tylko że należy tego dokonać także w odniesieniu do strony finansowej. I bardzo ważne jest to, żeby nie zapomnieć też o tym, o czym mówiliśmy także na poprzednim spotkaniu: psychiatria, rehabilitacja – to jest absolutnie nie do nadrobienia. Także wycena tych świadczeń nie pozwala na utrzymanie tej działalności. Ja już nie wspomnę dzisiaj o odmrożeniu działalności... Z zazdrością patrzę na

możliwość realizacji świadczeń i finansowania uzdrowisk, leczenia uzdrowiskowego, gdy na drugim biegunie w moim regionie mam centrum terapii nerwic, które nie może rozpocząć działalności. Przez jakiś czas było ono wykorzystywane jako obiekt dla osób na kwarantannie, została podpisana taka umowa z panem wojewodą, a dzisiaj nie może rozpocząć działalności. Zwijać, likwidować działalność? Moim zdaniem akurat dla tego rodzaju pacjentów, pacjentów z problemami, których dzisiaj współczesny świat, życie nastrocza coraz więcej, z nerwicami, z zaburzeniami depresyjnymi, te ośrodki są potrzebne, a dzisiaj nie ma możliwości wprost wynikających z przepisów... nie wiadomo, kogo mogą przyjmować, żeby wrócili do aktywności, do działalności, nawet z zachowaniem bezpieczeństwa. Dzisiaj nie ma takiej możliwości. Podkreślam, to jest ważny, istotny problem.

Tak że wierzę w to, że ta Tarcza – tutaj dołączę się do podziękowań dla funduszu – że mechanizm płynnościowy, który państwo wprowadziliście, ta 1/12, był kapitalną decyzją, trafioną w punkt, dającą szansę wejścia w pewne mechanizmy Tarczy Antykrzysowej dla ochrony zdrowia. Tyle że brakuje tej kropki nad „i”, tych rozwiązań, o których tu mówimy. Państwo w funduszu na pewno doskonale wiecie, że strategia, sposób funkcjonowania szpitali jednolitych, izolacja, zmniejszona liczba pacjentów tam hospitalizowanych powodują, że trzeba przyjąć zupełnie inne kryteria w wyznaczaniu nowych modeli finansowania ryczałtu na kolejne okresy. Ja podzielałam tu pogląd, że te ryczałty powinny być co najmniej takie same, a w stanowisku Związku Województw mówimy o tym, że powinny być one nawet powiększone o koszty funkcjonowania w związku z podejmowanymi czynnościami. Tu ważne jest także to, o czym mówiłem, mianowicie potencjał szpitali już dzisiaj z tego powodu jest mniejszy, jeśli chodzi o przepustowość pacjentów, mniej świadczeń będzie można udzielać, dlatego że trzeba będzie postępować względem pacjenta bezpiecznie.

Musimy wyciągnąć wnioski na przyszłość. Musimy w perspektywie – ministerstwo też na pewno ma tego pełną świadomość – myśleć o strategii organizacji dobrego finansowania zakaźnictwa w Polsce. To jest problem, który sięga o wiele dalej, dotyczy także kształcenia kadr, motywacji do tego, żeby te kadry chciały się w tym kierunku kształcić. Dzisiaj przykład

szpitali jednoimiennych i niechęć do pracowania na tych oddziałach prowadzi do tego, że ta dyscyplina przez wiele lat będzie się spotykała z negatywnym podejściem medyków. To jest rzecz, którą musimy przełamać w inny sposób, tak? Na pewno nie chodzi tylko o finanse, bo generalnie nie ma takich pieniędzy, za które w niektórych przypadkach można pracować.

Wracam do kwestii odmrażania szpitali jednoimiennych. Pojawia się problem. Ja podam przykład ze swojego terenu, z Kędzierzyna-Koźła, przykład szpitala jednoimiennego. Był to jedyny szpital powiatowy na tym terenie. Szpital chce uruchomić działalność, jest przyzwolenie, jest możliwość uruchomienia działalności, ale on nie uruchamia oddziałów wewnętrznych, bo nie ma szans. Dzisiaj kadra medyczna skoncentrowana w szpitalu jednoimiennym w tym profilu zakaźnym nie jest w stanie obsłużyć drugiego oddziału, nie jest w stanie zgromadzić 2 zespołów, które poprowadzą te oddziały, aby można było bezpiecznie działać. Wszyscy wiemy, że szpitalach jednoimiennych intensywność zaangażowania tej kadry medycznej... Powiedziałbym tak: czasowo to zaangażowanie jest może mniejsze, ale jest ono intensywniejsze, wymaga większej liczby ludzi po to, aby taką działalność prowadzić bezpiecznie zarówno dla personelu medycznego, jak i dla pacjentów. Wszystko to jest niezmiernie istotne, ważne.

Tak że liczę bardzo na te standardy, liczę bardzo na diagnostykę, upowszechnienie badań w kierunku COVID i na tę Tarczę związaną z bezpiecznym funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Myślę, że pytań jest o wiele więcej, ale tematu dzisiaj nie wyczerpiemy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Jeszcze pan nie zabierał głosu. Proszę bardzo i proszę też o krótką wypowiedź, bo będziemy pomału konkludować.

Proszę bardzo.

**PREZES ZARZĄDU SZPITALA MIEJSKIEGO
NR 4 W GLIWICACH
PRZEMYSŁAW GLIKLICH**

Przemek Gliklich, Szpital Miejski nr 4.
Ja bardzo krótko, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze!

Jeśli chodzi o obłożenie mojego szpitala jednoimiennego, dzisiaj to jest ponad 50%. To wynika z tego, że my mamy jedną z dwóch stacji dializ dla pacjentów COVID dodatnich i tych pacjentów po prostu cały czas przybywa.

Mam pytanie techniczne do pana ministra. 2 tygodnie temu rozmawialiśmy o punktach *drive-thru* i faktycznie zostały one lepiej wykorzystane, zgłasza się bardzo duża liczba pacjentów do sanatoriów. Przy tej okazji chciałbym zwrócić uwagę – to też było zgłaszane – na działanie systemu EWP. Pojawił się problem. Otóż my w szpitalu widzimy tylko i wyłącznie wynik, widzimy to, czy on jest dodatni, czy ujemny, ale z systemu nie można wygenerować właściwego wyniku, do tego jeszcze autoryzowanego. Ja wiem, że prace nad tym trwają, ale bardzo proszę... To jest naprawdę duże utrudnienie. Ja nie mogę wypisywać pacjentów, nie mogę ich też wypisywać z izolatorium, które jest w naszej dyspozycji, bo po prostu nie mamy możliwości wygenerowania takiego wydruku. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Panie Ministrze, jak pan widział, zaczęliśmy od dyskusji ze stroną społeczną, żebyśmy nie mówili tu o polityce, tylko o realnych problemach, jakie mają szpitale, bo prawdą jest, że w tej epidemii przede wszystkim szpitale powiatowe miały duży kłopot. Kłopoty były z dwóch stron, po pierwsze, pacjent błędził w systemie, karetka woziła go od szpitala do szpitala i był duży problem z przyjęciem pacjenta. A jasno z przedstawionych tu wypowiedzi wynika, że szpitale jednoimienne, które rzeczywiście finansowo zostały zabezpieczone, aczkolwiek nie wiem, czy na początku spełniały wszystkie wymagania, jakie powinny spełniać, bo jest kwestia nie tylko braku tlenu, ale też braku respiratorów... Tak nawiasem mówiąc, bardzo ciekawa jestem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No właśnie. Bardzo jestem ciekawa, gdzie trafiały wszystkie nowo zakupione respiratory, do których szpitali.

Ale skupmy się na działalności szpitali powiatowych i dostępie pacjentów do leczenia. Oprócz tego bardzo istotne jest przekształcanie

szpitali. Z ustawy COVID-owskiej, z jej art. 10 jasno wynika, że jest do decyzja ministra zdrowia, a – jak się okazuje – niektóre szpitale zostały przekształcone w trybie decyzji wojewody, co jednak rodzi duże wątpliwości prawne, a także skutki. Dlatego też teraz, przy przekształcaniu w odwrotną stronę, czyli przywracaniu stanu zgodnego z działalnością statutową tych szpitali, też są pytania: kto będzie podejmował takie decyzje, jakie będą wytyczne do przekształcania tych szpitali i jak będzie wyglądała cała ta droga w drugą stronę? To są pytania do pana ministra, ale...

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: Czy mógłbym sprostować...*)

Ale proszę nie prostować, naprawdę. Panie Senatorze, my tutaj ustaliliśmy pewne reguły i bardzo bym prosiła, żeby pan tych reguł też przestrzegał, dobrze?

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: Tak, Pani Przewodnicząca, ale nie można się posługiwać przekłamaniem, bo...*)

Ale ja się nie posługuję przekłamaniem.

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: To ja może wyjaśnię sprawę.*)

Nie, nie będzie pan wyjaśniał i nie będzie pan prostował, Panie Senatorze.

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: Pani Przewodnicząca, prezydent Radomia z Platformy Obywatelskiej wystąpił do wojewody mazowieckiego...*)

Panie Senatorze, jak zwykle wprowadził pan zamęt w tej komisji.

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: ...o przekształcenie szpitala miejskiego w szpital jednoimienny...*)

Proszę wyłączyć mikrofon.

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: ...więc proszę nie opowiadać takich rzeczy, że wojewodowie łamali prawo.*)

Panie Senatorze, proszę wyłączyć mikrofon.

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: Prezydent Radomia z Platformy Obywatelskiej wystąpił do wojewody mazowieckiego. Tak więc proszę nie mijać się z prawdą.*)

I to jest cała dyskusja na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Kiedy rozmawiamy merytorycznie i chcemy dowiedzieć się od ministra, który siedzi, grzecznie słucha i chce odpowiedzieć, wprowadzanie polityki jest kompletnie niepotrzebne...

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: Nie, państwo ministra linczujecie, zarzucacie mu różne*

rzeczy, a ja chcę tylko powiedzieć o faktach, chcę stwierdzić fakt.)

Panie Ministrze, udzielam panu głosu.

(*Senator Wojciech Skurkiewicz: Prezydent Radomia z Platformy Obywatelskiej wystąpił do wojewody...*)

Czy może pan wyłączyć mikrofon?

Panie Ministrze, chciałabym, żeby pan w kilku słowach odniósł się do tych kwestii, powiedział, czy macie jakąś strategię przekształcania tych szpitali z powrotem w szpitale, które prowadziły normalną działalność i chciałabym również, żeby pan się odniósł do tych kwestii finansowych, ale zwięźle, ponieważ, jak pan mówi, ma być jakaś konferencja.

Chciałabym też jeszcze udzielić głosu, mieć czas na to, żeby senatorowie też mogli się odnieść do tych wszystkich kwestii, dlatego bardzo proszę o krótkie odpowiedzi.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Ja dziękuję państwu ze strony społecznej, bo rzeczywiście dzisiejsze pytania i propozycje ze strony państwa były bardzo konstruktywne. Jeszcze raz dziękuję za to, że możemy w taki sposób merytoryczny o tych kwestiach dzisiaj rozmawiać. Ja notowałem sobie kwestie, o których państwo mówiliście, i pokrótce odpowiem tak.

Zacznę od tego, że jestem lekarzem i nie wyobrażam sobie, żeby lekarz, ratownik, pielęgniarka, diagnosta laboratoryjny uciekał na zwolnienie lekarskie, o którym pan prezes powiedział, bo nie ma czegoś takiego, żeby żołnierz uciekał z pola walki tylko dlatego, że się boi. Tak więc myślę, że nie ma czegoś takiego...

(*Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Może zostawmy etykę, Panie Ministrze, mówmy o konkretach.*)

Pani Przewodnicząca, no, pan prezes o czymś takim powiedział, powiedział, że lekarze, personel będzie uciekał na zwolnienia, na L4. Myślę, że jest to zupełnie nieetyczne, i mam nadzieję, że jestem przekonany, że nic takiego w służbie zdrowia się nie zdarzy.

Jeżeli chodzi o brak procedur lub nadmiar procedur, bo to wybrzmiało jakby w dwugłosie, że z jednej strony jest za dużo procedur, z drugiej

strony tych procedur zupełnie nie ma... Wielokrotnie wybrzmiewało też to, że karetki krążą, nie wiedzą, gdzie jechać. Już w marcu były wytyczne dla stacji ratownictwa medycznego, dla dyspozytorów medycznych, jasne i klarowne, gdzie karetka ma się udać z pacjentem. Proszę państwa, ja wiele lat pracowałem w ratownictwie medycznym i wiem, że takie decyzje są, załoga karetki może też skontaktować się z dyspozytorem medycznym, który na pewno dopyta, jeżeli czegoś nie wie, jest też koordynator wojewódzki. Tak więc nie rozumiem, dlaczego państwo o tym tak w tej chwili mówicie.

Muszę też wziąć w obronę podstawową opiekę zdrowotną, bo to nieprawda, że POZ się zamknęły. Znam wiele dobrych POZ, które w czasie pandemii pracowały. Oczywiście przeważała u nich teleporada i dobrze, że taki sposób leczenia pojawił się w czasie pandemii. Też, tak jak pan powiedział, gdyby nie e-recepta, to byłby potężny problem, bo pacjenci musieliby osobiście zgłaszać się do POZ po recepty. W tej chwili nie muszą.

Była też mowa o odmrażaniu szpitali. Na stronie Ministerstwa Zdrowia wiszą wytyczne krajowego konsultanta dotyczące chorób zakaźnych, tego, jakie procedury trzeba zachować w przypadku przyjmowania pacjentów do szpitali, więc myślę, że to jest jasne. My uzgadniamy to także z głównym inspektorem sanitarnym, aby te wytyczne nie były... Proszę państwa, w pewnym momencie tak się działo, że każdy konsultant w swojej dziedzinie, konsultanci wojewódzcy zaczęli wydawać dla swoich województw oddzielne wytyczne. To zaczęło troszeczkę nie grać. Dlatego wydaliśmy w Ministerstwie Zdrowia, co też spotkało się z wielkim oporem konsultantów, że teoretycznie zamykamy im usta... Nam chodziło o to, żeby był wspólny przekaz, jeśli chodzi właśnie o te wytyczne, jeżeli chodzi o przestrzeganie zasad i tzw. procedury w poszczególnych... czy to w specjalizacjach zabiegowych, czy innych.

Mówiliście państwo, że nie ma Tarczy dla służby zdrowia. No, myślę, że właśnie ta 1/12 niejako wyprzedziła wszystkie Tarcze, które pojawiły się później. Myślę, że to posunięcie, żeby płacić ryczałt niezależnie od tego, ilu pacjentów trafia do placówki, było jednym z elementów tej Tarczy, jakkolwiek to nazywać.

Szanowni Państwo, myślę, że o kwestiach finansowych zaraz powie pan prezes NFZ. Powiedziała pani także o ubezpieczeniu. Ja o tym

mówiłem na poprzednim posiedzeniu komisji, ale jeszcze raz powiem, że to ubezpieczenie zostało zawarte z firmą PZU, to ubezpieczenie dotyczy personelu lub osoby bliskiej, w przypadku zakażenia to jest 5 tysięcy zł, a w przypadku śmierci spowodowanej następstwem zakażenia koronawirusem to jest 250 tysięcy. To ubezpieczenie obowiązuje od 16 marca 2020 r. do 15 marca 2021 r.

Pan przewodniczący Związku Powiatów Polskich zapytał o finansowanie Łomży, szpitala jednoimiennego w Łomży. Finansowanie wszystkich szpitali jednoimiennych odbywało się na jednakowych zasadach, ja nie będę może wchodził w szczegóły, ale np. w lutym szpital w Łomży wykazywał wynik sprzedaży minus 1 milion 800 tysięcy, zaś w marcu i w kwietniu, kiedy był szpitalem jednoimiennym, wykazał wynik dodatni, w marcu to było 4 miliony 127 tysięcy, a w kwietniu – 5 milionów 790 tysięcy. Zatem, jak myślę, finansowo szpital w Łomży akurat wyszedł na tym dobrze, zarobił, nie stracił na tym.

Teraz może jeszcze pan prezes o kwestiach finansowych.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Momencik, momencik, ja chciałabym...

Czy pan minister skończył?

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Waldemar Kraska: Tak, oczywiście.)

Tak. To ja miałabym tylko taką prośbę, żeby na te wszystkie pytania, które tutaj padły, a w szczególności dotyczące tego, w jakim trybie i kto wydawał decyzje o przekształceniu szpitali, jaka jest strategia i na jakich warunkach te szpitale będą przekształcane...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Waldemar Kraska: A mogę mieć prośbę, Pani Przewodnicząca?)

Tak, oczywiście.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Waldemar Kraska: Mam prośbę, żeby te pytania skonkretyzować na piśmie i przekazać do nas, dobrze?)

Nie, no ja mówiąc o nich tutaj, to je już powtarzam. Czy chce pan, żebyśmy to wszystko jeszcze spisywali? Tutaj ileś tych pytań padło, więc myślę, że pan minister wie...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Tak, ale coś nam może uciec, Pani Przewodnicząca. Poprosiłbym na piśmie. Dobrze?)

Dobrze, przygotujemy dla pana te pytania. Gdy one spłyną, będziemy prosić o pisemne odpowiedzi.

A jeżeli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, to tutaj jest kwestia finansowania. Jeśli chodzi o finansowanie szpitali jednoimiennych, to prosimy podać, jakie konkretnie pieniądze poszły na poszczególne szpitale, jakie było wykorzystanie łóżek, ilu pacjentów było leczonych. Prosimy też podać, jakie jest finansowanie pozostałych szpitali, szpitali powiatowych, to, o co wnosili tutaj państwo.

Udzielam głosu senatorom.

Kto... Proszę bardzo.

SENATOR

AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Dziękuję bardzo.

Witam państwa...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Momecik, jeszcze są pytania.)

Ja zadam bardzo króciutkie pytania, nie będę państwu zajmować czasu.

Ja jestem przede wszystkim szpitalnikiem, który przez okres pandemii cały czas pracował, i chcę powiedzieć, że żaden z kolegów w naszym szpitalu nie brał L4. Pracuję w szpitalu onkologicznym, niejednimiennym. Mam wrażenie, że takie prorocstwo, o którym mówiliśmy, Panie Ministrze, nie 4 marca, tylko 4 lutego na posiedzeniu Komisji Zdrowia, kiedy państwo jeszcze wyśmiewali nasze postulaty o...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan nie, ale inni koledzy. Mówię ogólnie. Już nie chcę wracać do tego tematu, tylko chciałabym powiedzieć o faktach. Są z nami państwo, strona społeczna jest zaproszona, więc dobrze by było, żebyście państwo mieli ogład sprawy.

Mówiliśmy wtedy o tym, jak państwo zabezpieczacie te miejsca. Na dziś 70% miejsc finansowanych z budżetu państwa w szpitalach jednoimiennych nie zostało wykorzystane, i chwala Bogu, ponieważ zdrowie Polaków jest dla nas najważniejsze, ale nie wiemy, na jakim etapie epidemii jesteśmy, gdyż Polska jest na czerwonej

liście, na liście państw, które nie odnotowują ani wzrostu, ani spadku.

Ja jako lekarz praktyk wiem, potwierdzają się tu nasze i pani przewodniczącej słowa, że na początku, wtedy kiedy zaczynała się epidemia, pacjenci z podejrzeniem zarażenia SARS CoV-2 wcale nie trafiali do szpitali jednoimiennych, tylko trafiali wszędzie. POZ w większości się zamknęły. Być może są jakieś przypadki POZ, które pracują dobrze. W moim regionie POZ świadczą tylko teleporady – ja też takie świadczyłam – ale to było niebezpieczne, gdyż w przypadku wielu pacjentów bez badania fizykalnego, jak pan dobrze wie, bo pan jest lekarzem, nie da się dać dobrej usługi medycznej. Jeśli chodzi o e-recepty, to przyznaję, że naprawdę bardzo nam to pomogło w okresie epidemii, chcę być tu bardzo sprawiedliwa, bo cały czas pracuję z pacjentami. Na izbach przyjęć szpitali niejednimiennych, na oddziałach ratunkowych były osoby podejrzane o zarażenie SARS CoV-2. Zastanawiam się tylko nad jednym, skoro mieliśmy tyle miejsc nieobłożonych, to dlaczego te osoby musiały mieć potwierdzone wymazy – być może to jest pytanie do pana epidemiologa, pana doktora epidemiologii – i musiały przebywać w tych szpitalach, które nie były do końca przygotowane ani przez państwa, być może bardziej przez samorządy i stronę społeczną, do pełnienia takich usług. Wielogodzinne oczekiwanie na wyniki tych testów... Oczywiście choroby się uczymy, to jest dla nas wszystkich praktyka. Dopiero po jakimś czasie opracowaliśmy procedury. Przy tej okazji dziękuję panu prezesowi Malinowskiemu za wypowiedź. W każdym razie my, samorządy wraz z dyrektorami, wraz ze specjalistami – był tu przykład radzenia sobie z ebolą – opracowaliśmy zasady, jak przeciwdziałać zarażeniu, co robić, żeby się nie zakaził ani personel medyczny, ani nasi pacjenci. To są fakty.

Ja mam 3 pytania. Mówicie państwo teraz o odmrażaniu sanatoriów. To też są jednostki, w których płatnik w postaci funduszu refunduje pobyty. W moim odczuciu, jako praktyka, pobyty w sanatoriach to jest jakiś etap leczenia, ale pamiętajmy o kolejce ludzi, chorych ludzi, którzy mieli mieć wykonywane procedury chirurgiczne i którzy trafiają teraz na planowe zabiegi, zawieszane do tej pory przez ministra zdrowia. Mam pytanie, czy fundusz zdrowia będzie refundował wymazy PCR przed planowanymi zabiegami chirurgicznymi. To są ludzie chorzy, to nie są

ludzie w okresie rehabilitacji. To jest pierwsze pytanie i poproszę o odpowiedź na piśmie.

Drugie pytanie. Nie do końca rozumiem mechanizm wyrównania ryczałtów. Widzę, że strona społeczna ma tu mnóstwo pytań i mnóstwo kłopotów. Też wiem, że w moim szpitalu boimy się, że nie otrzymamy ryczałtu, gdyż np. nowe kontraktowanie usług zostanie przygotowane na podstawie wykonania z roku 2020. Może państwo wyjaśnić mi ten mechanizm, a dobrze by było, żeby dyrektorzy jednostek dostali na piśmie konkretne informacje, czy będą naliczane te kontrakty, czy będą wyrównywane te finanse, tak jak to było zaplanowane w roku 2020, zanim przyszła epidemia.

I trzecia sprawa. Czy szpitale, które jednak przejęły większość usług z podstawowej opieki zdrowotnej – bo pacjenci nie mieli dokąd pójść, nie każdego satysfakcjonowała telewizyta, oni trafiali do szpitala niekoniecznie ze stanami zagrożenia życia, przychodzili z różnymi praktycznymi problemami zdrowotnymi – czy te izby przyjęć, czy oddziały SOR, które przejmowały to leczenie, będą miały jakoś dodatkowo finansowane te usługi?

Dziękuję bardzo. Proszę o odpowiedź na piśmie, chyba że ktoś chce szybciotko się do tego ustosunkować. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, po kolei. Proszę bardzo.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, po pierwsze, taka refleksja, że my tutaj rozmawiamy chyba o jakiejś innej służbie zdrowia, tzn. takiej, która przed wystąpieniem koronawirusa była dobrze finansowana, niezadłużona, wyceny świadczeń zdrowotnych były na dobrym poziomie. Bo gdy teraz słyszę, że w 2021 r. być może dostaniemy taki sam ryczałt jak w 2020 r., jeżeli spełnimy jakieś warunki... No, to świadczy o jakiejś aberracji. Oczywiście, że ryczałt na 2021 r. musi być znacznie, znacznie większy niż w roku 2020, a w 2020 r. musiał być znacznie, znacznie większy niż w 2019 r., bo

działamy w zupełnie innych warunkach. A to, jak to zostanie podniesione, czy poprzez wycenę świadczeń zdrowotnych, czy w inny sposób, to inna sprawa, mechanizm może być różny. Tyle że szpitale upadały, przypominam, że z roku na rok zadłużały się coraz bardziej i teraz trzeba temu gwałtownie przeciwdziałać, abyśmy mieli gdzie leczyć pacjentów w czasie spodziewanej drugiej fali epidemii czy w ogóle w tych trudnych warunkach, jakie będą. To taka ogólna uwaga, chodzi o to, że niejako zapominamy o układzie odniesienia, o liczbie lekarzy, o liczbie pielęgniarzek itd., o tym wszystkim jakby zapominamy.

Ja mam taką uwagę. Oczywiście, w Tarczach jest bardzo mało zapisów kierowanych do służby zdrowia. Nawet w tej Tarczy, o której Senat będzie teraz debatował, jest bardzo groźny dla zadłużonych szpitali zapis, który mówi o tym, że wierzyciele mogą zażądać spłaty zaległych pieniędzy bezpośrednio po wystąpieniu tych długów i szpital będzie zmuszony zapłacić. W sytuacji gdy szpital spłaca jakieś tam zaległości sprzed roku czy kilku lat, w razie podpisania nowej umowy na cokolwiek trzeba będzie bezpośrednio płacić. Służy to ochronie przedsiębiorców, którzy dostarczają nam jakieś materiały. Tyle że my nie mamy pieniędzy, żeby za nie zapłacić. Ja złożę poprawkę, żeby to się zmieniło. W ustawie jest napisane, jest zaznaczone, że nie dotyczy to kwestii bezpieczeństwa i obronności. To powinno nie dotyczyć również jednostek służby zdrowia. Tak że Tarcze są dziurawe. Zresztą mam tu pismo firmy cateringowej, która, powołując się właśnie na Tarczę, chce od nas dużo pieniędzy, ponieważ ma od rządu zapewnienie, że będzie dostawać pieniądze. Ona podnosi swoje ceny i grozi rozwiązaniem umowy, bo Tarcza, bo oni muszą się chronić itd., itd. Tak że rzeczywiście sprawa jest dość jednoznaczna: te Tarcze bardzo słabo chronią szpitale.

Mam też takie uwagi. Jeżeli chodzi o szpitale jednoimienne, to ja jestem za tym, żeby ich nie likwidować, tylko zmienić ich funkcję, ponieważ one nie zajmują się diagnostyką koronawirusa. Diagnostyką koronawirusa zajmują się oddziały SOR, izby przyjęć itd. Do szpitali jednoimienych kierujemy tylko pacjentów już zdiagnozowanych. Jeżeli nadal będziemy utrzymywać ten system, dzisiaj liczba zakażeń to ponad 400, więc cały czas dużo, spodziewana jest epidemia grypy itd., to może to spowodować, że cały system będzie ciągle działał w takim nie wiadomo

jakim trybie. Choroby zakaźne powinny być diagnozowane w oddziałach zakaźnych, ewentualnie w szpitalach jednoimiennych czy w innych. Oczywiście to nie zwalnia innych szpitali z diagnozowania, ale to nie ma być przerzucone jako główne zadanie, bo wtedy ten system cały czas będzie niewydolny.

Jeśli brać pod uwagę tę drugą falę, w ogóle niepojęte jest dla mnie mówienie o tym, że trzeba odrobić tę 1/12, mówiąc kolokwialnie. Zakładając drugą falę... Rzeczywiście, są polecenia wojewodów, które nakładają na szpitale odpowiednie obowiązki. Dopóki te polecenia nie zostaną wycofane, dopóty fundusz musi być w jakiejś zgodzie z wojewodami. Oni powinni o tym rozmawiać: wojewodo, nałożyłeś na szpital obowiązki, więc my będziemy musieli teraz płacić. Chyba że wojewoda sobie, fundusz sobie i nikt o tym nie wie. Wymaga się od nas pracy jak na wojnie, a finansowanie ma być jak w czasach pokoju. Tak się nie da, musi być albo jedno, albo drugie. Decyzje wojewodów po prostu wpływają na sytuację ekonomiczną szpitali i powinny być one konsekwencją jakiegoś większego planu, całości, nie powinno być tak, że dany wojewoda na danym terenie zmienia sytuację finansową szpitali.

Uważam, że to, co zostało tu powiedziane o firmach, to, że podnoszą swoje wyceny zewnętrzne o 8–10%... To jest bardzo łagodne. Ja sam jestem dyrektorem szpitala i mam przypadek, że firma podniosła o 50% ceny pewnych usług dla szpitala. No, ja tutaj słucham i rzeczywiście to zadowolenie... Dzisiaj o 11.00 dowiemy się o jakimś zwiększeniu finansowania, tyle że to wszystko nie odbywa się w takim zakresie, w jakim powinno się odbywać w tak trudnej dla nas sytuacji. Tak że proszę o bardzo głębokie zastanowienie się nad funkcją szpitali jednoimiennych, nad tym, czy należy je likwidować, czy też może należy zmienić ich rodzaj pracy, bo okazuje się, że nie zostały wykorzystane. Ja nie mówię, że to był błąd, bo nikt nie wiedział, jak będzie przebiegała epidemia, ale nie brnijmy w to dalej, no, ich likwidowanie też może być błędem. Po prostu powinny one zmienić swoją funkcję, powinny stać się szpitalami zakaźnymi, łącznie z diagnostyką, łącznie z przyjmowaniem pacjentów. One są dobrze finansowane, więc mogą przejąć więcej obowiązków. Tak ta sprawa wygląda.

Na koniec przekażę panu ministrowi pytanie na piśmie, ponieważ nie dostałem odpowiedzi,

a właściwie dostałem częściową odpowiedź. W tej sytuacji tylko państwa powiadomię, że dzięki wiadomościom od pana ministra wiem, że na przestrzeni ostatnich 10 lat liczba łóżek szpitalnych w oddziałach zakaźnych, zakaźno-obszernych w Polsce spadła o 23%. Padło tu stwierdzenie, że oczekujemy, żeby przyszli lekarze, żeby się szkolili, żeby pracowały pielęgniarki. Owszem, trzeba coś z tym zrobić. Tak więc nie popadajmy w samozadowolenie, bo w tej sytuacji to za kilka lat będziemy mieli połowę tego, co mieliśmy 10 lat temu, i będzie to szybko postępować. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Pani Senator, proszę.

**SENATOR
BOGUSŁAWA ORZECZOWSKA**

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja słucham na temat POZ. Ja jestem lekarzem POZ, który cały czas w tym POZ pracuje. Pracuję w formie teleporad, ale teleporady są również po to, żeby można było z pacjentem, który wymaga badania lekarskiego, umówić się na konkretną godzinę do gabinetu, żeby go szczegółowo zbadać, żeby go skierować na badania, które są potrzebne, ewentualnie na oddział, jeżeli tego wymaga. Ja rozumiem, że są pacjenci, którzy zgłaszają się bezpośrednio do szpitala. Zawsze tacy byli. Zdarzały się mi takie sytuacje, kiedy siedziałam na dyżurze popołudniowym w przychodni, że pacjent z mojej przychodni szedł do pogotowia. Tam na dyżurze był akurat mój kolega i wiem, że pacjent mówił, że lekarza w przychodni nie ma, przychodnia jest zamknięta. Pacjent czasami po prostu nie do końca mówi prawdę. Ale to, że lekarze w POZ pracują, to uratowało wielu ludzi, zapobiegło postępowi czy rozwojowi choroby, być może także śmierci. Nie jest tak, że my w POZ nie pracujemy, dlatego ja się czuję urażona stwierdzeniami, że POZ nie przyjmują. Możliwe, że są takie POZ. Sama słyszałam od jednej z pielęgniarek środowiskowych, że od lekarza POZ odbierała skierowanie

dla pacjenta przez szparę w drzwiach. Możliwe, że są takie POZ. Jednak większość lekarzy w POZ pracuje normalnie, tak samo jak lekarze w szpitalach.

Usłyszałam tu od pana dyrektora takie stwierdzenie, że wiele firm podniosło koszty usług. Spotkaliśmy się ze wzrostami wszystkich kosztów, czy to sprzętu ochrony, czy maseczek, czegokolwiek. Ostatnio rozmawiałam z panią dyrektorką szpitala wojewódzkiego w Olsztynie i ona mówiła, że uniknęła wzrostu cen wielu usług dzięki temu, że część tych usług jest świadczona przez osoby zatrudnione przez szpital, czyli nie ma cateringu, tylko jest kuchnia szpitalna. Ja pracuję prawie 40 lat i pamiętam, że gdy zaczynałam pracę, to w każdym szpitalu była kuchnia i wszystko było i świeże, i inaczej dostarczane. Myślę, że to też mogłoby rozwiązać wiele problemów. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję pani senator.

Myślę, że jednak niedobrze jest mówić w ten sposób, że pacjenci kłamią. Po prostu było różnie. Były takie POZ, które udzielały porad, kontaktowały się z pacjentami, ale były też POZ totalnie zamknięte, które miały tylko skrzynkę pocztową na drzwiach i tam wrzucało się leki czy informacje o potrzebie ewentualnie jakiegoś kontaktu, na zasadzie wrzucenia kartki z informacją dla lekarza. Wtedy lekarz ewentualnie udzielał porady medycznej przez telefon, co pacjentów nie zawsze, w szczególności tych starszych, absolutnie satysfakcjonowało.

I jeszcze jedno zdanie w odniesieniu do tego, co powiedział pan senator à propos wojewodów. Panie Ministrze, pan doskonale wie, że wojewodowie wydawali niezgodnie z prawem, czyli niezgodnie z ustawą COVID-owską, szereg decyzji, szereg poleceń szpitalom. To jest, to będzie bardzo duży problem, bo to niestety rodziło określone koszty dla tych szpitali. Myślę, że to jest temat, który pomalutką będziemy analizować, bo wiadomo, że to jest kwestia, która dopiero teraz będzie wybrzmiewała.

Teraz 2 minuty dla pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do kwestii finansowych i będziemy tę część zamykać.

Wszystkie pytania, które państwo mi tutaj złożycie – mówię do strony społecznej – zostaną

przekazane przez komisję w formie zapytania panu ministrowi.

Proszę bardzo, Panie Prezesie.

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Pani Przewodnicząca, pytania do mnie trwały co najmniej 10 minut, więc w 2 minuty...

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Ale umawialiśmy się, że część będzie pisemnie.)

...bardzo trudno będzie mi na nie odpowiedzieć.

Ja przyznam, że jestem nieco zdumiony częścią pytań, jakie tutaj usłyszałem. Ja rozumiem, że każda ze stron ma tutaj pewną rolę społeczną do odegrania. Państwo dyrektorzy reprezentujecie taką perspektywę, która oznacza zwiększenie zapotrzebowania na środki pod każdym względem. Ja jako racjonalny płatnik muszę dbać o to, żeby pieniądze były wydatkowane bardzo dobrze, to znaczy efektywnie, i w ramach tej puli, jaką ja dysponuję, czyli tego, co zbiorę ze składki, i tego, co otrzymam z budżetu państwa.

Chciałbym państwu powiedzieć, że jeżeli chodzi o płatności ryczałtowe, to system płatności ryczałtowych został bardzo wyraźnie zdefiniowany w ten sposób, że jeżeli jest wydawana decyzja wojewody, to w ślad za tą decyzją idzie rekompensata ryczałtu, mówię tu o szpitalach jednoimiennych, bo infrastruktura tych szpitali jest przeznaczona do zwalczania COVID, a nie zwalczania innych chorób. Oznacza to, że ryczałt, który do tej pory był płacony za leczenie w tych zakresach, w jakich szpital miał uprawnienia do leczenia, zostaje zastąpiony rekompensatą COVID-ową. To, co zrobiliśmy przez 2 miesiące, od marca do kwietnia, to tak naprawdę płaciliśmy tzw. podwójny ryczałt, bo płaciliśmy państwu zarówno rekompensatę, jak i to, co wynikało pierwotnie z płatności ryczałtowej. Ja mogę państwu przedstawić wyniki finansowe szpitali jednoimiennych, gdzie wynik finansowy na sprzedaży sięgał wielu milionów złotych i był dodatni. Ten system płatności, podwójnej płatności nie mógł być utrzymywany w nieskończoność. Ponieważ w maju zostały wprowadzone dodatkowe, kolejne środki rekompensujące wynagrodzenia z tytułu wyłączności zatrudnienia, przestaliśmy płacić podwójne ryczałty.

Odnosząc się do zarzutu pana Friedigera, powiem o pewnym przykładzie. Mam dokładne informacje dotyczące oddziału zakaźnego pediatrycznego i w kwietniu miał pan 360 pacjentów, z tego 120 było non-COVID. Informacje, które pan przedstawia w mediach, są nieco inne. Tutaj blisko 1/3 nie była zakażona i stąd był problem z kwalifikacją do płacenia dodatkowych środków z tytułu wyłączności pracy. Jeżeli chodzi o maj, to do zeszłego tygodnia nie otrzymaliśmy od pana oświadczenia pracowników ani pełnej dokumentacji. Oczywiście, gdy te dokumenty dostaniemy, niezwłocznie podejmiemy decyzję, która będzie zgodna z prawem. Przypominam, że ta rekompensata miała być wypłacana podmiotom, które zajmują się wyłącznie walką z COVID, po to, żeby zredukować ryzyko przeniesienia tego zachorowania na innych pacjentów.

Szanowni Państwo, uważam, że słowa dla POZ są bardzo krzywdzące. Gdy patrzę na statystyki – bo nie chciałbym, żebyśmy tutaj się wymienili półprawdami czy intuicyjnymi informacjami – na blisko 10 tysięcy podmiotów POZ 71 zostało całkowicie zamkniętych w okresie pandemicznym, mówię o szczytowym momencie. Zmieniła się procedura przyjmowania. Lekarze rodzinni razem z zakaźnikami wyznaczyli inną procedurę obsługi, która miała się zaczynać od kontaktu telefonicznego, żeby w ramach takiej rozmowy, wywiadu czy pretriażu określić ryzyko pacjenta, a oprócz tego to, czy może być on obsługiwany w formie tele-, czy musi być obsługiwany w formie tradycyjnej. I mimo że dużo pacjentów chce być obsługiwanych w formule tradycyjnej, to lekarze podejmują obiektywną decyzję o obsłudze w formie tele-, co jest na ogół wystarczające.

Mam nadzieję, że nie przekroczyłem czasu. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Jeszcze pan minister, jedno zdanie.
Proszę.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA

Tak, żeby nie przedłużać, Pani Przewodnicząca.

Jeżeli chodzi o szpitale jednoimienne, nieprawdą jest, że przyjmują pacjentów tylko z rozpoznaniem COVID, bo przyjmują także z podejrzeniem. Tak więc nie wiem, dlaczego lekarze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...nie kierują do tych szpitali.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie likwidujemy...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ale, Panie Ministrze, proszę teraz nie odwracać wszystkiego i proszę nie mówić, że to wszystko wina lekarzy, bo okazuje się, że brak testów to wina lekarzy, bo nie zlecali, teraz pan mówi, że nie przyjmują, bo lekarze nie...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Ale ja nie odwracam. Proszę nie wkładać w moje usta...)

Panie Ministrze, no jak to...

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Ale, Panie Ministrze, ja zadzwonię do SOR, powtórzę słowa pana ministra i przyjedzie 100 pacjentów, nie wiem, może nie 100, nie chcę przesadzić, ale 70, bo tylu jest dziennie w szpitalu w Tychach, to są podejrzani z jednego naszego szpitala, którym robimy wymazy, więc...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Zostaniemy przy swoich zdaniach.)

Oni nie chcą ich przyjmować, oni nawet często mówią, że nie mają miejsc dla pacjentów na niektórych oddziałach, nie mówię... np. był kłopot z umieszczeniem pacjenta ze zdiagnozowanym zakażeniem COVID na oddziale chirurgii, bo nie było... bo akurat tam był personel zarażony itd., itd. To jest bardzo nowa informacja i dla mnie, i na pewno dla wszystkich lekarzy z naszego szpitala, informacja o tym, że przyjmują, ale się cieszymy, będziemy kierować podejrzanych pacjentów...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Senatorze, przerywam, ponieważ temat przyjęć do szpitali, kolejek, dostępności do

diagnostyki będzie przedmiotem prac na kolejnym posiedzeniu komisji. Myślę, że wtedy będziemy mieli okazję porozmawiać bezpośrednio także z przedstawicielami organizacji pacjentów, które mają niejako ogląd całej sytuacji, i wtedy będziemy ten temat bardzo wnikliwie roztrząsać.

Dzisiaj skupialiśmy się głównie na tematach finansowania i przekształcania szpitali, które to sprawy rodziły nasze duże obawy, obawy o to, czy na pewno wszystko było zrobione zgodnie z literą prawa i czy szpitale z tego powodu nie będą miały kłopotów finansowych. Jasno z różnych wypowiedzi wynika, że będą miały, to po pierwsze, a po drugie, okazuje się, że jednak sieć szpitali łącznie z tym całym ryczałtowaniem, o którym mówiliśmy od początku, nie zdaje egzaminu.

Tę część zamykam. Dziękuję bardzo.

Ogłaszam 3 minuty przerwy. Po przerwie kolejny program.

(Przerwa w obradach)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę o zamknięcie drzwi.

Przystępujemy do punktu drugiego naszego... Nie ma przedstawicieli ministerstwa? Nikogo nie ma?

(Głos z sali: Jest pani dyrektor...)

Czy pani dyrektor jest upoważniona do przedstawiania...

(Głos z sali: Nie, nie...)

No to jak mamy procedować, jak nikogo nie ma? To nie będziemy tej ustawy procedować.

(Głos z sali: Nie procedujemy.)

No to co?

(Głos z sali: Nie to nie...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Pani Minister, proszę zająć miejsce, czekamy na panią.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko: Już jestem.)

(Rozmowy na sali)

Proszę bardzo, Pani Minister, udzielam pani głosu. Proszę o wprowadzenie Komisji Zdrowia w temat.

Procedujemy punkt drugi: ustawa o zmianie ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach oraz niektórych innych ustaw.

Proszę bardzo.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Dzień dobry, witam państwa.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Mam zaszczyt przedstawić ustawę o zmianie ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach oraz niektórych innych ustaw. Ta ustawa ma na celu głównie wprowadzenie przepisów prawa unijnego do krajowego porządku prawnego, uregulowanie obowiązków inspektora do spraw substancji chemicznych w sposób spójny z zadaniami wynikającymi z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia.

Tak jak powiedziałam, ustawa ta w głównej mierze koncentruje się na implementacji przepisów unijnych, które są wprowadzane do porządku prawnego obowiązującego w naszym kraju. Istota tych rozwiązań związana jest z zakończeniem okresu przejściowego, w którym można było stosować klasyfikację i oznakowanie mieszanin z zastosowaniem przepisów dyrektywy nr 1999/45 Wspólnoty Europejskiej, na co pozwalał art. 61. Następnie dostosowano przepisy do załącznika ósmego do rozporządzenia nr 1272/2008, wprowadzającego obowiązek przekazywania za pośrednictwem systemu Europejskiej Agencji Chemikaliów danych o mieszaninach wprowadzanych do obrotu i sklasyfikowanych jako stwarzające zagrożenie na podstawie wywieranych skutków fizycznych na zdrowie.

W tej ustawie wprowadzono również zmianę nazewnictwa. Proponujemy, żeby zamiast Inspektora do spraw Substancji Chemicznych... Ta ustawa wprowadza zmianę nazewnictwa z Inspektora do spraw Substancji Chemicznych na Prezesa Biura do spraw Substancji Chemicznych. Prezes biura nie jest organem nadzoru w zakresie dotyczącym nadzoru nad chemikaliami, w związku z tym nazwa „inspektor” mogła być myląca. Dostosowaliśmy nazwę do charakteru zadań wykonywanych przez tę instytucję i proponujemy, aby ta instytucja przyjęła nazwę „Prezes Biura do spraw Substancji Chemicznych”.

W tej ustawie umożliwiono przedsiębiorcom przesyłanie dokumentacji prowadzonej

w postępowaniach z zakresu dobrej praktyki laboratoryjnej w języku innym niż polski. Często te wnioski, te dokumenty liczyły kilkaset, a nawet więcej stron i obowiązek tłumaczenia ich na język polski był dosyć uciążliwy. Teraz dopuszczamy możliwość przedstawienia tych dokumentów w języku angielskim. Oczywiście istnieje możliwość wymagania przetłumaczenia tych dokumentów, ale taką decyzję podejmuje już organ.

Wprowadziliśmy też w tej ustawie sankcje dotyczące naruszenia istotnego obowiązku wynikającego z art. 5 rozporządzenia dotyczącego produkcji lub wprowadzenia do obrotu substancji w jej postaci własnej, jako składnika mieszaniny lub w wyrobie bez dokonania wymaganej tym przepisem rejestracji. Zaproponowana sankcja to jest kara grzywny w wysokości do 200 tysięcy zł. Odpowiada to czynowi, jakim jest naruszenie obowiązku rejestracji każdej substancji chemicznej produkowanej na terenie Unii Europejskiej, która może mieć negatywny wpływ na zdrowie, życie człowieka lub też negatywny wpływ na środowisko. Te kary są porównywalne z karami, które są stosowane w innych krajach Unii Europejskiej.

To są takie najistotniejsze zmiany, jakie wprowadzamy tą ustawą. Tak jak powiedziałam, główne założenie to jest implementacja przepisów unijnych, związana z końcem okresu przejściowego, jaki był wyznaczony krajom członkowskim Unii Europejskiej. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, mam dwa krótkie pytania. Pierwsze jest takie. Ustawa rzeczywiście jest implementacją prawa unijnego, ale kwestia tego okresu przejściowego, o którym pani też powiedziała, dotyczy roku 2017 – to było 3 lata temu. Co się działo przez te 3 lata, jeżeli chodzi o klasyfikację i oznakowanie mieszanin? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie jest związane z nazewnictwem i z powołaniem tego Prezesa Biura do spraw Substancji Chemicznych. To wynika jednoznacznie z dyrektywy czy to jest państwa nomenklatura, przyjęta w związku ze zmianami w tej ustawie? Proszę bardzo.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Rzeczywiście przepisy dyrektywy... Ten okres przejściowy już minął, ale przepisy przejściowe można było stosować jeszcze do stycznia tego roku, tak że obowiązywał taki porządek prawny. Tą ustawą wprowadzamy już całkowitą implementację tych przepisów i wszystkie procesy będą przebiegały na gruncie przepisów europejskich.

Odnosząc się do pytania drugiego, powiem, że to jest tylko i wyłącznie zmiana nazwy. Do tej pory Inspektor do spraw Substancji Chemicznych zatrudniał w biurze około 20 osób i tyle osób nadal będzie w tym biurze pracowało. Jak już wspomniałam, charakter zadań realizowanych przez inspektora niczym nie przypominał charakteru nadzorczego, a można to było mylnie odbierać, że to jest instytucja kontrolna, nadzorcza. Dlatego też dostosowaliśmy nazwę i jest prezes biura, tak jak jest np. prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, czyli porównywalnej instytucji. A więc jest to tylko i wyłącznie zmiana nomenklatury.

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Rozumiem, że kompetencje, zakres obowiązków zostają takie same. Rozumiem również, że ta zmiana to jest państwa inicjatywa. Tak?)

Tak, to była inicjatywa rządu.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

OK, dziękuję. A do kwestii tej daty odniosę się jeszcze raz. Mimo wszystko termin upłynął, więc jesteście po terminie, jeżeli chodzi o implementację. Dziękuję bardzo.

Chciałabym prosić pana prawnika, pana legislatora o przedstawienie opinii.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
MIROSLAW RESZCZYŃSKI**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Pani Minister! Szanowni Państwo!

Biuro zgłosiło trzy uwagi do omawianej ustawy. Uwagi te mają charakter technicznolegislacyjny.

Charakter stricte technicznolegislacyjny ma uwaga nr 1 do ustawy i dotyczy ona tytułu ustawy, a mianowicie, w naszym mniemaniu, pominięcia załącznika, tzw. załącznika unijnego, który powinien informować, zgodnie z §19a „Zasad techniki prawodawczej”... Zgodnie z §19a „W przypadku ustawy, której uchwalenie jest związane z wydaniem lub obowiązywaniem aktu normatywnego ustanowionego przez instytucję Unii Europejskiej dającego się bezpośrednio stosować, po określeniu przedmiotu ustawy zamieszcza się odnośnik do tytułu ustawy informujący o akcie normatywnym, z którym ustawa jest związana, co wyraża się w szczególności zwrotem «niniejsza ustawa służy stosowaniu»”. Ponadto w przypadku, kiedy do tytułu ustawy przyporządkowany jest odnośnik informujący o przepisach ustaw zmienianych przez ustawę nowelizującą, to ten odnośnik oznacza się jako nr 2, a odnośnik unijny jako nr 1. To jest techniczny sposób redagowania artykułów ustawy. W omawianej ustawie ta informacja nie występuje i zwracamy na to uwagę.

Druga uwaga odnosi się do art. 1 pkt 5. W przepisie tym zastosowano tak zwane zbiorcze polecenie zmiany przewidziane w art. 88 zasad techniki prawodawczej. Jak już wcześniej była mowa, zastąpiono tu wyrazy „Inspektor” wyrazami „Prezes Biura”. My zwracamy jedynie uwagę na to, że w szeregu przepisów, w których następuje ta zmiana, zwrot „Inspektor” występuje więcej niż jeden raz i przyjęta technika legislacyjna może spowodować, że kolejne wyrazy „Inspektor” nie zostaną objęte tą zmianą. W związku z tym mamy propozycję poprawki, która precyzuje zapisy art. 1 pkt 5.

Ostatnia, trzecia uwaga dotyczy art. 14 omawianej ustawy. Zgodnie z art. 34 „Zasad techniki prawodawczej” nie nowelizuje się aktu wykonawczego zachowanego czasowo w mocy przez nową ustawę, chyba że ustawa ta wyraźnie przewiduje taką możliwość. W związku z tym, że podstawą obowiązywania aktu wykonawczego czasowo utrzymanego w mocy jest przepis przejściowy, który utrzymał akt w mocy, oraz mając na uwadze to, że przepis upoważniający do zmiany rozporządzenia musi być, tak jak każdy przepis upoważniający, zgodny z art. 92, ust. 1 konstytucji, powinien on wykazywać organ wydający, zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne. My tu wskazujemy, że w przepisie tym w sposób nieprawidłowy

posłużono się sformułowaniem „na podstawie przepisów dotychczasowych”. Podstawą nowelizowania przepisów wykonawczych czasowo utrzymanych w mocy nie są zmieniane przepisy upoważniające, ale przepis przyznający kompetencje do zmiany, a więc przepis przejściowy. W naszym przypadku jest to art. 14 ustawy. Z tego art. 14 muszą wynikać granice kompetencji prawotwórczej do zmiany aktu wykonawczego czasowo zachowanego w mocy. W związku z tym proponujemy taką poprawkę, ażeby w art. 14 wyrazy „na podstawie przepisów dotychczasowych” zastąpić wyrazami „w granicach określonych w art. 13 ust. 2, art. 16 ust. 15, art. 26 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym”. Tu oczywiście korygujemy takie ogólne odesłanie do przepisów dotychczasowych, wskazujemy konkretne jednostki redakcyjne ustawy zmienianej, które dotyczyły konkretnych aktów wykonawczych. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję. Rozumiem, Panie Mecenasie, że mamy do ewentualnego przyjęcia tak naprawdę 3 poprawki. Pierwsza dotyczy zmiany zapisów w tytule. Chciałabym, żeby pan doprecyzował, w jaki sposób ma być zapisany ten odnośnik do tytułu.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
MIROŚLAW RESZCZYŃSKI**

Szanowna Pani Przewodnicząca!

W opinii zawarliśmy dwie propozycje poprawek, do uwagi nr 2 i do uwagi nr 3, a, tak jak mówiłem, kwestia zapisu tego odnośnika zwanego odnośnikiem unijnym została przez nas dokładnie opisana w uwadze. Jeśli występuje taka konieczność, to oznacza się to „Załącznik nr 1” i wskazuje akt prawa Unii Europejskiej, którego stosowaniu służy dana ustawa. Tu w ustawie jest odnośnik nr 1, który mówi o przepisach zmieniających. W takim przypadku wprowadzamy jeszcze tzw. odnośnik unijny i ten odnośnik informujący o przepisach zmieniających będzie

miał nr 2. Po prostu uzupełniamy to o odnośnik unijny.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Proszę bardzo, Pani Minister. Proszę się odnieść do tych 33 spraw.

Ja jeszcze tylko dodam, że rozumiem, iż pierwsza proponowana poprawka, dotycząca art. 1 pkt 1, zmierza tak naprawdę do doprecyzowania i polega na zamianie słów „Inspektor” na „Prezes”, a druga, do art. 14, jest w mojej ocenie interpretacyjna.

Bardzo proszę panią minister o ustosunkowanie się.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFINA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Pani Przewodnicząca, jeżeli pani pozwoli to ja oddałabym głos pani dyrektor, która szczegółowo... To są takie dosyć szczegółowe propozycje poprawek, więc jeżeli pani pozwoli...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Pani Dyrektor.
(Wypowiedź poza mikrofonem)

**DYREKTOR DEPARTAMENTU
ZDROWIA PUBLICZNEGO I RODZINY
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JUSTYNA MIESZALSKA**

Aha, dziękuję bardzo.

Co do tej pierwszej poprawki, do tytułu to mam takie zastrzeżenie, pytanie. Do tej pory nigdy nie było w odnośnikach odniesienia do czegoś innego niż dyrektywa. Tutaj mielibyśmy odnośnik do rozporządzenia, co wydaje mi się... Mielibyśmy z tym do czynienia po raz pierwszy, dlatego raczej nie zgodzilibyśmy się na taki odnośnik do rozporządzenia. Gdyby to dotyczyło dyrektywy, to oczywiście tak, na pewno byśmy

to ujęli, ale wydaje mi się, że w przypadku rozporządzenia to nie jest zasadne.

Druga poprawka jest bardzo doprecyzowująca, to jest chyba taka zupełnie techniczna uwaga, więc na to byśmy się oczywiście zgodzili.

A ta trzecia poprawka... Wydaje mi się, że ona też jest taka bardzo techniczna. To jest dokładnie to samo, tylko zapisane innymi słowami. Nie wydaje mi się, żeby aż taka nadmierność, jeśli chodzi o precyzję, dopisywanie, była tutaj konieczna. Wiadomo, o które przepisy chodzi, więc wydaje mi się, że co do tej poprawki to byśmy się nie zgadzali.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Rozumiem. Czyli wg pani dyrektor jest propozycja poparcia tylko tej jednej proponowanej poprawki, w art. 1.

(Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia Justyna Mieszalska: Tak.)

Ja przejmuję obydwie poprawki zaproponowane przez pana mecenas a i w związku z tym te dwie poprawki poddam pod głosowanie.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem poprawki pierwszej, w art. 1 pkt 5, która jest poprawką doprecyzowującą i zgodnie z którą w różnych artykułach zastępuje się słowo „Inspektor” użytym w odpowiednich przypadkach wyrazem „Prezes Biura”? Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (6?)

Dziękuję bardzo.

I druga poprawka, też doprecyzowująca. W art. 14 wyrazy „na podstawie przepisów dotychczasowych” zastępuje się wyrazami „w granicach określonych w art. 13 ust. 2, w art. 16 ust. 15 i art. 26 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym”.

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

Kto jest przeciw? (2)

Bez wstrzymujących się.

Poprawka została przyjęta.

I teraz mam pytanie: poddajemy pod głosowanie też całość, tak? Dobrze.

Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy z dwiema przegłosowanymi poprawkami? Kto z państwa jest za? (6)

Dziękuję bardzo.

Na tym zakończyliśmy procedowanie punktu drugiego.

3 minuty przerwy. Dziękuję.

(Głos z sali: A sprawozdawca?)

Czy ktoś wyraża wolę... Nikt. To ja będę sprawozdawcą. Dziękuję.

Zamykam ten punkt posiedzenia.

(Przerwa w obradach)

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Rozumiem, że jesteśmy w komplecie. W takim razie przystępujemy do realizacji trzeciego punktu.

Przystępujemy do procedowania ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw – druk nr 133.

Proszę bardzo panią minister o przedstawienie stanowiska w tej sprawie, co do tej nowelizacji, a później poproszę o stanowisko legislatora.

SEKRETARZ STANU

W MINISTERSTWIE ZDROWIA

JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Mam zaszczyt przedstawić ustawę o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jest to bardzo ważna ustawa, nad którą pracowaliśmy w resorcie wraz ze stroną społeczną od kilku lat. Jak państwo wiecie, w 2018 r. minister zdrowia powołał zespół, w skład którego wchodziłi głównie przedstawiciele środowiska lekarskiego, przede wszystkim przedstawiciele środowiska lekarskiego, w tym przedstawiciele rezydentów, Naczelnej Rady Lekarskiej, jak również dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, czy dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. W takim szerokim gronie trwały prace nad projektem tejże ustawy. Po kilkunastu miesiącach ta ustawa została przedstawiona ministrowi zdrowia, to był taki projekt roboczy, który następnie był analizowany. Potem powstał rządowy projekt przedstawiony na posiedzeniach rządu, a później został on przekazany do Sejmu. Ten projekt, który został

uchwalony przez Sejm, a stanowi teraz ustawę, to jest wynik rozmów, konsultacji i wielu kompromisów, ponieważ w roboczym projekcie zespołu znalazło się wiele zapisów, które z różnych powodów, z powodów prawnych, ale też organizacyjnych czy też z uwagi na możliwości państwa, niestety nie mogły być zrealizowane. Niemniej jednak pracowaliśmy długo, rozmawialiśmy ze środowiskiem i w zasadzie w większości ten projekt, a później już ustawa uchwalona przez Sejm, były, może poza niewielkimi wyjątkami, akceptowane przez środowisko.

Przede wszystkim jest to ustawa, której oczekiwało środowisko młodych lekarzy, ponieważ wprowadzamy tu bardzo dużo zmian dotyczących kształcenia. W pewnym sensie dotyczy to także kształcenia przeddyplomowego, bo zmiany wiążą się ze stażem, sposobem organizacji stażu, jak również programem stażu, ale w głównej mierze są tu zmiany, i to dosyć duże zmiany, dotyczące kształcenia podyplomowego czy kształcenia specjalizacyjnego, jak również duża część, która odnosi się do wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Teraz chciałabym przedstawić państwu te najistotniejsze zmiany, które są zawarte w tejże ustawie. My oczywiście jesteśmy otwarci na dyskusję i gotowi do odpowiedzi na zadawane pytania.

Jeżeli chodzi o zmiany, które są wprowadzone do kształcenia jeszcze w trakcie studiów, to w tej ustawie zakładamy możliwość dopuszczenia do egzaminu studentów, którzy ukończyli 10 semestrów studiów sześciolletnich jednolitych na kierunku lekarskim oraz tych studentów, którzy ukończyli 8 semestrów pięcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, co przekłada się na możliwość dodatkowego podejścia do egzaminu jeszcze w trakcie studiów. Skracamy też terminy, jeżeli chodzi o okresy, w jakich wprowadzane są egzaminy. To są takie techniczne zmiany. Istotną zmianą, która została wprowadzona i jest odpowiedzią na oczekiwania środowiska, jest wprowadzenie jawnej bazy pytań, która będzie publikowana. Do testu, do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, w 70% będą wprowadzane pytania, które będą pochodzić z jawnej bazy pytań, a w 30% będą to zupełnie nowe pytania, które wcześniej nie były publikowane. Zmiana dotycząca jawności pytań testowych, jak również proporcje, 70%

pytań z bazy i 30% nowych pytań, są wprowadzone również do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, który jest realizowany po zakończeniu specjalizacji. Tutaj wprowadzamy też na wniosek środowiska lekarskiego taką zmianę, że w razie niepowodzenia dopuszczamy drugie nieodpłatne podejście do LEK czy egzaminu lekarsko-dentystycznego. Do tej pory już drugi egzamin był odpłatny.

Tak jak powiedziałam, wprowadzamy nową konstrukcję przepisów prawnych obejmujących staż, kompleksowo regulujących najważniejsze zagadnienia związane z organizacją stażu, jak również realizacją stażu podyplomowego. Najistotniejsze zmiany polegają na tym, że do stażu podyplomowego wprowadzamy elementy kursów, które do tej pory były realizowane w trakcie specjalizacji. Tutaj zostały przeniesione kursy z ratownictwa medycznego, z zakresu zdrowia publicznego, prawa medycznego, jak również szkolenia z zakresu profilaktyki onkologicznej, leczenia bólu, a także odbycie kursów ALS i BLS z zakresu medycyny ratunkowej i kursy związane z kwestią wypalenia zawodowego. Istotą czy ideą tych zmian jest optymalizacja, jeżeli chodzi o wykorzystanie stażu podyplomowego, a tym samym stworzenie przestrzeni do wprowadzenia nowych elementów czy też usprawnienia procesów specjalizacji już w kształceniu podyplomowym. Dajemy możliwość indywidualizacji stażu, wprowadzamy tzw. staż personalizowany, który w naszej ocenie przełoży się na ułatwienie wyboru dalszej ścieżki rozwoju zawodowego. Wielu lekarzy czy też jeszcze studentów zwracało uwagę na to, że w trakcie stażu chcieliby koncentrować się na tych obszarach ochrony zdrowia, w których w przyszłości widzieliby się jako lekarze specjaliści czy też wykonujący zawód lekarza. W związku z tym już na tym etapie dajemy możliwość odbycia trzymiesięcznego tzw. stażu personalizowanego, do wyboru przez konkretnego lekarza, który wskaże jednostki, gdzie może odbywać te staże. Oczywiście całość monitorowania stażu jest przeniesiona do SMK, Systemu Monitorowania Kształcenia. Wprowadzamy też ogólnopolską zasadę kwalifikacji na staż podyplomowy i wybór miejsca, w którym się go realizuje. Wprowadzamy zmiany dotyczące opiekunów staży. Do tej pory mógł to być lekarz, który legitymował się co najmniej pięcioletnim stażem pracy, teraz wprowadzamy możliwość, że opiekunem stażu dla lekarza stażysty

może być lekarz po trzecim roku szkolenia specjalizacyjnego albo po zdanych Państwowym Egzaminie Modułowym, który to wprowadzamy w tej regulacji, a który do tej pory nie funkcjonował w porządku prawnym. Jeżeli chodzi o lekarza dentystę, to będzie to mógł być lekarz, który legitymuje się trzyletnim stażem pracy. To powinno przyczynić się do zwiększenia liczby miejsc stażowych. Wprowadzamy jeszcze jedną zmianę, mianowicie 6 dni urlopu szkoleniowego na udział w kursach, konferencjach i różnego rodzaju szkoleniach. To są te zmiany, które wprowadzamy do tego elementu stażu podyplomowego. Tak jak powiedziałam, ma to na celu poprawę dostępności do miejsc specjalizacyjnych, a generalnie – usprawnienie procesu kształcenia przed – i podyplomowego, zmiany w programie stażu zmierzają w tym kierunku.

Ustawa wprowadza nowe rozwiązania dotyczące procedury naboru lekarzy na specjalizacje oraz realizacji szkolenia specjalizacyjnego. Wprowadzamy centralny nabór na specjalizację – to jest bardzo istotna sprawa, postulowana już od wielu lat przez środowisko lekarzy – prowadzony przez CMKP. Lekarz będzie mógł złożyć wniosek, zawierający nie więcej niż 15 wariantów do wyboru, obejmujący wskazanie dziedziny medycyny, województwa, trybu szkolenia z równoczesnym określeniem kolejności priorytetowej, w której lekarz chciałby przystąpić do szkolenia. Wprowadzamy jednolite zasady punktowania kwalifikacji do trybu rezydentckiego i pozarezydentckiego. Przyznajemy, i to jest taka nowość, która była oczekiwana przez środowisko lekarzy, możliwość jednorazowej zmiany dziedziny, w której odbywa się szkolenie specjalizacyjne, z zachowaniem prawa do rezydentury, bez podawania przyczyny. To jest bardzo istotne, bo do ministra zdrowia docierały sygnały, że często po rozpoczęciu procesu specjalizacji lekarz stwierdzał, że ta dziedzina, którą chciał wybrać, to nie jest to, że on nie bardzo widzi swoje predyspozycje do wykonywania tego zawodu. W związku z tym dajemy taką możliwość. Wprowadzamy jednolite zasady punktowania kwalifikacji trybu rezydentckiego, pozarezydentckiego... To już chyba mówiłam. Wprowadzamy możliwość wielokrotnego składania wniosku dotyczącego rezydentury w przypadku, gdy lekarz wprawdzie się zakwalifikował, ale nie podjął specjalizacji. W takiej sytuacji będzie mógł złożyć taki wniosek jeszcze wielokrotnie.

Wprowadzamy też zasadę rezygnacji z wolontariatu. Wiemy, że zdarzały się takie sytuacje, że część lekarzy, którzy nie uzyskali miejsca rezydenckiego, chciała realizować specjalizację, i czasami byli wręcz zmuszani do realizacji tej specjalizacji w taki sposób, w formie wolontariatu. W tej ustawie wprowadzamy zapis, który nakazuje nawiązanie stosunku pracy czy też innej umowy z lekarzem, który będzie odbywał szkolenie specjalizacyjne.

Bardzo dużo zmian, które wprowadzamy, dotyczy realizacji dyżurów w trakcie specjalizacji, w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. W programie specjalizacji będzie określony wykaz jednostek organizacyjnych podmiotów, w których takie dyżury powinny być prowadzone. Dajemy lekarzowi w trakcie staży kierunkowych możliwość dokonania wyboru, czy dyżuruje w jednostce prowadzącej staż kierunkowy, czy w jednostce macierzystej. Wprowadza się też zasadę, że lekarz, który dyżuruje w jednostce prowadzącej staż kierunkowy, realizuje wyłącznie tzw. dyżury towarzyszące. To są takie regulacje, które mają porządkować ten system, ponieważ bardzo często zdarzały się sytuacje, że lekarz nie podejmował dyżuru w jednostce macierzystej, ale angażował się w dyżurowanie w innych jednostkach i często pełnił dyżury samodzielne. A skoro jest w trakcie specjalizacji i nie bardzo czuje się kompetentny, żeby dyżurować u siebie, w jednostce macierzystej, to jest oczywiste, że raczej nie powinien dyżurować w innej jednostce. Wyjątek w tym zakresie stanowią dyżury w nocnej i świątecznej opiece lekarskiej.

Wprowadzamy też czy sankcjonujemy zmiany, które były oczekiwane przez środowisko rezydentów, dotyczące głównie kobiet. To są regulacje dotyczące dyżurowania w sytuacji macierzyństwa, urlopu macierzyńskiego czy wychowawczego. Tutaj dopuszczamy możliwość zwolnienia z dyżurowania w porze nocnej w wymiarze nieprzekraczającym 50% czasu pracy na dyżurach przez 24 miesiące. To jest taki ukłon w kierunku kobiet, nawiązujemy też tutaj do kodeksu pracy.

W tej ustawie przyznaje się minimalne wynagrodzenie za dyżury. Reguluje się też kwestie wolnego po dyżurach. Ta kwestia nie była bardzo precyzyjnie uregulowana w przepisach prawa, w związku z tym w tej ustawie doregulowujemy ją. Jest tu też kwestia odpoczynku po dyżurze, wliczania do czasu pracy, kwestia ewentualnego

nieprzedłużania szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy, którzy pracują w formule *opt-out*. To są dosyć istotne, ważne regulacje dotyczące właśnie dyżurów w trakcie specjalizacji.

Inne zmiany dotyczące szkolenia to wprowadzenie tzw. bonu patriotycznego dla lekarzy dentyistów. Jak państwo wiecie, bodajże już w 2018 r. dla rezydentów, dla lekarzy został wprowadzony bon patriotyczny, czyli podwyższenie wynagrodzenia w trakcie rezydentury w zależności od rodzaju specjalizacji, od tego, czy to jest priorytetowa rezydentura, czy nie, o od 600 do 700 zł miesięcznie, ale nie dotyczyło to lekarzy dentyistów. Tą ustawą wprowadzamy możliwość uzyskania przez nich tego podwyższonego wynagrodzenia w trakcie specjalizacji z równoczesnym zobowiązaniem lekarza dentyisty do odpracowania w polskim systemie ochrony zdrowia 2 lat w następnych 5 latach po uzyskaniu specjalizacji.

Regulujemy kwestię organizacji samego procesu specjalizacji w podmiotach leczniczych. Kierownik specjalizacji będzie miał obowiązek z góry opracować plan szkolenia na okres realizacji modułów lub całej specjalizacji, uwzględniając daty kursów, staży itp. Jest bardzo ważne, aby rezydenci mieli z góry ustalony harmonogram, aby odbywało się to według konkretnego, znanego rezydentowi schematu, aby nie byli zaskakiwani brakiem możliwości odbywania kursów czy też staży kierunkowych. To wszystko ma być uporządkowane przez kierownika specjalizacji. Nakładamy na niego ten obowiązek, ale równocześnie w tej ustawie po raz pierwszy wprowadzamy wynagrodzenie dla kierownika specjalizacji. Określamy to wynagrodzenie na poziomie 500 zł miesięcznie za jednego lekarza rezydenta specjalizującego się, a w przypadku drugiego i trzeciego – 1 tysiąc zł, czyli będzie to maksymalnie 1 tysiąc zł miesięcznie. To jest takie docenienie tego wysiłku, który jest wkładany w kształcenie młodych lekarzy przez lekarzy kierowników specjalizacji. Wprowadzamy też zmiany dotyczące zaliczania poszczególnych umiejętności. Kierownik specjalizacji będzie upoważniony do zaliczenia posiadania umiejętności realizacji procedur, a nie wpisywania do karty szkolenia specjalizacyjnego poszczególnych procedur. O dodatku już mówiłam.

Wprowadzamy też, co jest takim novum w tym procesie specjalizacji, obowiązek odbycia co najmniej sześciomiesięcznego stażu

podstawowego w ramach modułów podstawowych z chirurgii, z interny i z pediatrii w szpitalach pierwszego lub drugiego stopnia. To jest taki zapis, którego potrzeba była sygnalizowana przez pracodawców, ale również przez część lekarzy, którzy zwracali uwagę na to, że ten sześciomiesięczny staż w tych podstawowych szpitalach – a to niekoniecznie muszą być szpitale powiatowe, bo wiemy, że są też szpitale powiatowe trzeciego stopnia, a jest i odwrotnie, tzn. że szpitale, których organem prowadzącym jest marszałek, są pierwszego czy drugiego stopnia; tu w każdym razie chodzi o szpitale pierwszego czy drugiego stopnia, czyli tego podstawowego zabezpieczenia – ma zapewnić przygotowanie lekarzy do pracy w każdych warunkach, nie tylko w szpitalach wysokospecjalistycznych.

Taka bardzo istotna zmiana to wprowadzenie Państwowego Egzaminu Modułowego. Po module podstawowym lub po 2 latach specjalizacji wprowadzamy nowy egzamin, Państwowy Egzamin Modułowy, który umożliwi lekarzowi w trakcie szkolenia specjalizacyjnego większą samodzielność. Po zdaniu tego egzaminu lekarz będzie miał określone szczegółowo odrębnymi przepisami kompetencje. Na pewno będzie to możliwość świadczenia usług i wykazywania tego lekarza do Portalu Świadczeniodawcy do NFZ, co zwiększy liczbę wykonywanych procedur w danym podmiocie leczniczym. Tak jak mówiłam na początku, lekarz po zdaniu Państwowego Egzaminu Modułowego może być już opiekunem lekarza stażysty. To wpłynie na poprawę liczby miejsc stażowych.

Wprowadzamy też sześciodniowy urlop szkoleniowy płatny dla lekarzy stażystów, dla lekarzy rezydentów, ten zapis dotyczy również lekarzy po specjalizacji. A więc jest wprowadzony ten płatny urlop szkoleniowy w wymiarze 6 dni w roku, generalnie jeżeli chodzi o wykonywanie zawodu lekarza.

Wprowadzamy też możliwość dodatkowego bezpłatnego zdawania egzaminu PES w przypadku niepowodzenia podczas pierwszego podejścia. A więc w przypadku niepowodzenia płatny będzie dopiero trzeci egzamin. Wprowadzamy też taką zasadę, że do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego będzie można przystąpić do 5 lat od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku zakończenia szkolenia i niezdania PES lekarz w tym okresie zachowuje status lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. To

ma istotne znaczenie, jeśli chodzi o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które są finansowane ze środków publicznych, bo na gruncie aktualnie obowiązujących przepisów prawa ta osoba, ten lekarz był traktowany jako lekarz nieposiadający specjalizacji i niebędący w trakcie specjalizacji, co znacznie ograniczało możliwości wykonywania zawodu przez lekarza, który się znalazł w takiej sytuacji. Jest też kwestia bazy pytań do PES. Tak jak mówiłam w przypadku LEK, tutaj również wprowadzamy jawność pytań. Te pytania mają być opublikowane i w postępowaniu egzaminacyjnym, w Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym, 70% pytań będzie pochodziło z bazy jawnej, a 30% pytań to będą nowe pytania, które znajdują się w testach.

Jeżeli chodzi o inne przepisy, to ten urlop, o którym wspominałam... Niezależnie od tego, czy lekarz jest w trakcie kształcenia podyplomowego czy nie, to wprowadzamy ten urlop...

Wprowadzamy też zmiany techniczne, takie bardziej szczegółowe, dotyczące doskonalenia zawodowego. Nakładamy na kierownika podmiotu leczniczego obowiązek umożliwienia realizacji doskonalenia zawodowego, powiadamiania lekarza przez izby lekarskie za pomocą SMK o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego nie będzie dotyczyć lekarza i lekarza dentystry, który odbywa staż podyplomowy, przebywa na urlopie macierzyńskim. To są takie szczegółowe przepisy, które regulują kwestie doskonalenia zawodowego.

Wprowadzamy też przepisy w zakresie akredytacji podmiotów uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego. To są takie bardzo szczegółowe przepisy techniczne.

Przedkładana ustawa zawiera też znowelizowaną koncepcję certyfikatów umiejętności opartą na potwierdzeniu wiedzy i umiejętności praktycznych przez towarzystwa naukowe działające od co najmniej 5 lat poprzedzających ubieganie się o certyfikowanie danej umiejętności wpisanej na listę prowadzoną przez dyrektora CMKP. A więc te towarzystwa uzyskają możliwość akredytowania umiejętności. Te certyfikaty będą miały istotne znaczenie podczas udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Jeżeli chodzi o kształcenie podyplomowe, to ta ustawa zawiera regulacje dotyczące nowej ścieżki uznawania kwalifikacji lekarzy i lekarzy

dentystów, dyplomów uznawanych przez uczelnie, a wydanych poza krajami Unii Europejskiej, bez konieczności nostryfikacji dyplomu poprzez wprowadzenie państwowych egzaminów organizowanych przez CEM, to jest lekarskiego i lekarsko-dentystycznego egzaminu weryfikacyjnego. Ta zmiana ma na celu stworzenie alternatywy dla egzaminu nostryfikacyjnego, który spotkał się z krytyką w tym środowisku. Ta krytyka była związana z dosyć wysokimi kosztami nostryfikacji, jak również brakiem jednolitych procedur czy jednolitego podejścia metodologicznego. Te egzaminy są organizowane przez autonomiczne uczelnie i do ministra zdrowia często docierały informacje, że osoby chcące wykonywać zawód lekarza na terenie Polski spotykały się ze zjawiskiem odmowy organizacji tych egzaminów. Wprowadzamy przepisy normujące wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry w związku z ustawą o dokumentach publicznych. Tu nawiązujemy do ustawy, którą wprowadziło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i nadało dokumentowi prawo wykonywania zawodu lekarza rangę pierwszej kategorii dokumentu publicznego. Wprowadzamy też uproszczony tryb zatrudniania w polskim systemie opieki zdrowotnej specjalistów, którzy uzyskali dyplom lekarza w krajach poza Unią Europejską. Ten model, który wprowadzamy, jest wzorowany na rozwiązaniach niemieckich i w naszej ocenie pozwala na bezpieczne dla pacjenta zatrudnienie lekarza na okres nie dłuższy niż 5 lat, i to jest wyraźnie zaznaczone w ustawie, na zaproszenie konkretnego podmiotu leczniczego lub osoby przez niego wskazanej. Chodzi tu o zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, a nie żadnej innej formy, umowy cywilno-prawnej itp., a zatem zachowanie pełnej odpowiedzialności pracodawcy, który decyduje się na zatrudnienie takiej osoby. Należy wskazać, że to rozwiązanie było oczekiwane, i takie sygnały były kierowane do ministra zdrowia, przez wielu kierowników podmiotów leczniczych. Problem braku kadr lekarskich jest znany od wielu, wielu lat. Działania, jakie są w związku z tym podejmowane, mają na celu poprawę tej sytuacji. Biorąc pod uwagę to, że jest wiele ofert pracy dla lekarzy wykształconych poza krajami Unii Europejskiej, dla których cały proces nostryfikacji byłby trudnym procesem trwającym kilka lat, a w tym czasie ci lekarze bardzo często zatrudniają się w charakterze

sekretarek czy nawet opiekunów medycznych bądź też w zupełnie innym obszarze, wykonują prace fizyczne i nie mają kontaktu z zawodem, który nabyli, którego wyuczyci się w swoim kraju, dajemy taką możliwość, że przez 5 lat mogą oni pracować, wykonując zawód lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z zachowaniem wymogów, które są określone w tej ustawie. Te obwarowania minimalizują ryzyko obniżenia jakości świadczeń, a dają tym osobom szansę wykonywania zawodu. Wprowadzamy tutaj szczegółowe przepisy. Ta osoba będzie miała możliwość pracy po uzyskaniu zaproszenia do konkretnego podmiotu. W przepisach ustawy określone są kompetencje okręgowych rad lekarskich, które na podstawie dokumentów złożonych przez takiego lekarza będą weryfikowały proces kształcenia zarówno przed-, jak i podyplomowego. Chciałabym podkreślić, że ta ścieżka jest otwarta dla lekarzy, którzy ukończyli – i taki zapis jest w ustawie, został wprowadzony poprawką – co najmniej pięcioletni cykl kształcenia w kraju poza Unią Europejską. Czyli jest gwarancja, że ten cykl kształcenia będzie porównywalny do cyklu w krajach Unii Europejskiej. Również...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Przepraszam bardzo, Pani Minister, może nie tak bardzo szczegółowo. Na pewno będą pytania. Dobrze?

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

Myślę, że my w większości zapoznaliśmy się z tym projektem, będą też zgłaszane poprawki, będzie dyskusja. Bardzo bym prosiła, żeby pani bardziej ogólnie nas w to wprowadziła, a my będziemy zadawać pytania.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

To już kończę, tak. Oczywiście będziemy odpowiadać na pytania.

W zasadzie to są te najistotniejsze zmiany. W trakcie procedowania w Sejmie została też wprowadzona poprawką zmiana dotycząca

klauzuli sumienia. Jest to realizacja wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2015 r.

To są te najistotniejsze kwestie, które są regulowane w tej ustawie. Oczywiście wspólnie z dyrektorem departamentu jesteśmy do państwa dyspozycji, będziemy odpowiadać na pytania. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Proszę Biuro Legislacyjne o krótkie wprowadzenie. Proszę bardzo.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
BOŻENA LANGNER**

Proszę państwa, nie chcę mówić długo, odsyłam do tej części opinii, w której są zawarte uwagi. Zwracam jedynie uwagę na to, że proces legislacyjny dotyczący tej ustawy na pewnym etapie bardzo się wydłużył oraz że wkroczyły przepisy jednej z tzw. ustaw COVID-owych, które spowodowały pewien kłopot związany z brzmieniem przepisów, które łączą się ze sobą i regulują tę samą materię, a od 1 kwietnia weszły już w życie, zaś w niniejszej ustawie jest wprowadzonych kilka okresów *vacatio legis*. To jest właściwie taka główna uwaga, o której za chwilę powiem. Ale zgodnie z kolejnością chcę nadmienić, że jeśli chodzi o materię dotyczącą opłaty egzaminacyjnej za lekarski i dentystyczny egzamin końcowy oraz za Państwowy Egzamin Modułowy, to tam jest pewna niespójność związana z tym, kto ustala te opłaty, ponieważ zostało to uregulowane w ten sposób, że wysokość tej opłaty określa dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, a jednocześnie ustala ją minister zdrowia w rozporządzeniu. Wydaje się, że powinno być jednolicie, tym bardziej że Państwowy Egzamin Specjalizacyjny i Lekarski Egzamin Weryfikacyjny zawierają jednolite określenie, że wysokość tej opłaty określa minister właściwy do spraw zdrowia. Jeżeli celem ustawy jest taka jednolitość, to w uregulowaniach wskazanych w opinii co do egzaminu końcowego i egzaminu modułowego należy wykreślić zdanie, że wysokość opłaty określa dyrektor CEM.

I druga uwaga, ta, od której zaczęłam, merytoryczne właściwie pierwsza. Chodzi o ujednoczenie wejścia w życie i obowiązywania przepisów dotyczących stażu podyplomowego. Otóż art. 15 ma wejść w życie 1 stycznia 2022 r., ale dla art. 15 ust. 2 ustawa przewiduje szybkie wejście w życie, najszybsze z tych wszystkich przepisów, to jest 14-dniowe. Następnie trzeba zwrócić uwagę, że art. 15 zawiera też ust. 8a i 8d, które obowiązują od 1 kwietnia. A więc wejście w życie art. 15 z dniem 1 stycznia 2022 r. jest pewnym problemem technicznym. Zważywszy na to, że art. 15a–15i oraz art. 15k–15n mają wejść w życie 1 stycznia 2022 r, ale wyłączony jest z tych przepisów art. 15j i art. 15o, które mają wejść w życie po 14 dniach od dnia ogłoszenia, a na domiar wszystkiego art. 15o powiela uregulowania art. 15 ust. 8a–8d, można powiedzieć, że przepisy się dublują i po prostu jest pewien bałagan. Wydaje się, że aby zachować ideę projektodawców, wyjściem z tej sytuacji byłoby dodanie artykułu, w którym stanowi się, że przepisy art. 15 ust. 1, ust. 3–10 oraz art. 15a–15i oraz art. 15k–15n w brzmieniu nadanym nową ustawą, nowelizującą będą stosowane od 1 stycznia 2022 r.

Chciałabym tu jeszcze dodać propozycję dotyczącą poprawki korygującej, której nie zdążyłam dopisać. Również w art. 15a ust. 1 pkt 2... Należy zmodyfikować odesłanie do art. 15a. To znaczy nie tyle zmodyfikować, ile określenie „artykułem” zastąpić „wyrazami”. Wtedy będzie tu spójność. Chodzi o wskazanie umowy o pracę, o przygotowanie do odbywania stażu podyplomowego. W art. 27 w pkt 4 też byłaby odpowiednia zmiana, która spowodowałaby, że przepisy wejdą w życie w sposób spójny i nierozdzający problemów.

Następna kwestia to są przepisy przejściowe i dostosowawcze. Dotyczą one szkolenia specjalizacyjnego. Tu pojawił się pewien kłopot. Art. 15 stanowi o tym, że przepisy dotyczące szkolenia specjalizacyjnego wchodzi w brzmieniu dotychczasowym, ale z pewnymi wyjątkami. I jest tak, że te wyjątki zostały zgrupowane jako przepisy, które nie wejdą w życie w tym samym czasie. Tak więc należy doprowadzić do takiej sytuacji, aby przepisy, które wchodzi 1 stycznia 2022 r., były po prostu wymienione w sposób spójny, jednolity. Ustawa, która wchodzi w życie 14 dni po ogłoszeniu... Znacząca zasada nie może być zastosowana z wyjątkami, jeśli chodzi o część przepisów.

Dalej. Chodzi o dodatek za odbywanie stażu w trybie rezydenckim, w tym nowym kształcie, o którym mówiła pani minister. Otóż jeżeli przepis o dodatku wchodzi w życie 14 dni od dnia ogłoszenia, a przepis o stażu w wersji zmodyfikowanej wchodzi w terminie późniejszym, od 1 stycznia 2022 r... Przepisy o możliwości otrzymania dodatku powinny wejść w życie razem. Ja to tak rozumiem i tak to odczytuję. Obecnie odbywający szkolenie specjalizacyjne nie podlegają obowiązkom wykonywania stażu podstawowego w szpitalach co najmniej pół roku, więc oni nie mogliby z tego skorzystać. I dlatego tym bardziej te przepisy powinny wejść w tym samym czasie, a nie jakoś wybiórczo. Po prostu inaczej nie da się zastosować tego przepisu.

Tak samo jest, jeśli chodzi o przepisy o podatku dochodowym. Przepisy, które zwalniają z podatku dochodowego nowy dodatek, oraz przepisy dotyczące ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych muszą wejść w życie w tym samym czasie, w którym jest wprowadzany ten dodatek. I taka jest propozycja.

Uwaga następną, znajdująca się w pkt 6, nie jest może uwagą wskazującą błąd, ale poddającą państwu pod rozwagę nowo wprowadzone rygory. Chodzi o termin 5 lat na przystąpienie do państwowego egzaminu specjalizacyjnego. Ja rozumiem, że tutaj dokonywane są pewne uporządkowania terminów i uregulowania dotyczące pewnych instytucji, ale 14 dni od dnia ogłoszenia na podjęcie pewnych decyzji związanych z drogą zawodową to być może nieco za krótki termin. Może należałoby rozważyć, czy ten przepis nie powinien wejść z dniem 1 stycznia 2021 r. albo 2022 r.

Dalsze uwagi są już innej natury. Chodzi o pewną logikę i kwestię językową. Jest egzamin weryfikacyjny i modułowy. W uregulowaniach znajduje się zdanie, że test jest rozwiązywany przez zdającego samodzielnie. Wydaje się, że ono jest bardzo oczywiste. Chyba nie jest konieczne, żeby w ustawie zamieszczać takie uregulowania.

Następna jest kwestia dotycząca lekarskiego egzaminu weryfikacyjnego i modułowego. Jest powiedziane, że wynik egzaminu nie stanowi decyzji. Myślę, że tu chodziło o informację o wyniku egzaminu. Ta informacja nie może stanowić decyzji administracyjnej i nie stanowi. Tu chyba nie chodzi o to, żeby wynik nie stanowił decyzji.

Dalej jest sprawa terminologii dostosowanej do ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego.

Dziesiąta uwaga to jest kwestia bardziej logiczno-językowa. Chodzi o to, że nie można przedłożyć prawa. Prawda? Jest potwierdzenie prawa czy zaświadczenie o posiadanym prawie, ale samego prawa... To jest już bardzo daleko idąca potoczność. Ja rozumiem, że w tej dziedzinie wszyscy się posługują takimi zwrotami, ale wydaje mi się, że na tym etapie może jeszcze dałoby się to skorygować. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, jak pani powiedziała, negocjacje i wypracowywanie kompromisu w pracy nad tą ustawą były długie i żmudne. Na pewno chcieliście państwo zawrzeć te wszystkie uwagi, które wносиła tutaj izba lekarska, ale okazuje się, że mimo poświęcenia czasu na negocjacje, pozostaje dużo uwag. Jest to nie tylko kwestia zmian dotyczących całego procesu specjalizacyjnego. Pojawiają się także dwa kolejne tematy. Pierwszy to wspomniana już sprawa klauzuli sumienia. Drugi to podnoszony w ustawie temat eksperymentu badawczego.

Ja chciałabym zadać pani minister pytanie, kiedy będziemy procedować ustawę o badaniach klinicznych. Pytam o to z tego względu, że ABM, która została powołana jeszcze w zeszłym roku i wydatkuje publiczne pieniądze na różnego rodzaju granty, działa bez tej ustawy. Zapis o eksperymentach badawczych czy klinicznych, który pojawia się w procedowanej ustawie, nie jest absolutnie zapisem zaspokajającym wszystkie potrzeby, jakie powinny być uwzględnione w ustawie o badaniach klinicznych. Stąd moje pytanie do pani minister.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Rzeczywiście nie do końca jest to uregulowane, ale projekt ustawy o badaniach klinicznych jest już przygotowany i myślę, że w najbliższym miesiącu pojawi się w konsultacjach publicznych, bo jest już na takim etapie. Jeżeli chodzi o eksperyment, badania kliniczne, to w części regulują tę kwestię przepisy prawa

farmaceutycznego, ale rzeczywiście wymaga to doregulowania. Do miesiąca powinniśmy zgłosić projekt do konsultacji publicznych.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Otwieram dyskusję.
Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Powiem, że sporo bałaganu się wkradło w tę ustawę, co pokazała nam tu pani legislator.

Ja mam takie pytanie o coś, co budzi moje wątpliwości, o kwestię bonu patriotycznego dla stomatologów. Przypominam państwu, że wielu stomatologów jest zatrudnionych w ramach własnej działalności czy na umowach cywilnoprawnych. Czy to dotyczy tylko lekarzy stomatologów, którzy podjęli specjalizację? A ile mamy specjalizacji stomatologicznych w Polsce? Jest tu ogromny deficyt i środowisko stomatologiczne postuluje o zmianę. Bardzo trudno jest otworzyć w tej chwili specjalizację z zakresu stomatologii, ortodoncji. Proszę mi powiedzieć, ile w tym roku było miejsc do prowadzenia specjalizacji z ortodoncji.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

To jest bardzo ważny temat. Co do liczby lekarzy stomatologów to myślę, że izba lekarska ma odmienne stanowisko. Nawet korespondencja z państwem świadczy o tym, że liczba stomatologów... No, inaczej patrzmy na ten brak. Jeżeli chodzi o liczbę stomatologów w naszym kraju, to mamy średnią krajową...

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Nie, nie. Proszę państwa, jeśli chodzi o liczbę stomatologów bez specjalizacji, to mamy te

dane. A ja mam pytanie: ilu stomatologów otworzyło specjalizację np. z zakresu chirurgii czy ortodoncji? Środowisko stomatologiczne bije na alarm, że miejsc na takich specjalizacjach w Polsce, w porównaniu do liczby miejsc w innych krajach europejskich, jest bardzo mało. I bon patriotyczny, który się tak ładnie nazywa, dla lekarzy podejmujących specjalizację bez wolontariatu, jak rozumiem, bo jest wielu stomatologów, którzy odbywają specjalizację na własny koszt, nie na koszt państwa... No, to jest takie trochę fikcyjne. Ja rozumiem, że dla lekarzy rezydentów... że w przypadku specjalizacji deficytowych, jeśli chodzi o zakres lekarski... W przypadku stomatologii to jest takie... to się tak ładnie nazywa, ale to absolutnie nie ma żadnego wymiaru praktycznego.

Drugie pytanie. Ja rozumiem, że jest deficyt lekarzy na rynku. Ja też jestem lekarzem, który pracuje w publicznej ochronie zdrowia. Jestem koordynatorem stażystów, mam najwięcej stażystów w powiecie bielskim, tak jakoś się stało. Byliśmy szpitalem miejskim, a teraz jesteśmy centrum onkologii, bo takie twory powstały. Skoro mamy przyjąć lekarzy spoza Unii Europejskiej, to zapytam, czy do takich lekarzy należą np. lekarze kształcący się, odbywający studia za granicą, którzy chcą przyjechać do Polski, oraz lekarze, którzy opuścili Polskę po odbyciu studiów w naszym kraju, pracowali w krajach poza Unią, ale chcą wrócić do naszego kraju i świadczyć usługi, ci, którzy są już tam specjalistami. To jest kwestia uznawania kompetencji i specjalizacji. Pani minister powiedziała, że dotychczasowy egzamin nostryfikacyjny był może dla nich zbyt trudny. Jak to się ma do sytuacji naszych lekarzy, których też brakuje w Polsce, którzy się tu kształcili, tu zdobywają doświadczenie, tu realizują specjalizację, odbywają staż, następnie zdają lekarski egzamin państwowy... Ja może poczekam, bo panie tam rozmawiają. Czy tym lekarzom, którzy wrócą z zagranicy... Ja rozumiem, że jest deficyt i państwo polskie potrzebuje tych lekarzy, ale czy mimo wszystko nie budzi tu wątpliwości poziom kształcenia? Ja zrozumiałam, że w tej ustawie jest zapis o jakimś liście intencyjnym czy zaproszeniu szefa ośrodka, który danego specjalisty potrzebuje i szuka go na rynku pracy. I taki ktoś jest np. świetnym specjalistą za granicą, nie w kraju Unii i robi sobie szybciotko egzamin w Centrum Egzaminów Medycznych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak to zrozumiałam. To budzi moje naprawdę duże wątpliwości. Być może Naczelna Rada Lekarska chciałaby się do tego odnieść. Wydaje mi się, że to będzie dla tych osób znacznie łatwiejsze niż dla lekarzy, którzy kształcą się w Polsce, tu odbywają staż i tu zdają egzamin, zarówno państwowy egzamin specjalizacyjny, jak i LDEK. Chodzi o to, żeby to wszystko nie uderzyło w poziom leczenia w naszym kraju.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Pani Senator.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Rzeczywiście w przypadku dużej części przepisów nowelizujących ustawę o zawodzie lekarza odnosi się wrażenie, że są to przepisy, które mają uzupełnić braki kadrowe w polskiej ochronie zdrowia, wprowadzając możliwość uznawania kwalifikacji lekarzy spoza Unii Europejskiej. Wiążą się z tym obawy, które przed chwilą wyraziła pani senator.

Ja chciałabym spytać o inną kwestię. Mianowicie w art. 6e ust. 5 jest zapis, który znacznie ogranicza dostęp do informacji publicznej. Przepis mówi o tym, że udostępnieniu „podlegają wyłącznie pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystywane na potrzeby LEW i LDEW, po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu”. Skąd takie 5-letnie ograniczenie i czemu to ograniczenie ma służyć? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Jeszcze 2 pytania senatorów i jeszcze pani senator.

Proszę bardzo, po kolei.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Pani Minister!

Ja chcę spytać o dyżury w trakcie specjalizacji. W tej chwili jest taka sytuacja, że są szpitale, gdzie izba przyjęć jest SOR-em, jest szpitalnym oddziałem ratunkowym. Lekarze robią specjalizację np. z chorób wewnętrznych czy z chirurgii i nie chcą dyżurować, nie chcą pracować na SOR, gdyż to nie jest w programie ich specjalizacji, to nie jest ich miejsce pracy. I dochodzi do takiej dziwnej sytuacji – oczywiście mówię teoretycznie, ale praktycznie też tak jest – że jest lekarz, który nie był na izbie przyjęć, nie był na SOR, nie spotkał się z problemami, które tam są, po czym został specjalistą i nagle już umie to wszystko robić, choć nigdy nie był na izbie przyjęć i na SOR.

Mam pytanie. Czy ta ustawa tę sprawę załatwia? Czy będzie tak, jak było z pediatrami? W tryb ich specjalizacji zostały wprowadzone dyżury na SOR dziecięcym i wiadomo było, że muszą odbyć te dyżury. Czy ta ustawa tę sprawę reguluje? W szpitalu, gdzie jest chirurgia i SOR, lekarz robiący specjalizację może, a nawet musi brać dyżury na SOR, aby po prostu spotkać się tam z pacjentem. To jest połowa pracy lekarza – spotkanie z pacjentem, diagnozowanie pacjenta przywiezionego do szpitala. Druga połowa to jest leczenie go na oddziale. I chcę się dowiedzieć, czy zmiany, o których pani minister mówiła, załatwiają tę sprawę, czy też trzeba będzie dalej rozstrzygać to w jakichś bardziej konkretnych przepisach, tak jak to było w przypadku lekarzy pediatrów. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Pani Senator.

**SENATOR
DOROTA CZUDOWSKA**

Pani Minister, ja mam 3 pytania.

Pierwsze pytanie. Mówiła pani o tym, że już po 10 albo 8 semestrach, w zależności od tego, czy to są studia lekarskie, czy stomatologiczne, można przystąpić do egzaminu. A co z pozostałymi semestrami? Czy te 2 dodatkowe semestry student może opuścić, nadrobić? Czy zostanie zaliczenie? Na jakiej zasadzie to będzie? Można skrócić swoje studia, przystępując do egzaminu? Czegoś tu nie rozumiem.

Drugie pytanie. Czy pani minister mogłaby w skrócie przedstawić drogę lekarza do specjalizacji po ukończeniu studiów? Jest staż... Który egzamin? LEW, modułowy... W tej ustawie jest wprowadzonych bardzo dużo nowych pojęć i dobrze by było to uporządkować.

Jeszcze jedno pytanie. W internecie oczywiście każda ustawa, która coś zmienia... Jedni się z tego cieszą, drudzy się tym niepokoją i pytają nas, mnie przynajmniej... Myślę, że inni senatorowie też otrzymali taką korespondencję od studentów medycyny, których niepokoi wprowadzenie tzw. dokumentów intencyjnych zapewniających dodatkowe punkty w postępowaniu kwalifikacyjnym, dających pierwszeństwo w odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego i gwarantujących zatrudnienie w jednostce prowadzącej szkolenie. Młodzi studenci są zaniepokojeni, że to może powodować jakieś podziały środowiskowe, być powodem do nepotyzmu, korupcji. Czy te obawy studentów są uzasadnione? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani senator potwierdziła tak naprawdę nasze wątpliwości co do tej ustawy. To, czy ten drugi tryb negocjacyjny odpowiada na te wszystkie wątpliwości... W moim odczuciu egzamin modułowy, który jest w trakcie procesu specjalizacyjnego, nie jest tak naprawdę niczym innym jak pierwszym stopniem specjalizacji. Czyli jest tu powrót do tego, co było, tylko jest troszkę inne nazewnictwo, inna nomenklatura.

Z kolei list polecający czy intencyjny rodzi wśród nas bardzo dużo obiekcji, ponieważ będzie tu uznaniowość. Nie jest to absolutnie twarde dowód na to, że dana osoba powinna otrzymać szkolenie specjalizacyjne ze względu na potrzeby, na to, w jaki sposób państwo buduje całą politykę kształcenia. To będzie na zasadzie uznaniowości.

Jak pani minister widzi, wątpliwości jest dużo. Proszę bardzo o odpowiedź.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Dziękuję bardzo.

Bardzo chętnie odpowiemy i wyjaśnimy te wątpliwości. Myślę, że w dużej mierze jesteśmy w stanie rozwiązać niepokoje.

Wracam do konkretnych pytań. Pani przewodnicząca, pani senator wspomniała, że jest niezwykle bałagan, jeżeli chodzi o tę ustawę. Szanowni Państwo, zespół roboczy pracował faktycznie kilkanaście miesięcy. W Ministerstwie Zdrowia poświęciliśmy na to właściwą ilość czasu. Jak państwo wiecie, proces legislacyjny ma to do siebie, że parlamentarzyści, w tym przypadku posłowie, mają prawo zgłaszać poprawki i je przegłosowywać. Takie poprawki były zgłoszone i zostały przegłosowane przez Sejm, co spowodowało pewne problemy techniczne, jeżeli chodzi o systematykę całej ustawy, o odwołanie do odpowiednich przepisów, do terminów. Do tych uwag, które pani mecenas tutaj zgłosiła, odniesiemy się, ale mam wrażenie, że to jest właśnie pokłosiem zmian legislacyjnych. To jest taka ogólna uwaga.

Ja myślę, że najważniejsze jest to, że ustawa wprowadza bardzo dużo zmian, które przez wiele lat były oczekiwane przez środowisko lekarskie. Taka jest prawda. Wiele tych rozwiązań jest wyjściem naprzeciw, ułatwia proces kształcenia przy równoczesnym zabezpieczeniu jakości tego kształcenia. Oczywiście wpływa to też pośrednio na dostępność, na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, ponieważ lekarze na poszczególnych etapach kształcenia uzyskują pewne kwalifikacje, pewne kompetencje, które mogą być prezentowane do Narodowego Funduszu Zdrowia. Tym samym lekarze w toku kształcenia mogą być już samodzielnie realizatorami niektórych świadczeń. O tym, jaki rodzaj świadczeń będą mogli docelowo samodzielnie realizować, będzie decydował w dużej mierze kierownik specjalizacji i nowo wprowadzony państwowy egzamin modułowy. Chcę państwa poinformować, że państwowy egzamin modułowy nie jest obowiązkowy, jest dobrowolny. Jeżeli lekarz chce go zdać, ma taką możliwość. Potem będzie miał możliwość udzielania większej liczby świadczeń w zakresie swojej specjalizacji.

Jeżeli chodzi o bon patriotyczny dla lekarzy dentystów i liczbę kształconych lekarzy dentystów, to w tej chwili w procesie kształcenia – mówię o specjalizacji – mamy ponad 900, ok. 1 tysiąca lekarzy dentystów. Wszystkie miejsca specjalizacyjne są obsadzone.

Pani Senator, wiemy doskonale, w jaki sposób odbywa się kwalifikowanie czy akredytacja

miejsz specjalizacyjnych. W dużej mierze – myślę, że państwo doskonale o tym wiecie – obszar stomatologii jest obszarem sprywatyzowanym. To właściciele podmiotów, praktyk decydują, czy chcą występować o akredytację, poddawać się procesowi akredytacji i umożliwić kształcenie lekarzom, którzy chcieliby zdobywać tę specjalizację. Występują obiektywne powody, dla których tych miejsc specjalizacyjnych jest mało.

Są też inne powody, które w pewnych przepisach regulujemy. Jest kwestia zapisu ustawowego, który daje możliwość ministrowi zdrowia zwrócenia się do podmiotu spełniającego wymogi do prowadzenia specjalizacji... daje możliwość wręcz nakazania złożenia wniosku o specjalizację. Taki tryb nakazowy jest w tej ustawie przewidziany. Chcemy, aby liczba tych miejsc wzrastała. W publicznych podmiotach leczniczych potencjał do szkolenia jest wykorzystany maksymalnie. Problem jest związany właściwie z liczbą miejsc specjalizacyjnych.

Jeżeli chodzi o bon patriotyczny, to była uwaga Naczelnej Rady Lekarskiej, żeby go wprowadzić. Wychodząc radzie naprzeciw, po prostu to wprowadzamy. Czy będzie to fikcyjne? Wiemy, że np. w stomatologii dziecięcej, mimo że jest mało miejsc specjalizacyjnych, nie do końca są chętni, żeby, powiedziałabym, ten obszar realizować. Dlatego myślę, że... Ta specjalizacja jest uznana za priorytetową. W tym momencie będzie możliwość uzyskania tu dodatkowego wynagrodzenia. W tym przypadku będzie to 700 zł.

Teraz kolejna kwestia, związana z lekarzami z krajów spoza Unii Europejskiej. Tu musimy rozróżnić 2 sprawy. Przede wszystkim lekarz, który będzie chciał wykonywać zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, będzie musiał spełnić konkretne kryteria. Jednym z tych kryteriów jest to, o czym mówiłam, czyli zaproszenie od podmiotu leczniczego, który bierze całkowitą odpowiedzialność i wyznacza opiekuna. Bierze na siebie również odpowiedzialność cywilną za udzielane przez tego lekarza świadczenia.

Ten lekarz musi również mieć ukończone 5-letnie studia. Wiemy, że w niektórych krajach – może poza Europą, ale są takie systemy kształcenia – tytuł lekarza uzyskuje się po 3-letnim cyklu szkolenia. Tu warunkiem jest 5-letni cykl studiów, taki, jaki obowiązuje w Unii Europejskiej.

Dodatkowo wymagamy, aby lekarz legitymował się tytułem specjalisty uzyskanym w swoim

kraju i 3-letnim stażem pracy. Jest to osoba, która już funkcjonowała w systemie. Co jest ważne – chcę to z pełną odpowiedzialnością podkreślić – ta osoba po przejściu całej ścieżki, która wcale nie jest taka łatwa, nie będzie pracowała w charakterze specjalisty. W Polsce będzie ona miała kompetencje lekarza bez kompetencji specjalisty. Wymagamy od niej, żeby była specjalistą w swoim kraju, ale pracując u nas, przez 5 lat będzie traktowana jak lekarz bez specjalizacji, czyli będzie mieć ograniczony zakres kompetencji. To jest ta kwestia.

Okręgowa izba lekarska będzie weryfikowała wszystkie dokumenty. Lekarz ten musi się legitymować dobrą znajomością języka, co często oznacza, że musi zdać egzamin w samorządzie zawodowym. Samorząd zawodowy będzie oceniał dokumenty i jeżeli będzie miał jakąkolwiek wątpliwość co do kwalifikacji lekarza, to będzie miał możliwość ograniczenia czynności, które będzie wykonywał ten lekarz, bądź też skierowania go na dodatkową praktykę, staż, aby można było zweryfikować jego umiejętności.

Taka decyzja jest wydawana tylko i wyłącznie na 5 lat. Tak jak powiedziałam, wielu lekarzy, przyjeżdżając do Polski... W takiej samej sytuacji byli nasi lekarze, którzy kiedyś wyjeżdżali i nie mieli możliwości nostryfikowania dyplomów. Pracowali w różnym charakterze, ale nie w charakterze lekarza.

Lekarze mogą praktykować pod nadzorem w danym podmiocie przez 5 lat. Po 5 latach albo nostryfikują dyplom dotychczasowym sposobem, opisanym w porządku prawnym, albo też... Mają do wyboru taką ścieżkę, że mogą zdawać w ciągu 5 lat lekarski egzamin weryfikacyjny. Ten egzamin ma za zadanie sprawdzenie wiedzy, jaką nabyli w procesie kształcenia przed-dyplomowego, tego, czy ona jest kompatybilna z naszym programem kształcenia lekarzy na studiach. Ten egzamin weryfikuje tylko wiedzę nabytą na studiach lekarskich. Po zdaniu lekarskiego egzaminu weryfikującego taki lekarz będzie odbywał staż na zasadach określonych w przepisach prawa dla lekarzy, którzy kształcą się w Polsce. Czyli odbędzie roczny staż, później zda LEK, tak jak każdy lekarz kończący polską uczelnię, a po zdaniu LEK na podstawie punktacji, na zasadach obowiązujących w Polsce będzie mógł ubiegać się o miejsce na specjalizacji. To jest takie otwarcie drzwi do pełnego prawa wykonywania zawodu. Przez 5 lat będzie miał

ograniczone prawo wykonywania zawodu do czasu i do miejsca. Nie będzie mógł praktykować w żadnym innym podmiocie, nie będzie mógł dyżurować. Będzie mógł pracować tylko i wyłącznie w określonym podmiocie leczniczym. Dopiero później ścieżka będzie dla niego otwarta. Jeżeli nie zdąży z całym procesem przed upływem 5 lat, to niestety wróci tam, skąd do nas dotarł.

Tak jak powiedziałam, jest to model zbudowany na gruncie modelu niemieckiego. W Niemczech ten okres jest wprawdzie krótszy, bo trwa 3 lata, ale tam ten okres może być wydłużany w nieskończoność. I wiem, że lekarze z Azji, z różnych krajów pracują w Niemczech w takim właśnie charakterze. Nie jest to jakiś wymysł polskiego rządu. Posiłkujemy się przepisami obowiązującymi w Unii Europejskiej, dajemy szansę.

Czy jest to próba załatwienia dziury? Przepraszam za to słowo. Podejmujemy wszelkie działania, aby poprawić sytuację kadrową. Przede wszystkim zwiększamy liczbę szkół kształcących lekarzy. W tej chwili są bodajże 22 uczelnie. W 2015 r. było ich 15. Podejmujemy różne działania, ale niestety proces kształcenia lekarzy trwa bardzo długo. Nie można natychmiast uzupełnić tej luki. Tak wygląda proces wprowadzenia lekarzy spoza Unii Europejskiej z ograniczonym prawem wykonywania zawodu.

Jeżeli chodzi o dyżury w oddziałach ratunkowych w trakcie specjalizacji, to rzeczywiście w module podstawowym w zakresie chirurgii, interny i pediatrii jest wprowadzony...

(Głos z sali: Specjalizacyjnym.)

Przepraszam, nie podstawowym, tylko specjalizacyjnym. W przypadku tych 3 specjalizacji jest obowiązek dyżurowania w szpitalnym oddziale ratunkowym. W przypadku pozostałych jest to zależne od programy specjalizacji oraz decyzji lekarza i kierownika podmiotu leczniczego. Była tutaj taka mocna dyskusja z naczelną radą, ze środowiskiem lekarzy. Nie do końca osiągnęliśmy tutaj kompromis. Jest taka potrzeba, ja to rozumiem, bo wiele lat pracowałam jako dyrektor szpitala i wiem, jak wygląda kwestia niedoboru kadr w szpitalach powiatowych czy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Jest taka potrzeba, ale nie osiągnęliśmy do końca kompromisu w tym zakresie. Myślę, że 3 specjalizacje w pewnym sensie dają taką możliwość. To jest istotne z punktu widzenia całego procesu

specjalizacji, aby lekarz nabywał umiejętności nie tylko w sytuacjach planowych, ale również w sytuacjach nagłych, które zdarzają się na izbie przyjęć.

Kwestia skrócenia okresu kształcenia. Jest możliwość złożenia wniosku o egzamin LDEK, lekarski dentystyczny egzamin końcowy. Tak samo jest w przypadku PES. Dajemy taką możliwość, że na ostatnim roku lekarz może złożyć wnioski i ewentualnie może zdać egzamin. Kształcenie lekarzy w Polsce jest zgodne ze standardami Unii. To jest notyfikowane z Unią Europejską. Kształcenie musi trwać tyle lat, ile przewidują przepisy prawa. Lekarz może zdać egzamin wcześniej, w trakcie stażu, ale ten staż mus kontynuować, musi zrealizować cały program stażu. To takie wyjście naprzeciw. Egzamin można zdać wcześniej, ale staż musi być zrealizowany.

Jeżeli chodzi o PES, to tutaj jest warunek, że muszą być zaliczone wszystkie procedury, które są niezbędne do realizacji programu specjalizacji. Jeżeli kierownik specjalizacji uzna, że dany lekarz przeszedł już wszystkie procedury, które pozwalają na zaliczenie programu specjalizacji, to taki lekarz ma możliwość wcześniejszego złożenia wniosku i zdania egzaminu specjalizacyjnego. Warunkiem jest zaliczenie wszystkich staży, kursów itd. Takie były postulaty środowiska lekarskiego, lekarzy rezydentów, ale nie tylko. To z niczym nie koliduje.

List intencyjny jest wprowadzony do przepisów ustawy po to, aby kierownicy podmiotów leczniczych, którzy bardzo często tworzą miejsca stażowe dla lekarzy stażystów czy miejsca rezydencje... Oni mają możliwość obserwowania lekarzy w trakcie ich pracy i często zdarza się, że wiele tych osób wskazuje szczególne predyspozycje do wykonywania konkretnego zawodu czy konkretnej specjalizacji. Relacje między dyrektorem a pracownikiem układają się dobrze, a pracownik daje się poznać jako osoba, której praca wpływałaby na poprawę jakości świadczeń w tym zakładzie, w zespole terapeutycznym, osoba, która na pewno wniosłaby nową jakość. W takiej sytuacji dyrektor podmiotu leczniczego ma możliwość wystawienia tzw. listu intencyjnego.

Szanowni Państwo, gdybyśmy zakładali, że każda taka decyzja niesie jakieś duże obciążenie, ryzyko korupcji czy jakiegось, nie wiem, niewłaściwego, niezgodnego z przepisami prawa

zachowania, to równie dobrze można by było podważać wiele innych elementów. Chcę państwu przypomnieć, że jeżeli chodzi o punktację, która jest podstawą do zakwalifikowania się na rezydenturę, to jest kilka składowych. Pierwsza to jest egzamin, na którym lekarz może uzyskać 200 punktów. Druga – to już w tej chwili funkcjonuje w przepisach prawa – to są punkty za dorobek naukowy, czyli za doktorat. Za to jest bodajże 5 punktów. Za publikacje naukowe również jest 5 punktów. Można powiedzieć, że te publikacje... No, można to ocenić... W każdym kryterium można widzieć, że tak powiem, czarną część.

Ja chcę przytoczyć jeszcze jeden argument. Mianowicie w przypadku trybu pozarezydentckiego od dawna w systemie prawnym funkcjonuje zapis, który daje lekarzowi dodatkowe punkty za to, że pracował np. 3 lata w danym zakładzie. To nie było kwestionowane. Jest to już zapisane w przepisach prawa. Tutaj my nie przewidujemy, żeby ta liczba punktów była tak duża, żeby zaważyła na wysokości tej punktacji i zdecydowała o przyznaniu miejsca. Jedno jest istotne: te punkty będą doliczane, jeżeli lekarz rzeczywiście będzie pracował w tym konkretnym zakładzie. Jeżeli on, decydując się na pracę czy odbywanie rezydentury, wskaże inny podmiot leczniczy, to te punkty z automatu będą odejmowane. To jest, że tak powiem, kierowane tylko i wyłącznie do określonego podmiotu leczniczego. Tak jak powiedziała, był to postulat... Uwzględniamy wiele postulatów środowiska lekarskiego, jak również stowarzyszenia dyrektorów. Ustawa była dyskutowana w różnych środowiskach. Było to oczekiwanie przedstawione przez kierowników, przez stowarzyszenie dyrektorów.

O PEM mówiłam. Jest dobrowolny.

Jeszcze kwestia art. 6e. Może poproszę pana mecenas, żeby to wyjaśnił. Tam chodzi o ograniczenie do 5 lat.

**GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA**

Przepraszam.

Jeżeli chodzi o egzamin LEW i LDEW, czyli o egzamin weryfikacyjny, to konstrukcja udostępniania pytań została zastosowana w taki

sposób, aby zmobilizować osoby, które mają przystąpić do egzaminu, do zapoznania się... To są przede wszystkim osoby z krajów zewnętrznych. To ma, w cudzysłowie, zastąpić nostryfikacje. Odstąpiliśmy tutaj celowo od rozwiązania stosowanego przy innych egzaminach dla osób, które, w cudzysłowie, są już na polskim rynku i są zapoznane z literaturą fachową, z bibliografiami. One mają się tylko dostosować do form zdawania egzaminów, przejść jak gdyby od literatury, od wiedzy teoretycznej na testowy sposób zdawania egzaminów. Tak jest przy LEK, przy PES, przy egzaminie połówkowym na specjalizacji. Te testy są publikowane, te bazy danych są udostępniane. Tutaj chodzi o zmobilizowanie osób, które mają zdawać egzamin, do tego, żeby zgodnie z rozporządzeniem ministra, które zostanie wydane... Tam będzie podany zakres tematyczny wraz z literaturą, z bibliografią dla osób, które mają wejść na polski rynek. I one będą mogły, musiały się z tym zapoznać, tak żeby nie wykuwać testów na pamięć. Są osoby, które mają wiedzę i uczą się przez literaturę, a testy są dla nich tylko dopełnieniem. Dla nich wejście w praktyczne zdawanie testów to jest wejście w inny sposób zdania egzaminu niż na studiach. Ale są też osoby, które uczą się z testów, z bazy pytań. I jeżeli 70% pytań z bazy się powtarza, to nie trudno zdać taki test. No, nie jest to trudne. A ocena z LEW i LDEW nie wpływa na późniejszy efekt. Tak więc chodziło o to, żeby nie dawać na tacy osobom z zewnątrz gotowych testów do nauki na pamięć, żeby to wszystko wykuły. Chodzi o to, żeby one rzeczywiście знаły teorię, bibliografię polską, żeby weszły na polski rynek z teorią i z wiedzą, a następnie na tej podstawie zdawały egzaminy. Z testów, które są udostępnione po iluś tam latach, też można się nauczyć sposobu rozwiązywania testów. Stąd są 2 systemy udostępniania pytań, to legło u podstaw tego rozwiązania.

Nie wiem, czy mogę w tej chwili odnieść się do kwestii dotyczących legislacji, o których mówiła pani mecenas. Czy to później? Jak pani przewodnicząca...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Może później.

(*Główny Specjalista w Departamencie Prawnym Ministerstwa Zdrowia Michel Ryba: Dobrze.*)

Ja mam taką propozycję. Są dwie osoby, które zgłaszały wolę zabrania głosu. Są to przedstawiciele strony społecznej. Wiem, że mają oni konkretne propozycje poprawek. Proponuję, żeby pan prof. Witkowski wypowiedział się w sprawie eksperymentu, a później poproszę również o zabranie głosu przedstawiciela izby lekarskiej, pana doktora.

Mam taką propozycję. Jeżeli propozycje rozwiązań, które padną z państwa strony, zostaną przyjęte przez senatorów, to wtedy szybko, poprawka po poprawce będziemy głosowali, bo, jak widzę, poprawek będzie sporo.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO
ADAM WITKOWSKI**

Bardzo dziękuję pani senator i wszystkim państwu za możliwość zabrania głosu w sprawie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Mam prośbę o rozważenie zmiany brzmienia dodanego do ustawy art. 23a pkt 5, który zabrania przeprowadzenia eksperymentu badawczego na osobie zdolnej do czynności prawnych, ale niebędącej w stanie z rozeznaniem i dobrowolnie wypowiedzieć opinii w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie.

Ja przedstawiam tę opinię jako stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Uzasadnienie mojej prośby jest takie, że tego typu osoby, które są zdolne do czynności prawnych, ale nie są w stanie z rozeznaniem i dobrowolnie wypowiedzieć opinii w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie medycznym, w tym przede wszystkim w eksperymencie badawczym, są często hospitalizowane w warunkach oddziałów intensywnej opieki kardiologicznej, a także oddziałów intensywnej opieki medycznej, gdzie zajmują się nimi koledzy anestezjodzy. Do tej grupy należą m.in. chorzy po nagłym zatrzymaniu krążenia, chorzy we wstrząsie kardiogenym, którzy są często wentylowani mechanicznie, są sedowani, czyli są w stanie śpiączki farmakologicznej. Dotyczy to również tego, co ostatnio zdarza się w związku z epidemią COVID-19. Mówię o pacjentach zakażonych wirusem SARS-CoV-2, którzy mają ciężki przebieg infekcji wirusowej, są podłączeni do respiratorów i są w stanie śpiączki farmakologicznej.

Śmiertelność wśród chorych hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej jest nadal wysoka pomimo stosowania nowoczesnej, interwencyjnej i bardzo szerokiej terapii. I właśnie dlatego uważamy, że należy stworzyć możliwości prawne, żeby te nowe terapie, prowadzone w ramach eksperymentu badawczego, uprzednio oczywiście zatwierdzone przez odpowiednie organy, m.in. przez komisję bioetyczną, terapie, które mogą wpływać na poprawę rokowania u tej grupy pacjentów, mogły być wypróbowywane.

Biorąc pod uwagę przedstawione przesłanki, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne stoi na stanowisku, że w Polsce udział pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody w eksperymencie badawczym powinien być jednak dozwolony. Oczywiście należy to ograniczyć do sytuacji, w której przyniesie on uczestnikowi takiego eksperymentu korzyści przewyższające ryzyko i ewentualne obciążenia związane z udziałem w eksperymencie badawczym. Zgodę na realizację powinna oczywiście wydać właściwa, terenowa komisja bioetyczna i sąd opiekuńczy.

Wnosimy o stosowną zmianę art. 23a, która spowoduje, że takie działanie stanie się możliwe. Proponujemy z art. 23a wykreślić pkt 5, a do art. 25 w pkt 7 dodać odpowiednie uzupełnienie. Wtedy pkt 7 brzmiałby w ten sposób: w przypadku uczestnika będącego osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, ale niebędącą w stanie z rozeznaniem wyrazić zgody na przeprowadzenie eksperymentu leczniczego i badawczego – to jest właśnie to uzupełnienie – zgody udziela właściwy miejscowo sąd opiekuńczy, w którego okręgu eksperyment zostanie przeprowadzony.

Chciałbym powiedzieć, że to jest trochę dziwne, że eksperyment kliniczny na chorym, który teoretycznie jest w stanie wyrazić swoją opinię, ale nie może tego zrobić, bo jest zaintubowany, jest w stanie śpiączki farmakologicznej, można przeprowadzić na takiej zasadzie, że wydaje nam się, że może jakiś lek mu pomoże, bo były jakieś doniesienia w literaturze, ale nie można takiego chorego włączyć do badania, które ma swój reżim, które ma jasne kryteria włączenia i wyłączenia, na które jest zgoda komisji bioetycznej i które lepiej zabezpiecza prawa tego chorego niż podanie choremu eksperymentalnego leku czy włączenie go do eksperymentalnego leczenia na

zasadzie: może to coś pomoże, a może nie. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze. Czy zapis tej propozycji poprawki ma pan może na piśmie?

(Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Adam Witkowski: Nie, ale mogę to napisać i przesłać do państwa.)

Nie, nie. My byśmy już teraz musiały... Poprosimy może panie o wydrukowanie tej końcówki. Chodzi o zapis literalny, o to, jak ma to wyglądać.

(Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Adam Witkowski: Dobrze.)

Udzielam głosu panu doktorowi, panu prezesowi. Proszę bardzo.

**WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ
ANDRZEJ CISŁO**

Dzień dobry.

Andrzej Cisło, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Pani Przewodnicząca! Pani Minister! Szanowni Państwo!

Ja nie będę powtarzał... Byliśmy od początku obserwatorem i uczestnikiem tego procesu. Rozmiar tego zadania był rzeczywiście ogromny, nie ma co tego ukrywać. Myślę, że lista rozbieżności pomiędzy instytucją, którą z panem drem Friedigerem tutaj reprezentujemy, czyli Naczelną Radą Lekarską, a Ministerstwem Zdrowia w stosunku do uchwalonej już przez Sejm ustawy nie jest aż tak duża, jakby wskazywał na to rozmiar zadania.

Są tutaj jednak takie kluczowe punkty, które nie są, broń Boże, poprawkami porządkującymi. Takim punktem cały czas jest na pewno – tę sprawę omówi kolega Friediger – kwestia nierozumianej przez nas do końca reformy związanej z możliwością zatrudniania lekarzy z krajów innych niż kraje Unii Europejskiej. Sprawa, która nie ma naszej akceptacji, to sprawa listu intencyjnego.

Jest propozycja, żeby jednak można było w specjalnościach deficytowych zrobić drugą specjalizację w trybie rezydentury. Jest

propozycja, aby urlop do PES-u mógł wynieść 25 dni. To są takie merytoryczne propozycje, które były przedmiotem przedłożenia rządowego.

Są dwie rzeczy, o które chcieliśmy rozszerzyć ustawę – za chwilę będę tutaj o nich mówił – i jedna propozycja poprawki porządkującej w ustawie o działalności leczniczej, propozycja związana z poprzednimi.

Zanim przejdziemy do szczegółów, zanim będziecie państwo procedować artykuł po artykule, chciałbym wspomnieć... To będzie też odpowiedź na zapytanie pani senator odnośnie do lekarzy dentyistów. Chciałbym, żebyście państwo poświęcili parę minut na tę refleksję. Mówimy jednym tchem: ustawa o zawodach lekarza i lekarzy dentyisty. Można odnieść wrażenie, że wszystkie pozytywne zmiany, ułatwienia w ustawie o zawodach lekarza i lekarzy dentyisty dotyczą zarówno lekarzy, jak i lekarzy dentyistów, ale jest to wrażenie błędne. Oczywiście proszę nie traktować tego jako zdania odmiennego czy rewizji stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej jest pod tym względem jednolite, ale było ono możliwe również dlatego, że środowisko lekarzy dentyistów zrozumiało, że przed państwem polskim, przed administracją stoi bardzo duże wyzwanie i że konieczna jest duża zmiana. Nie akcentowaliśmy bardzo silnie tego, że potrzeby środowiska lekarzy dentyistów rzeczywiście nie są mocno wypunktowane w tej ustawie.

Pani senator pytała o liczbę rezydentur. My oczywiście stale to monitorujemy, to jest na poziomie 3,4%. Nasz udział w korporacji lekarskiej to 22% i teoretycznie powinniśmy mieć 22% wydzielonych środków, dlatego że na kształcenie stomatologów... Jeżeli nie możemy zrobić tego w trybie rezydentur, to być może należy wymyślić tryb pasujący do rynku stomatologicznego, do tego, jak stomatolodzy wykonują swój zawód. W przeciwnym wypadku moglibyśmy dojść do wniosku, że lekarz dentyista ma inne potrzeby w zakresie rozwoju zawodowego niż lekarz, a jest dokładnie odwrotnie. Jest tak, że lekarz dentyista ma taki sam tytuł i takie same potrzeby rozwoju zawodowego jak lekarz. I dlatego, jeżeli mamy... Wyszukałem w moim podręcznym archiwum, że to jest 3,4%. Proszę państwa, jasne jest, że stomatolodzy robią to wszystko za swoje pieniądze. Przepis, na który się zgodziliśmy – jak mówię, nie weryfikuję tutaj zdania Naczelnej Rady Lekarskiej – że nie ma specjalizacji na

wolontariacie... Trzeba powiedzieć, że wielu stomatologów pozbawi to de facto możliwości zrobienia jakiegokolwiek specjalizacji.

Jest art. 16m, który mówi o tym, że kierownik specjalizacji otrzymuje dodatek do wynagrodzenia. Myśmy prosili rząd na etapie pisania projektu rządowego, ażeby wprowadzić również zapis... Lekarz dentysta prowadzący specjalistyczną praktykę albo podmiot mający rezydenta nie ma wynagrodzenia. Jego wynagrodzeniem jest jego zysk. I teraz jest pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia będzie wypłacało dodatek do wynagrodzenia lekarzowi, który de facto nie ma wynagrodzenia, bo jego wynagrodzeniem jest zysk przedsiębiorstwa, czy też będzie taka sytuacja, że stomatolodzy... Państwo nasz wniosek na etapie tworzenia projektu odrzucili.

Tak samo jest, jeżeli mówimy o bonie. Jasne, jest to poprawka porządkująca. W pierwszej wersji była po prostu niezręczność legislacyjna, która powodowała, że bon nie należał się stomatologom. Proszę państwa, jest zapis, że lekarzowi i lekarzowi dentyście, który nie realizuje w danym roku szkolenia specjalizacyjnego, przysługuje 6 dni urlopu na kształcenie ustawiczne. Weźcie państwo pod uwagę, że my jesteśmy lekarzami, którzy w 80% prowadzą własną działalność gospodarczą. Ten przepis może nie narusza jakichś zasad prawnych czy zasady równości, ale jest on dla nas prawem pozornym, dlatego że on nam nic nie daje.

I dlatego nie możemy się nadziwić, że w takiej sytuacji, kiedy środowisko lekarzy dentyistów prosi nawet nie o grzeczność, ale o przyjrzenie się tej ciężkiej sytuacji, szczególnie że wąskim gardłem przy zdobywaniu specjalizacji są rezydentury... Chcielibyśmy rozszerzyć art. 53 o możliwość zatrudnienia choćby jednego stałego asystenta oraz lekarzy na zastępstwie po to, aby nasze przedsiębiorstwa były ciut większe i mogły w korzystnej sytuacji przyjąć jednego rezydenta, ale spotykamy się z odmową. Posłowie koalicji rządzącej już się do tego przychylali, na co świetnym dowodem jest protokół z posiedzenia podkomisji.

Na czym opieramy w ogóle nasz optymizm jako lekarze dentyści? Generalnie mówiąc, w tej sytuacji... Zauważcie państwo, że lekarz i lekarz dentysta to są zawody zaufania publicznego. Zaufanie publiczne zawodu opiera się na pewnym kryterium, na pewnym atrybucie. Tym atrybutem jest wykształcenie. Dlatego ważne jest to, czy

lekarz dalej się kształci, czy zdobywa wiedzę, czy też poprzestaje na tym, co wyniósł ze studiów. Jeżeli będziemy realnie pozbawieni tej możliwości, to pojawi się pytanie o zakres, w jakim... My, lekarze dentyści, jesteśmy de facto pozbawiani tego atrybutu, jesteśmy jakby wypychani z zawodu zaufania publicznego.

Pokładamy wielką nadzieję w tym, na co zgodziło się Ministerstwo Zdrowia, co zresztą było już elementem porozumienia na etapie prac zespołu pana dra Bilińskiego. Mianowicie w art. 16x jest zapis o tym, iż wydając rozporządzenie specjalizacyjne minister zdrowia weźmie pod uwagę specyfikę wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Delegujemy jakby tę naszą nadzieję na wzajemne rozmowy przy okazji prac legislacyjnych nad rozporządzeniem specjalizacyjnym. Chcielibyśmy, żeby ono rzeczywiście uwzględniło te rzeczy.

A reszta? No cóż... Takie rzeczy jak np. ten urlop, który nic mi nie daje, być może powinny być w wycenie świadczeń zdrowotnych funduszu. To oczywiście nie jest sprawa na tę okoliczność, ale chciałbym państwu jako senatorom uzmysłowić dosyć trudną pod tym względem pozycję odrębnego zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza dentystry.

Dziękuję serdecznie za to, że mogłem zająć państwu chwilkę i powiedzieć o naszej szczególnej sytuacji. Chcę poinformować, że złożyliśmy do przewodniczącej komisji, do pani senator... pan prezes Matyja przesłał zestaw naszych 7 uwag, 7 propozycji poprawek. Jest to profesjonalnie sporządzone przez nasz zespół radców prawnych. Wydaje się, że tam jest wszystko poprawnie. Propozycje nie budziły zastrzeżeń w czasie postępowania w Komisji Zdrowia w Sejmie, ale po prostu nie zostały one uwzględnione.

Jeśli chodzi o dosyć osiową sprawę, czyli sprawę lekarzy, którym miano by dać prawo wykonywania zawodu, pochodzących z krajów innych niż unijne, to pozwolę sobie, jeżeli będzie to omawiane, przekazać pałeczkę panu drowi Friedigerowi. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo za tę dość obszerną relację z całego procesu. Rzeczywiście pojawiają się tu te same wątpliwości, które zgłaszali senatorowie.

Chodzi o list intencyjny i odpowiednie wzmocnienie wszystkich specjalizacji, które powinny być preferowane. Tutaj doszedł jeszcze cały wątek związany ze stomatologią, absolutnie przeze mnie zrozumiała.

Mam tylko jedną wątpliwość. Ja dostałam od państwa 14 propozycji poprawek, a pan prezes mówi o 7 uwagach. Bardzo bym prosiła, żebyście dokładnie określili, które uwagi są w tej chwili dla państwa jako dla przedstawicieli izby lekarskiej najważniejsze.

Pani senator chciałaby jeszcze zadać jedno pytanie. Proszę.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Chciałabym wrócić do swojego poprzedniego pytania, dotyczącego ograniczania dostępu do informacji publicznej na temat testów i prawidłowych odpowiedzi, które mogą być udostępnione dopiero po 5 latach.

Zapis w art. 14c ust. 5 dotyczy egzaminów końcowych i tam jest podawana informacja o takiej treści: pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu są publikowane w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia egzaminu na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie danych LEK i LDEK. Dlaczego jest taka różnica w potraktowaniu egzaminów końcowych i egzaminu weryfikacyjnego? Czy rzeczywiście jesteście państwo przekonani, że ten 5-letni okres jest dobrze dobrany? Z uwagi na postęp w medycynie i wiele innych spraw testy po 5 latach mogą już być niewiele przydatne. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Proszę odpowiedzieć jednym zdaniem, bo przystępujemy do procedowania poprawek.

**GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA**

Jedno zdanie. To była przemyślana decyzja. Te 3 egzaminy – nie tylko LEK, ale też PES i PEM

– to są egzaminy, można powiedzieć, wewnętrzne, krajowe. One dotyczą lekarzy, którzy są już na rynku. Pytania i bazy danych są dla nich, powiedziałbym, takim wprowadzeniem do nauki do testów i dlatego są szybko publikowane. Lekarze walczyli przez długie lata, żeby tak było. A tutaj chodzi o egzamin, który ma zastąpić nostryfikację. Minister w rozporządzeniu dotyczącym tego egzaminu poda całą bibliografię. Lekarze, którzy przyjeżdżają z zagranicy, powinni, naszym zdaniem, zapoznać się z tą bibliografią, a nie uczyć się testów na pamięć. Stąd decyzja o udostępnienia testów po 5 latach w przypadku tego jednego egzaminu dla lekarzy spoza Unii.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Proszę państwa, mamy ograniczony czas ze względu na salę, dlatego też przystąpimy teraz do procedowania poprawek.

Ja chciałabym prosić jeszcze panią minister o odniesienie się do uwag, które zgłaszało nasze Biuro Legislacyjne. Proszę w kilku zdaniach się do nich odnieść.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Wiele tych uwag ma charakter porządkujący. My dostaliśmy te uwagi dosyć późno i trudno nam się szczegółowo odnieść do nich wszystkich. Część po pobieżniej ocenie możemy oczywiście uznać, ale niektóre mają jednak charakter merytoryczny i wymagają z naszej strony przeanalizowania. Myślę, że możemy się szczegółowo odnieść do każdej z tych uwag. O to chyba chodzi, tak? O to, żebyśmy powiedzieli, czy popieramy, czy...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proces przyjmowania poprawek będzie dość skomplikowany, ponieważ one dotyczą różnych artykułów. Tak? Nie będziemy procedować całej ustawy na zasadzie artykuł po artykule.

Mam propozycję, żebyśmy przyjęli taką zasadę. Są 3 grupy poprawek. Pierwsza jest związana z legislacją. Są to sprawy, które podnosiło biuro. Jak rozumiem, kwestie merytoryczne raczej nie wchodzi tu w grę. Druga grupa poprawek, to uwagi, które zaproponowała izba lekarska. Trzecia grupa... To jest poprawka związana z eksperymentem i zaproponowana przez towarzystwo kardiologów. Myślę, że w takiej konwencji powinniśmy procedować.

Zacznijmy od Biura Legislacyjnego.

Po kolei, proszę bardzo.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
BOŻENA LANGNER**

Opłata egzaminacyjna. Chodzi o to, kto ją ustala w przypadku egzaminów LEK i PEM.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Dyrektor czy minister? Te poprawki są sformułowane wprost. Można...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Rozumiem, że jest zgoda. Chodzi o to, żeby ustalał to nie dyrektor, tylko minister. W ten sposób...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Rozumiem, że poprawka jest przez państwa akceptowana.

Państwo Senatorowie, kto jest za poprawką?
(6)

Kto jest przeciw?

(Głos z sali: To głosy za...)

Jeszcze raz za.

(Głos z sali: 6, jednogłośnie.)

Dziękuję bardzo.

Kolejna poprawka.

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
BOŻENA LANGNER**

Kolejne kwestie dotyczą uporządkowania, wejścia w życie i stosowania przepisów

dotyczących stażu podyplomowego, które... Pojawił się problem z tym, że w międzyczasie zmienił się stan prawny. Chodzi o to, aby przepisy art. 15 i tej grupy weszły w życie, ale były stosowane od 1 stycznia 2022 r. I to jest materia dodawanego art. 13a i art. 27 pkt 4. Ponadto w ramach uzupełnienia chciałabym poprosić o uwzględnienie tego, żeby w przypadku art. 150 ust. 1 pkt 2 nie było odesłania do art. 15a ust. 1, tylko do wyrazów, które mówią o umowie zawartej na czas kształcenia podczas stażu podyplomowego. I to by była ta kwestia, którą można przegłosować.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo. Pan minister czy pan dyrektor? Proszę.

**GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA**

Jeszcze nie jestem dyrektorem...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: To będzie pan.)

...ale dziękuję za wróżbę.

Ja może, żeby uprościć... Poprawki nr 2–5, łącznie z tą modyfikacją, o której pani mówiła, dotyczą kwestii związanych z wejściem w życie poszczególnych przepisów. I na te poprawki wstępnie wyrażamy zgodę na tej zasadzie, że jeszcze będziemy musieli je sobie przeanalizować na spokojnie, dodatkowo. Ale na dzień dzisiejszy wydają się one... Nas pani... Mnie pani przekonała, Pani Mecenase, co do tych poprawek nr 2–5, a ja przekonałem panią minister, tak że na dzień dzisiejszy rekomendujemy ich przyjęcie. Jeżeli chodzi o... I to jest kwestia poprawek nr 2–5.

Jeżeli chodzi o poprawki nr 6–8, które dotyczą zdawania poszczególnych egzaminów LEK i PES i gdzie są kwestie porównywalne z tymi dotyczącymi innych egzaminów, to niestety proponujemy ich... tzn. nie rekomendujemy ich przyjęcia, dlatego że już w rozwiązaniach istniejących w ustawie, w projekcie, powielamy rozwiązania, które są sprawdzone i prosimy o niezmiennienie tych przepisów. Nawet taki trywialny przepis,

że egzamin jest zdawany samodzielnie, niestety okazuje się przydatny w praktyce. Dlatego my powieliliśmy tylko te sprawdzone już rozwiązania, które istnieją w przypadku LEK i PES.

Jeżeli chodzi o poprawkę nr 9, to oczywiście ją popieramy. To jest poprawka redakcyjna. Tu chodzi o efekt tego takiego uproszczenia, jak pani mecenas to określiła. Popieramy poprawkę nr 9.

Jeżeli chodzi o poprawkę nr 10, to chcielibyśmy ją poprzeć, ale gdyby ona miała troszeczkę inne brzmienie, dlatego że nam chodziło o to, że w ciągu określonego okresu... Chodzi o nieprzedłożenie dokumentu „prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”. Rzeczywiście myśmy to uprościli, niestety w przepisie na 137 stronach mogło się zdarzyć... Ale chodzi o to, że jeżeli poprawka by brzmiała tak, że mówiłaby o zastąpieniu tego wyrazami: „nieprzedłożenie dokumentu prawo wykonywania zawodu” – w cudzysłowie – albo „prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, to jak najbardziej taką poprawkę poprzemy. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dobrze, w tej sytuacji proponuję tak: najpierw głosujemy nad poprawkami nr 2–5, które uzyskały akceptację Ministerstwa Zdrowia.

Kto z państwa jest za przyjęciem tych poprawek? (6)

Dziękuję bardzo.

Nr 6–8. Nad tym nie będziemy głosować.

Nad poprawką nr 9 głosujemy.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki? (6)

I poprawka nr 10, która rodzi wątpliwości w tym zapisie... Ale jest zmodyfikowana. W takim razie poddaję ją pod głosowanie.

Kto jest za poprawką nr 10? (6)

Dziękuję.

Czyli te poprawki, Pani Mecenas, wszystkie zostały załatwione, że tak powiem, używając nieładnego słowa. Dobrze.

Teraz poprawka dotycząca zmiany co do eksperymentu. Tutaj musimy dokonać takiej zmiany: w artykule... po art. 20... Nie, przepraszam, w art. 23a skreśliśmy pkt 5, z kolei w art. 25 dopisujemy ust. 7 – i tu przeczytam cały ustęp

– w nowym brzmieniu: „W przypadku uczestnika będącego osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, lecz niebędącą w stanie z rozeznaniem wyrazić zgody, zezwolenia na przeprowadzenie eksperymentu leczniczego i badawczego udziela sąd opiekuńczy właściwy miejscowo, w którego okręgu eksperyment zostanie przeprowadzony”.

Proszę bardzo, Pani Minister, o opinię.

SEKRETARZ STANU

W MINISTERSTWIE ZDROWIA

JÓZEFINA SZCZUREK-ŻELAZKO

To znaczy tak: no, niestety, nie możemy się zgodzić, nie możemy zaakceptować tej poprawki. Może tak króciutko to uzasadnię. My rozumiemy, że eksperyment medyczny to jest również eksperyment terapeutyczny i badawczy. Terapeutyczny, jak wiadomo, związany jest czy nakierowany jest na stosowanie metod terapii, które mają wpłynąć na poprawę stanu zdrowia, z kolei w przypadku badawczego efektem są dowody, efekty naukowe. Dlatego też minister zdrowia stoi na stanowisku, że ten zapis nie ogranicza możliwości stosowania eksperymentów leczniczych, ale jest kwestia eksperymentu badawczego, który ma jakby inny charakter. Tę kwestię, uważam, powinniśmy uregulować i będziemy regulować szerzej w ustawie o badaniach klinicznych, a więc nie bardzo widzimy w tym miejscu możliwość wprowadzenia tej poprawki.

Nie wiem, czy pan mecenas jeszcze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

PREZES POLSKIEGO

TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

ADAM WITKOWSKI

Pani Minister, eksperyment badawczy nie tylko rozszerza wiedzę naukową, ale również służy do wprowadzania nowych terapii niezbędnych dla leczenia chorych. Jeżeli mamy chorych, którzy cierpią np. na COVID i są zaintubowani

czy w słupczce farmakologicznej, to nie przeprowadzając eksperymentu badawczego – czyli, krótko mówiąc, badania klinicznego w reżimie badania naukowego – nigdy byśmy się nie dowiedzieli, że taki lek przeciwwirusowy jak Remdesivir jest dla nich korzystny. W związku z tym zabronienie tego spowoduje to, że polscy chorzy nie będą mogli skorzystać z leków, które są w fazie badań klinicznych, a co do których wiemy, że mogą im pomóc, szczególnie właśnie w przypadku chorych w stanach ciężkich, gdy wszystkie inne terapie mogą być zawodne. I coś takiego właśnie rozszerza granice medycyny i granice możliwości stosowania nowych leków i nowych terapii. Jeżeli nie będziemy tego robić, to będzie tak, jakbyśmy zatrzymywali się po prostu i nie szli dalej z leczeniem. Takie jest stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

No, i tu po raz kolejny kłania się problem ustawy o badaniach klinicznych. To rzeczywiście rozstrzygnęłoby sprawę. A w świetle epidemii, jak pokazuje tutaj jasno pan profesor, jest to także kwestia nowych terapii, które są włączane do ratowania życia.

Dobrze. Szanowni Państwo Senatorowie, przyjdzie nam rozstrzygnąć to w głosowaniu.

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

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)

Jedna osoba wstrzymująca... Dwie, przepraszam bardzo.

Poprawka została przyjęta.

Proszę bardzo, Panie Prezesie, proszę o zgłoszenie po kolei propozycji poprawek, będziemy przejmować i głosować.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, może tak. W takim razie musimy wydrukować to szybciej.

(Głos z sali: Macie to państwo w formie elektronicznej?)

(Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Cisło: Mamy w formie elektronicznej, możemy przesłać.)

Tak, tak. To poprosimy, żeby ktoś to zaraz wydrukował. Będzie za moment.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chodzi pani mecenas o to, żeby mieć to przed oczami. Tak?

(Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Cisło: Okej, jeżeli będę znał... Za chwilę wysyłam.)

Proszę.

**WICEPREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
ANDRZEJ CISŁO**

Dobrze, w każdej chwili służę kopią elektroniczną, wysłaną przez maila.

Pani Przewodnicząca, ja przepraszam, oczywiście tych propozycji poprawek jest 14, tylko że ja ująłem to tak, że to jest jakby 6... Niektóre są do łącznego przegłosowania, ponieważ to jest jakby 6 zagadnień tematycznych.

Pierwszym zagadnieniem tematycznym, jeśli iść po kolei, zgodnie z tekstem ustawy, jest zagadnienie dotyczące tych lekarzy, którzy mieliby otrzymać prawo wykonywania zawodu, a nie pochodzą z krajów Unii Europejskiej. I tutaj są 3 propozycje poprawek, które, logicznie rzecz biorąc, powinny być przegłosowane łącznie. Mianowicie...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Moment, moment, chwileczkę, bo tu jest kłopot, że państwo nie mają tego przed oczami.

(Głos z sali: Szkoda, że wcześniej...)

Moment, wydrukujemy. Momencik, dobrze? Albo prześlemy...

(Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Cisło: Były takie zawirowania... My też mogliśmy...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dobrze, ponieważ czekamy na wydrukowanie i przyniesienie tych poprawek, które są proponowane przez Naczelną Izbę Lekarską... A jest jeszcze poprawka, którą zgłasza pan senator. Może kilka słów tytułem omówienia jej, a później wrócimy do tych poprawek proponowanych przez izbę.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

(Rozmowy na sali)

Ale ja proszę państwa o uwagę jednak.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Dziękuję bardzo.

Ja mam kilka poprawek, ale w związku z tym nie wiem... Niektóre mogą pokrywać się z propozycjami Naczelnej Rady Lekarskiej.

Pierwsza poprawka... Może przekażę pani legislator kopię, bo mam 2 razy skserowane. Pierwsza poprawka dotyczy wprowadzenia listu intencyjnego. Generalnie jest to poprawka, która...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czyli jej nie omawiać, tak? Dobrze, będzie omówiona później.

Druga poprawka dotyczy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia referencyjności. I tutaj w art. 1 w pkt 25, po lit. c, dodaje się lit. ca w brzmieniu: „po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu”... I teraz 3a: „Minister właściwy do spraw zdrowia ustali, w drodze rozporządzenia, zasady wypłacania dodatkowych świadczeń finansowych dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, oddelegowanych do pracy w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia zabezpieczenia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego”. No i chodzi o to, aby ci lekarze, którzy będą oddelegowywani, mieli dodatkowe wynagrodzenie za to, że będą w innym mieście czy będą ponosili koszty. I chodzi o to, aby to było określane przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia.

Następna poprawka. Ona wydłuża urlop szkoleniowy z tytułu nauki do egzaminu specjalizacyjnego, ma na celu ułatwienie rezydentom nauki do egzaminów, zwiększenie ich zdawalności, a co za tym idzie, skuteczniejsze zwiększenie liczby lekarzy specjalistów. Tutaj w art. 1 pkt 40 po lit. b dodaje się lit. c, zmieniającą ust. 2 w art. 16s. Zapis w art. 16s ust. 2 otrzymuje brzmienie: „Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 26 dni na przygotowanie się i przystąpienie do PES. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagrodzenia”. Czyli po prostu chodzi o to, aby lekarz mógł mieć 26 dni urlopu szkoleniowego przed egzaminem specjalizacyjnym. Jak wiadomo, jest to bardzo trudny egzamin i nawet te 26 dni to będzie mało, ale no będzie to jakaś pomoc dla tych lekarzy.

Następna poprawka. Ona dotyczy opłat za przystąpienie do LEW i LDEW za 3 pierwszymi

podejściami. Tu cel jest taki, aby ułatwić otwarcie rynku pracy dla lekarzy z zagranicy. Brzmienie jest następujące: w art. 1 pkt 6, ust. 13 w dodanym art. 6c otrzymuje brzmienie: „W przypadku zgłoszenia do LEW lub LDEW po raz czwarty i kolejny, wnioskodawca wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 6h ust. 1, nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród, z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski»”. Czyli pierwsze 3 podejścia będą bezpłatne wtedy.

Następna poprawka dotyczy zniesienia opłat dotyczących LEK i LDEK w pierwszych 3 podejściach. Dodatkowo wykreśla się opłaty za egzamin w języku obcym. Brzmi ona tak: w art. 1 pkt 12 lit. e, w art. 14a ust. 8 otrzymuje brzmienie: „W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK, o którym mowa w ust. 1, po raz czwarty i kolejny zgłaszający wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości nie większej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród, z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski». Wysokość opłaty określa dyrektor CEM. Opłatę administracyjną pobiera dyrektor CEM i stanowi ona dochód budżetu państwa. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM za pomocą SMK. Opłatę uiszcza się niezwłocznie po dokonaniu zgłoszenia, nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia upływu terminu składania zgłoszeń”. W ten sposób pierwsze 3 przystąpienia do egzaminu będą bezpłatne.

Następnie... Następna poprawka dotyczy zniesienia opłat za przystąpienie do PES w pierwszych trzech podejściach. Opłata następnie zostanie obniżona z 25 do 10% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. I brzmienie jest następujące: w art. 1 pkt 41 lit. a, w art 16t ust. 1 otrzymuje brzmienie: „W przypadku zgłoszenia do PES po raz czwarty i kolejny lekarz ponosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród, z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze

obwieszczenia przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski». Czyli, tak jak mówię, chodzi o zniesienie opłaty za PES w pierwszych 3 podejściach.

Następna poprawka dotyczy obowiązku informacyjnego w przypadku korzystania przez lekarza z tzw. klauzuli sumienia. Obowiązek spoczywa na podmiocie leczniczym, w którym wykonuje zawód lekarz korzystający z uprawnienia opisanego w art. 39 ust. 1. Poprawka ma następujące brzmienie: art. 39 otrzymuje brzmienie... I art. 39 ust. 1: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”. Ust. 2: „W przypadku powstrzymania się przez lekarza od wykonania świadczenia zdrowotnego, o którym mowa w ust. 1, podmiot leczniczy, w ramach działalności którego powstrzymano się od wykonania świadczenia zdrowotnego, jest obowiązany wskazać lekarza lub podmiot wykonujący działalność leczniczą, który zapewni możliwość wykonania tego świadczenia”. Jest to w moim odczuciu poprawka, która posłuży temu, żeby pacjent miał zachowane prawo do informacji. Przerzucanie tego na jakieś instytucje bardziej odległe niż podmiot, który realizuje świadczenia, będzie zapisem już zupełnie teoretycznym.

I ostatnia poprawka. Ta poprawka służy temu, aby przedłużyć staż w przypadku kiedy lekarz nie zda LEK, nie zda egzaminu kończącego pozwalającego mu uzyskać pełne prawo wykonywania zawodu, a skończył staż. Jak wiemy, takich lekarzy jest w Polsce kilkuset, są to lekarze, którzy po ukończeniu stażu, bez zdanego egzaminu, tracą możliwość w ogóle pracy – czekają po prostu na następny egzamin. Właściwie można powiedzieć, że w naszym obecnym systemie są nie wiadomo kim. A mogliby pracować w szpitalu, mogliby mieć po prostu przedłużony staż i mogliby pracować na tej samej zasadzie, na jakiej do tej pory pracują, czyli być lekarzami stażystami, i w ten sposób mogliby pomagać w szpitalu, wykonywać różne proste czynności – chodzi o to, co robią lekarze stażyści do tej pory. Poprawka miałaby następującą

treść: w art. 1 w pktcie 20, w dodawanym art. 15a po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: „Przedłużenie czasu trwania stażu podyplomowego następuje również pod warunkiem, o którym mowa w art. 6g ust. 5, nie dłużej jednak niż do najbliższego terminu egzaminu wyznaczonego w art. 14a ust. 5”. To pozwoli tym kilkuset lekarzom na utrzymanie kontaktu ze szpitalem, na nauczenie się czegoś. I tych kilku miesięcy do następnego egzaminu nie spędzą w domu czy na bezrobociu, tylko będą mieli przedłużony staż. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Senatorze, dużo tych poprawek. rozmawialiśmy o jednej, a jest ich chyba ponad 10. My też ich nie znamy, myślę...

(*Senator Wojciech Konieczny*: Nie, jest ich chyba 8.)

No, prawie 10. I teraz tak: jest kłopot, bo nie zna ich ani ministerstwo, ani nasze biuro. My też ich nie znamy, jak również niestety nie mamy tych propozycji poprawek Naczelnej Izby Lekarskiej.

Propozycja moja jest taka, żebyśmy dali sobie w takim razie czas. Albo przerwiemy teraz posiedzenie i spotkamy się za godzinę czy...

(*Głos z sali*: Nie ma sali.)

Nie ma sali... Ja wiem, że nie ma sali, no ale coś musimy zrobić.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Głos z sali*: W debacie można by było...)

No, ale jest... No ale jak w debacie?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

No właśnie. No i będziemy się spotykać jeszcze raz. No więc może lepiej spotkać się teraz, wcześniej, i przegłosować, a już w debacie...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Pani Mecenase, ja wiem, że jest kłopot, ale chcę go jakoś rozwiązać. Skoro przyplętnęło tyle poprawek, to moim obowiązkiem jest poddać je pod głosowanie. A więc pytanie jest takie: czy robimy w tej chwili godzinę przerwy, zapoznajemy się z poprawkami, szukamy sali... Albo spotykamy się jutro rano. Albo jeszcze dzisiaj wieczorem możemy się spotkać. Jak jest z salami? Czy wieczorem coś będzie?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Pani Asiu, Pani Beato, ja wiem, że jest kłopot z salami, ale może spróbujmy czegoś poszukać.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze, to robimy w ten sposób: na ten moment przerywam posiedzenie komisji. Proszę o wydrukowanie poprawek, zarówno tych, które zostały zaproponowane przez izbę, jak również tych zgłoszonych przez pana senatora, i dostarczenie ich państwu. I poszukamy sali na jeszcze dzisiaj, na godziny wieczorne, żebyśmy to dzisiaj zakończyli – obojętne, czy to będzie tutaj, na terenie Senatu, czy może w Sejmie jakąś salę znajdziemy. I dokończymy głosowanie nad poprawkami.

Przerywam posiedzenie komisji.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Spróbujemy zrobić tak, żeby komisja była na godzinę 17.00. Dobrze?

(Głos z sali: Dobra.)

17.00. I spróbujemy szukać sali.

(Przerwa w obradach)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Możemy rozpocząć.

Kontynuujemy posiedzenie.

Mam nadzieję, że wszyscy już zapoznali się z tymi poprawkami, które zostały zaproponowane przez Naczelną Izbę Lekarską i które przejęłam – mówię to, żeby było to w protokole i żeby było wiadomo, że możemy nad nimi głosować – jak również z poprawkami pana senatora Koniecznego. Rozumiem, że stanowisko Ministerstwa Zdrowia i Biura Legislacyjnego wobec tych poprawek, po kolei, będzie prezentowane.

Zacniemy może od poprawek zaproponowanych przez Naczelną Izbę Lekarską. Poprawki nr 1–3, które państwo macie przed oczami, należy rozpatrywać łącznie. Dotyczą one dokumentu prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry. Dodaje się brzmienie... Jest to wpisanie adnotacji wskazującej odpowiednio zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia.

Proszę bardzo, chciałabym usłyszeć opinię pani minister.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Negatywne stanowisko ministra zdrowia.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Biuro?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Państwo nic się nie... Okej.

W takim razie poddaję tę poprawkę pod głosowanie. Może jeszcze ją przeczytam, tak? Chciał pan wtedy czytać uzasadnienie, a więc ja skupię się tylko na głosowaniu.

Kto z senatorów jest za przyjęciem...

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Danuta Drypa: Przepraszam, chciałabym tylko dodać, że są to 3 poprawki, które należy przegłosować łącznie.)

Tak, ja powiedziałam to na początku...

(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Danuta Drypa: A, przepraszam.)

Tak, powiedziałam, że będziemy głosować nad nimi łącznie. A więc głosujemy nad poprawkami nr 1–3.

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

Kto jest przeciw? (1)

Wstrzymujących się nie ma.

Poprawki zostały przyjęte.

Następnie mamy poprawki nr 4, 5, 6, 7, 8 i 9. I tutaj po rozmowie z Biurem Legislacyjnym... Również przegłosujemy je łącznie, tak?

**GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
DANUTA DRYPA**

Tak, te poprawka należy przegłosować łącznie. Chciałabym jeszcze dodać, że one są tożsame z jedną z poprawek zgłoszonych przez pana senatora Koniecznego.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Tak jest. Konsumuje się tutaj jedna z poprawek pana senatora.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo.

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

Dziękuję bardzo.

Ona się konsumuje, tylko w poprawce pana senatora brakowało konsekwencji w art. 27, która jest w projekcie poprawek przejętych przez panią.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Tak, ale co do zasady, co do tematu, to jest to tożsame, tylko zapisy są zdecydowanie inne.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawek nr 4–9? (4)

Kto jest przeciw? (1)

Dziękuję bardzo. Poprawki zostały przyjęte.

Poprawka nr 10.

Stanowisko ministerstwa?

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Negatywne.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Głosujemy.

Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki nr 10? (4)

Kto jest przeciw? (1)

Dziękuję.

Poprawka nr 11. To jest też poprawka, która jest podobna do poprawki, jaką zgłosił pan senator Wojciech Konieczny. Różnica jest w liczbie dni. Izba proponuje urlop szkoleniowy w wymiarze 25 dni, a pan senator proponował 26 dni. Ponieważ ta poprawka została przejęta przez nas, my również toczyliśmy dyskusję na temat tego, jak długi okres byłby ewentualnie pewnym wypośredkowaniem oczekiwań lekarzy, ale także możliwości dyrektorów – ponieważ wiadomo, że ten urlop jest urlopem płatnym. I biorąc pod uwagę i jedną, i drugą stronę, zgodnie doszliśmy

do wniosku, że dokonamy tu autopoprawki: proponujemy urlop 14-dniowy.

Pani Minister?

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Nie możemy tego zaakceptować. Proponujemy pozostawienie 6 dni.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ale to i tak przecież są urlopy, za które dyrektorzy będą musieli zapłacić.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Nie, te środki są wypłacane z budżetu państwa, ponieważ rezydentura jest finansowana z budżetu państwa i jest to w ramach tych środków...

(*Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: Ale specjalizacje poza... nie w ramach rezydentury, ale pozarezydenturckie...)*

No ale rozumiem, że ten zapis będzie dotyczył urlopów zarówno w trybie rezydenturckim, jak i pozarezydenturckim...

(*Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Tak.*)

No właśnie. A więc zrodzą się koszty po stronie budżetu państwa.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

No dobrze, rozumiem że ministerstwo nie chce na żaden kompromis pójść. A myśmy się tutaj w jakiś sposób porozumieli i proponujemy 14 dni.

Kto z państwa jest w takim razie...

Proszę bardzo, biuro.

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
DANUTA DRYPA

Pani Senator, ponieważ pan senator nie wycofał jeszcze swojej poprawki, to poprawka pana

senatora jest dalej idąca, a więc ona powinna być przegłosowana jako pierwsza.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

A czy jak ją wycofam, to nie będziemy musieli nad nią głosować?

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Danuta Drypa: Nie.*)

To wycofuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze, dziękuję bardzo.

W takim razie głosujemy nad poprawką w brzmieniu: „Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 14 dni na przygotowanie się i przystąpienie do PES”.

Kto z państwa jest za? (4)

Kto jest przeciw? (1)

Dziękuję bardzo.

Poprawka uzyskała poparcie.

Zmiana nr 12, poprawka nr 12. Dotyczy art. 53. Rozumiem, że to jest ta kwestia, która została omówiona przez pana prezesa, dotycząca stomatologów.

Pani Minister?

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Negatywna opinia.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo.

**WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ
ANDRZEJ CISŁO**

Ja chciałbym tylko zwrócić uwagę – przepraszam, Andrzej Cisło, Naczelna Rada Lekarska – że art. 53 w obecnym brzmieniu, zarówno przed nowelizacją, jak i w brzmieniu, które

byłoby zgodne z ustawą, z nowelizacją przyjętą przez Sejm, jest niezgodny z art. 18 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej oraz jest wewnętrznie niespójny. W ostatnim ustępie tego artykułu... Bo zmiana, którą zaproponował rząd, jest zmianą porządkującą, w związku z tym, że szkolenie w zakresie umiejętności wypadło, już nie jest szkoleniem państwowym. I dlatego w ust. 2 wykreślono, że praktyka może przyjmując lekarza na szkolenie z zakresu umiejętności. A nasza propozycja idzie głębiej, tzn. chodzi o to, żeby wysanować ten artykuł, ponieważ w obecnym brzmieniu ust. 4 są wykluczenia i jest on po prostu niespójny z ust. 1, a poza tym np. wyklucza grupową praktykę lekarską z możliwości zatrudnienia osób do świadczenia świadczeń pomocniczych. A więc on jest sam w sobie... Jeszcze zanim myśmy zgłosili cokolwiek, on już sam w sobie był do sanacji. A konsekwencją tego... To znaczy właściwie tak, ustawa o działalności... Nawet w przypadku przypadnięcia tej poprawki ustawa o działalności leczniczej w art. 18 ust. 7 powinna ulec zmianie, dlatego że ten artykuł zakłada, że w przypadku grupowej praktyki lekarskiej świadczeń mogą udzielać tylko i wyłącznie wspólnicy, z kolei art. 53 nawet w obecnym brzmieniu uznaje, iż można zatrudnić stażystę, rezydenta, lub świadczeń zdrowotnych może udzielać higienistka. A więc są tu niekonsekwencje. Ale art. 53 powinien... Prosimy państwa o przychyłność w kwestii tego artykułu, dlatego że to jest jedyna możliwość, by praktyka przestała być jakimś reliktem epoki i mogła starać się nawiązać jakby równorzędną trochę walkę na rynku, konkurencję z podmiotami leczniczymi. A sam fakt, że lekarz nie ma możliwości dać zastępstwa w razie swojej choroby, rehabilitacji, rekonwalescencji, jest po prostu... To jest sytuacja, w której trudno w ogóle mówić o jakichś współczesnych warunkach prowadzenia działalności leczniczej.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo za to wyjaśnienie.

Ja jeszcze tylko chciałabym nadmienić, że ta poprawka powinna być rozpatrywana łącznie z poprawką nr 14 – tak? Do biura tu się zwracam.

Pani minister podtrzymuje...? Proszę bardzo.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Tak, ja oczywiście podtrzymuję opinię. Myśmy na ten temat dyskutowali już wielokrotnie. Ten postulat, który pan prezes w tej chwili zgłasza, dotyczy właściwie tylko i wyłącznie stomatologów – bo z innych środowisk nie mieliśmy tego typu informacji. Poza tym chcę poinformować państwa, że ta formuła indywidualnej praktyki i wszystkie regulacje z tym związane dotyczą również innych zawodów medycznych – pielęgniarek, fizjoterapeutów... Myśmy rozmawiali na ten temat i mówiliśmy, że przyjrzymy się szczegółowo tym zapisom. I jeżeli już będziemy chcieli wprowadzić zmiany, to będziemy musieli wprowadzić je do ustawy o działalności leczniczej, gdzie będziemy regulować te kwestie też w stosunku do pozostałych zawodów medycznych.

(Główny Specjalista w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Michel Ryba: Jest jeszcze...)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo.

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

Szanowni Państwo, jest jeszcze kwestia, która tutaj nie wybrzmiała, mianowicie kwestia ewentualnej nowelizacji kodeksu spółek handlowych, gdzie jest opisana spółka partnerska. Tam są opisane zasady udzielania... Bo tu powstaje kwestia spółki partnerskiej, dlatego że w przypadku grupowej praktyki mamy do czynienia głównie ze spółką partnerską. I samorząd zawodowy dokładnie wie, bo mieliśmy spotkania w tym zakresie, że musimy to omówić również z innymi samorządami – nie tylko medycznymi, ale też z samorządami innych zawodów, w których spółka partnerska występuje, czyli adwokatów, radców prawnych – i z Ministerstwem Sprawiedliwości. Te sprawy w przypadku ewentualnych

prac dotyczących działalności leczniczej – bo to jest temat bardziej związany z działalnością leczniczą i tamtym segmentem – zostaną uregulowane kompleksowo, we wszystkich zawodach medycznych oraz innych zawodach, w których praktyki występują. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ja to rozumiem, tylko skoro państwo tak długo negocjowaliście, to szkoda, że nie doszło tutaj także do pewnego kompromisu. Być może jeżeli teraz przegłosujemy tę poprawkę, to będzie to akurat dobry przyczynek do tego, żeby z innymi środowiskami też to przenegocjować i jednak to zmienić, skoro to środowisku tak bardzo na tym zależy. Wydaje mi się, że wszelkie zmiany w ustawach są m.in. po to, żeby sytuację poprawiać.

(Głos z sali: Ale tu debatujemy nad ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę.

WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ
ANDRZEJ CISŁO

Chcę tylko wyjaśnić, że z argumentacji pani dyrektor przedstawionej na posiedzeniu komisji Sejmu w trakcie drugiego czytania wniosujemy, że tu chodzi o sytuację, w której jeden partner prowadzący praktykę grupową zatrudniłby innego lekarza, a drugi partner miałby z tego tytułu ponosić odpowiedzialność. W każdym razie w tej chwili spółka partnerska, która prowadziłaby grupową praktykę lekarską, też może zatrudniać, tylko że może zatrudniać stażystów bądź rezydentów, natomiast... W związku z tym dla samego faktu zatrudnienia nie ma znaczenia... Bo rezydent też może wywołać szkodę, stażysta też może wywołać szkodę. I pod tym względem nic się nie różnicuje. Po prostu w tej chwili praktyka grupowa prowadzona w formie spółki partnerskiej również może zatrudniać. A więc tutaj taka jakby... No, nie bardzo rozumiemy, dlaczego akurat tu jest ta płaszczyzna sporu.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę.

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

Ale w mojej ocenie praca pod nadzorem, czyli praca czy to stażysty, czy rezydenta, różni się od pracy lekarza, który wykonuje zawód samodzielnie. I to jest dosyć istotna różnica. Kwestia odpowiedzialności osoby nadzorującej rezydenta bądź nadzorującej stażystę jest wpisana w ustawach, z kolei o tym, by lekarz odpowiadał za drugiego lekarza, to... O czymś takim nie sły-
szałem. Dziękuję.

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Lekarz zatrudnia lekarza – nie słyszał pan o tym?)

Nie, nie, to o tym, że odpowiedzialność po-
nosi...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

A przerwy... Jeżeli nastąpią przerwy w pracy, to... Zgodnie z ustawą o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca ma prawo zgłosić do NFZ przerwę w wykonywaniu świadczeń i w tym momencie nie ponosi z tego tytułu żadnych, że tak powiem, skutków.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dobrze, myślę, że wszystkie argumenty zo-
stały tutaj położone na stole.

Przystępujemy do głosowania.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki, łącznie z poprawką nr 14, nad którymi trzeba głosować łącznie?

Kto z państwa jest za? (4)

Kto jest przeciw? (0)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

I 1 wstrzymanie się. Dziękuję bardzo.

I poprawka nr 13, dotycząca rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej...

Nie, przepraszam pani minister najpierw.

(Główny Specjalista w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Michel Ryba: Jeżeli można, pani przewodnicząca...)

Proszę bardzo.

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

Szanowni Państwo, w tej poprawce proponuje się, aby zakończona sukcesem mediacja pomiędzy stronami – tu są wskazane strony, a tak naprawdę w postępowaniu dyscyplinarnym nie ma stricte stron, bo jest rzecznik i jest obwiniony albo ktoś, to będzie tym obwinionym – mogła kończyć się umorzeniem postępowania. Naszym zdaniem nie powinniśmy iść w tym kierunku. W postępowaniach dyscyplinarnych... Ideą postępowania dyscyplinarnego jest ocena czynu i to, czy naruszono tu zasady zachowania lekarza, a nie to, czy lekarz później dogadał się w ugodzie z pokrzywdzonym.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko: Tu są mediacje i to jest...)

No tak, i tutaj jest mediacja, wprowadzona jest taka możliwość, ale to jest odrębne... W prawie karnym mediacja ma wpływ tylko na wysokość kary na etapie osądzania czynu, a nie na etapie tego, czy w ogóle postawić lekarzowi zarzut w postępowaniu wyjaśniającym, czy umorzyć postępowanie. A w tym ujęciu ucieka nam sam ten czyn... Tak więc naszym zdaniem w postępowaniach dyscyplinarnych nie należy iść w tym kierunku, niestety.

(Członek Zespołu Radów Prawnych przy Naczelnej Izbie Lekarskiej Wojciech Idaszak: Można?)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę.

CZŁONEK ZESPOŁU RADÓW PRAWNYCH
PRZY NACZELNEJ IZBIE LEKARSKIEJ
WOJCIECH IDASZAK

Wojciech Idaszak, Naczelna Izba Lekarska.

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Pani Minister, Panie i Panowie Senatorowie, my nie do końca zgadzamy się ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia. Instytucja mediacji jest już wpisana w ustawie o izbach lekarskich i właśnie jest jakby zaczepiona przy postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Propozycja zmiany przepisów dotyczących tak mediacji, jak i postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, wynika z tego, że w obecnym kształcie mediacja nie przekłada się w realny sposób, w praktyce działalności organów odpowiedzialności zawodowej na przebieg takich spraw, to znaczy nie ma realnej zachęty, która skłaniałaby ewentualne osoby do tego, żeby podjęły próbę takiej mediacji. Ten interes, o którym mówił tu pan mecenas, interes publiczny – który ma być zabezpieczony, żeby lekarz w jakiś sposób nie dogadał się z pacjentem i nie uniknął odpowiedzialności – jest w tej propozycji zabezpieczony w ten sposób, że taka ugoda, jeżeliby do niej doszło, nie będzie skutkowałą automatycznie umorzeniem postępowania. To za każdym razem będzie decyzja rzecznika na etapie postępowania wyjaśniającego bądź decyzja sądu, jeżeli do tej ugody dojdzie na etapie sprawy sądowej. I to te 2 organy, powołane przecież ustawą do tego, żeby sprawować pieczę nad należytych wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry, będą oceniać, czy do pogodzenia z interesem publicznym, na którego straży stoją, będzie umorzenie postępowania z uwagi na to, że doszło do ugody pomiędzy stronami, czy ta istotna okoliczność powinna być brana pod uwagę, czy może jednak nie powinna przesądzać o zakończeniu postępowania. Czyli np. rzecznik dochodzi do wniosku, że w jego przekonaniu czyn popełniony przez lekarza jest na tyle doniosły i ma takie konsekwencje, że sprawą powinien się jednak zająć sąd lekarski, i skieruje tę sprawę do sądu z wnioskiem o ukaranie, a sąd lekarski zapewne będzie okoliczność, że doszło do ugody, brał pod uwagę, chociażby przy wymiarze kary, jeżeli dojdzie do wniosku, że rzeczywiście doszło do przewinienia zawodowego i jest potrzeba ukarania lekarza. A więc ta przedstawiona propozycja opiera się na zaufaniu do instytucji powołanych do tego, aby stać na straży należytego wykonywania zawodu, czyli chodzi o sąd i rzecznika. Przecież to sąd w ostatecznym rozrachunku decyduje, czy lekarz popełnił przewinienie zawodowe, a jeżeli tak, to jaka kara jest do tego

odpowiednia. W związku z tym w tej propozycji scedowuje się możliwość umorzenia postępowania na te organy, ale nie przesądza się, że jest to automatyczne, jeżeli do takiej ugody dojdzie. W naszej ocenie to rozwiązanie pozwoli w szerszym zakresie, niż to jest obecnie, skorzystać z narzędzia mediacyjnego – które jest narzędziem potrzebnym. Było ono wprowadzane tak w postępowaniach karnych, jak i w cywilnych, i służy ono temu, aby obie strony, które mają sprzeczne stanowiska, wyszły czy to z sądu, czy z innego organu, samorządu lekarskiego, w jakimś stopniu pogodzone ze sobą, a nie tak, jak to bywa w sądach, czyli – jak to się żartobliwie, przepraszam mówią – że zawsze ktoś jest zadowolony, a ktoś inny niezadowolony. Mediacja ma sprawić, że te stanowiska będą niejako bliżej siebie. I taki jest sens tej propozycji. Dziękuję.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Ja chciałabym powiedzieć... Bo z wypowiedzi pana... Przepraszam, już może tutaj...

Ja pracowałam w samorządzie lekarskim, byłam członkiem sądu lekarskiego. I zrozumiałam pana wypowiedź tak, jakoby w tym sądzie lekarskim było tak, że przychodzi poszkodowany, jest też lekarz, wobec którego toczy się postępowanie dyscyplinarne, oni się dogadują i to jest złe. Tak zrozumiałam pana wypowiedź. No, przepraszam, sąd lekarski ma swoje kompetencje, ma rzecznika odpowiedzialności zawodowej... To nie jest tak, że te wszystkie sprawy są umarzane, że koledzy się dogadują – a tak to zrozumiałam, w ten sposób. Jest też tak, że sprawy są kierowane potem do postępowania w sądzie, już według kodeksu karnego czy kodeksu cywilnego. Mediacja jest takim narzędziem, które, tak jak pan mecenas powiedział, służy temu, żeby te strony się pogodziły, a nie żeby eskalować ten konflikt, czy może żeby one się przybliżyły czy zrozumiały... Bo to jest bardzo delikatna materia i to jest... I zawsze trzeba tu zrozumieć pacjenta, to, z czym on przychodzi. Uważam, że zwłaszcza teraz, kiedy sądy są tak bardzo przeciążone, sąd lekarski odgrywa dużą rolę w rozwiązywaniu tego typu konfliktów. Dlatego bym prosiła, żeby nie używać takich określeń, że tam się ktoś „dogada”, bo tak naprawdę nie jest. Dobrze? Dziękuję.

(Główny Specjalista w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Michel Ryba: Mogę coś szybko...?)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo.

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

Ja ani razu nie użyłem słowa „dogada”, ani razu, więc nie wiem, dlaczego pani senator wkłada mi w usta...

(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: Mówił pan, słyszeliśmy...)

Nie, chodziło to, że w mediacji chodzi o to, żeby się dogadać, żeby strony się dogadały. Ja też jestem przewodniczącym komisji dyscyplinarnej, od 8 lat, i mediatorem od 2 lat i... Ja zupełnie nie o tym mówię. Ja mówię o tym, że czymś innym jest mediacja, w której chodzi o to, by strony nie szły do sądu powszechnego, żeby lekarz i pacjent nie wchodzili w koszty w sądach powszechnych, ale żeby dogadali się na etapie cywilnym, w mediacji – i to jest bardzo słuszny kierunek... Ale jeżeli podstawą umorzenia postępowania będzie dogadanie się w ramach mediacji dwóch stron, czyli to, że pokrzywdzony... że strony naprawią szkody cywilne wobec siebie, to umknie tu czy może jest takie zagrożenie, że umknie to, co jest celem postępowania dyscyplinarnego zgodnie z każdą ustawą dyscyplinarną – bo takie przepisy dotyczące odpowiedzialności zawodowej są w przypadku wszystkich zawodów. Czyli członkowie podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. A tymczasem a postępowanie wyjaśniające nie skupia się na tym, czy komuś stała się krzywda lub szkoda, tylko na tym, czy popełniono przewinienie – to jest celem postępowania wyjaśniającego.

Dam inny przykład, przekładając to na procedurę karną: to jest mniej więcej tak, jak gdyby prokurator wiedział, że sprawca naprawił szkodę, zanim on postawił mu akt oskarżenia,

a w związku z tym on żąda nie bezwzględnej kary roku pozbawienia wolności, tylko kary w zawieszeniu – prawda? To na tym polega. A sąd, w tym wypadku lekarski, gdy rzecznik będzie żądał kary z punktu drugiego, upomnienia, da naganę albo odwrotnie, zmniejszy karę, bo doszło do dogadania się w ramach ugody. O to chodzi. A w samym postępowaniu wyjaśniającym... I to nie powinno być przedmiotem umorzenia. A więc to tyle, jeżeli chodzi o zasady tego postępowania. Ja tak je widzę, pani minister podziela to stanowisko, bo też rozmawialiśmy na ten temat...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ja rozumiem, że potrzeba nam mediatora tutaj.

(Główny Specjalista w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Michel Ryba: Ale mediacje są...)

Ale tu, przy tej poprawce.

Proszę bardzo.

WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ
ANDRZEJ CISŁO

Jedno zdanie. Andrzej Cisło.

Pani Przewodnicząca, Pani Minister, Szanowni Państwo, stanowisko pana mecenasa jest słuszne w pewnym zakresie, tzn. kiedy mamy do czynienia z rażącym czynem, z rażącym naruszeniem, z rażącym przewinieniem. Wtedy rzeczywiście... Ale wtedy jest tak, jak mówi pan mecenas: rzecznik nigdy nie wystąpi o mediację, jeśli będzie miał na stole sprawę, która skończyła się ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu albo śmiercią. I jeżeli nie będzie widział ku temu potrzeb. Ale w większości spraw, w decydowanej większości spraw zgłoszenia są na tle pewnego problemu zdrowotnego pacjenta, który to problem zostaje niezalutowany. A dla lekarza już samo stanięcie przed... bycie w trakcie postępowania wyjaśniającego jest już wystarczającym dyskomfortem, tak że będzie on dążył do tego, żeby być może załatwić problem zdrowotny pacjenta – na czym pacjent ewidentnie skorzysta – a interes, że tak powiem, wymiaru

sprawiedliwości czy interes publiczny nie będzie temu przeciwny. Do tego być może bez tej mediacji sytuacja byłaby taka, że rzecznik umorzyłby sprawę i nie obwinilby lekarza, ale pacjent zostałby z niezalutwionym problemem zdrowotnym. Czyli być może to rozwiązanie będzie dla pacjentów nawet dużo bardziej korzystne, dlatego że mamy bardzo duże spectrum spraw nieoczywistych, takich, w których nie możemy tak naprawdę złapać lekarza za rękę... I wówczas, praktycznie rzecz biorąc, rzecznik jest w takiej sytuacji, że to postępowanie umorzy. A jeśli na tym wcześniejszym etapie odbywałaby się mediacja, to efekt byłby taki sam, ale strony miałyby go szybciej, z mniejszymi stratami psychicznymi, a do tego jeszcze być może problem zdrowotny pacjenta byłby zalutwiony. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze. Dziękuję bardzo.
Przechodzimy do głosowania.
Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki? (4)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (1)
Jedna osoba się wstrzymała.
Poprawka została przyjęta.
Głosujemy nad całością, ustawą wraz... Tak? (Głos z sali: Jeszcze...)
A, przepraszam, jeszcze poprawki pana senatora. Bardzo przepraszam, Panie Senatorze. (Wypowiedzi w tle nagrania)
Tylko że ja nie mam tych poprawek.
Możecie mi je dać? Bo ja nie mam... Mogę dostać jeden komplet?
(Głos z sali: Jeden komplet dla pani senator.)
(Wypowiedź poza mikrofonem)
Panie Senatorze, pan podtrzymuje je, tak?

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Tak... To znaczy... Już wyjaśniam. Tutaj, w materiale, mamy 9 poprawek, z których poprawka czwarta już była przegłosowana, ponieważ była również poprawką proponowaną przez Naczelną Izbę Lekarską czy Naczelną Radę Lekarską. Piątą wycofuję, dlatego że jest ona

tożsama z szóstą, a szósta jest po prostu lepiej opisana, lepiej oddaje wydźwięk merytoryczny. I siódma... Również już głosowaliśmy nad tymi 14 dniami zamiast 26. Tak że w praktyce nad 3 poprawkami nie będzie trzeba głosować, zostaje więc 6 poprawek z tego materiału, który państwo macie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czyli czwarta, piąta i siódma nie wymaga już procedowania.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Przystępujemy w takim razie do procedowania nad tymi poprawkami.

Poprawka nr 1. Proszę bardzo, Pani Minister. Opłaty egzaminacyjnej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Nie, nie, to jest... Może trzeba przekazać to, co ja mam.

(Głos z sali: Piątka rzymska, według tej numeracji... Tak, przepraszam, bo to...)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale gdzie tu jest piątka rzymska?

(Głos z sali: Nie, nie, nie, to są te wcześniejsze, pojedyncze.)

(Senator Wojciech Konieczny: Państwo po prostu nie dostali tego zbiorczo. Chyba...)

Pierwsza poprawka dotyczy art. 1 pkt 6 i wnoszenia opłaty egzaminacyjnej dotyczącej LEW i LDEW.

(Głos z sali: I odpłatności?)

Odpłatności egzaminacyjnej, tak.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Chodzi, krótko mówiąc, o to, żeby pierwsze 3 razy były niepłatne.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Jak państwo wiecie, ten egzamin dotyczy lekarzy spoza Unii Europejskiej, których zatrudnienie też, między innymi, budzi tyle kontrowersji. Wyszliśmy z takiego założenia: dlaczego mamy finansować kolejne egzaminy dla tych osób, które nie złożyły z wynikiem pozytywnym za pierwszym razem... A więc dlatego opinia jest negatywna.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dobrze, przystępujemy do głosowania nad tą poprawką. Tutaj będziemy...

Kto jest za jej przyjęciem? (1)

Kto jest przeciw? (4)

Czyli tutaj popieramy stanowisko pani minister.

Poprawka nr 2, do art. 1 pkt 13 – dotyczy LEK i LDEK. Po raz czwarty i kolejny...

(Głos z sali: Szóstka, szóstka rzymska.)

Szóstka rzymska, tak.

Prosimy o opinię.

(Rozmowy na sali)

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

A więc dajemy...

(Główny Specjalista w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Michel Ryba: Ale w ustawie...)

Dwa.

(Główny Specjalista w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Michel Ryba: Że płatny jest drugi.)

Drugi jest płatny. Tutaj... Każdy angielski... Bo to dotyczy tutaj też studentów, którzy ukończą uczelnię w języku angielskim, w języku obcym.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. I już...

(Głos z sali: Oni płacą za każdy raz normalnie. Są tacy, którzy wyjadą...)

Tak.

(Główny Specjalista w Departamencie Prawnym w Ministerstwie Zdrowia Michel Ryba: A Polacy za pierwszy nie płacą.)

A Polacy za pierwszy. Czyli drugi jest już płatny, pierwszy jest bezpłatny.

(Głos z sali: A dla tych, którzy przyjechali...)

A dla obcokrajowców wszystkie. No bo dlaczego mamy finansować z budżetu naszego kraju egzaminy dla obcokrajowców?

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Poddaję pod głosowanie tę poprawkę.

Kto jest za jej przyjęciem? (1)

Kto jest przeciw? (4)

Dziękuję.

Poprawka nie uzyskała poparcia.

Poprawka nr 3, do art. 1 pkt 20. Przedłużenie czasu trwania stażu podyplomowego.

(Głos z sali: Dziesiątka rzymska.)

Dziesiątka rzymska, jak pani mi tu podpowiada.

Bardzo proszę o opinię.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Rozumiem, że tutaj państwo wnosicie czy autor poprawki wnosi o przedłużenie stażu podyplomowego w momencie, kiedy nie zostanie zaliczony Lekarski Egzamin Końcowy. Tak? W tej nowelizacji, w tej ustawie wprowadzamy taką dodatkową możliwość, bo już po zakończeniu 5-letniego cyklu kształcenia lekarz, student – w tym momencie już lekarz czy może jednak jeszcze student – ma możliwość złożenia wniosku o egzamin. Czyli w trakcie stażu 2 razy i jeszcze dodatkowo po zakończeniu ma... A więc praktycznie ma możliwość podchodzenia do egzaminu 4 razy, zanim skończy staż. Dlatego nie widzimy potrzeby, żeby wydłużać ten staż.

(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: A jakby nie zdał? Żeby był przydatny w szpitalu...)

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

To dotyczy w skali kraju kilkuset lekarzy, którzy teraz nie pracują, a mogliby pracować. Jeżeli mamy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, nie ma, bo nie skończył... Nie można go zatrudnić, a nie ma prawa... On był zatrudniony na stażu, skończył mu się staż i on nie ma prawa wykonywania zawodu, bo nie zdał LEK, nie zdał Lekarskiego Egzaminu Końcowego.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

No, Szanowni Państwo, dlatego dajemy mu możliwość kilkakrotnego zdawania tego LEK. No, już są 4 szanse w ciągu tego cyklu kształcenia, w ciągu 2 lat. I to chyba powinno być kryterium, które decyduje o tym, czy ten lekarz w końcu nadaje się do zawodu, czy nie. A więc proponujemy jednak nie wydłużać tego...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Przechodzimy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki nr 3? (1)

Kto jest przeciw? (4)

Dziękuję bardzo.

Poprawka nr 4 została przyjęta, nr 5 i 6 zostały wycofane... Tak?

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Nie, nie, piąta jest przekształcona w szóstą. Może ja ją odczytam, bo panie legislatorce zmieniły tekst. Chodzi tutaj o lekarzy, którzy są oddelegowywani do pracy w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia. I chodzi o to, że lekarze, którzy są finansowani wg obecnej nowelizacji, jako rezydenci, mają... Ta sprawa jest rozstrzygnięta poprzez rozwiązanie z kwotą, która jest zapisana w ustawie. Ale tu chodzi o innych lekarzy, pracujących na umowę o pracę, i o to, aby – krótko mówiąc – ich również ten dodatek obejmował, jeżeli ich też szpital oddeleguje do pracy. Treść mogę odczytać, bo treść się trochę zmieniła.

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Nie, nie.)

No, jest krótko.

(Głos z sali: Ale jakich lekarzy...)

No, w tej chwili jest tak, że lekarz, który robi specjalizację w klinice, nie waha prochu, mówiąc krótko, bo nie jest na SOR. On siedzi sobie w ciepłarnianych warunkach – oczywiście trochę tu żartuję – jako ósmy lekarz jakby w kolce do pacjenta. A chcemy – taka jest intencja ministerstwa – aby on również popracował trochę na SOR czy aby popracował w szpitalu powiatowym. I za to należy mu się wynagrodzenie. O ile to jest rozstrzygnięte...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak, ponieważ musi wyjechać, założmy, z danego powiatu i musi pracować w innym szpitalu. I o ile w przypadku rezydentów ministerstwo wzięło na siebie finansowanie, o tyle lekarz zatrudniony na umowę o pracę nie ma tego wpisanego. A więc tacy lekarze będą wysyłani do jakichś innych szpitali i nie będą dostawali z tego powodu żadnej gratyfikacji, jeżeli nie wprowadzimy tej poprawki.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Rozumiem.

Pani Minister, proszę o opinię.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

A więc, żeby to usystematyzować, powiem tak: aktualnie rezydenci, czyli ci lekarze, którzy są w procesie kształcenia podyplomowego i specjalizacja jest finansowana z budżetu państwa... Te regulacje ich dotyczą, czyli przy przypadku oddelegowania na staż do szpitala pierwszego czy drugiego poziomu swoje wynagrodzenie zachowują, jest wynagrodzenie plus jeszcze dodatek, ryczałt na dojazdy, czyli 16% najniższego wynagrodzenia itd. Ale rozumiem, że ta poprawka dotyczy lekarzy, którzy specjalizują się w trybie pozarezydenckim. I w tym momencie te miejsca rezydenckie nie są finansowane z budżetu państwa, one są... Lekarz robi specjalizację na podstawie umowy, czyli realizuje to na podstawie umowy z podmiotem leczniczym, w związku z tym to podmiot leczniczy go zatrudnia i te relacje ewentualnie powinny być uregulowane

na tym poziomie, tak jak to jest regulowane w przypadku każdego innego pracownika, który jest zatrudniony w tym podmiocie leczniczym. Ja rozumiem, że jeżeli podmiot zatrudnia daną osobę w trybie pozarezydenckim na specjalizacji, to wiąże też jakąś nadzieję na przyszłość, na to, że ta osoba będzie pracowała w tym zespole. W związku z tym, jak myślę, poniesienie tego kosztu na taki kilkumiesięczny staż, na przeniesienie się lekarza do szpitala oddalonego o np. 10, 15 czy 20 km, nie będzie dla tego szpitala aż tak dużą stratą.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Taki lekarz jest zatrudniony normalnie na zasadach kodeksu pracy, więc najpierw na 3-miesięczny okres próbny...

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

...potem ma umowę na czas określony, potem na czas nieokreślony. Nie zatrudnia się lekarza od razu na czas nieokreślony. Podpisuje się mu to, że daje się zgodę na specjalizację, ale on jest zatrudniony na zasadach kodeksu pracy. W kodeksie pracy są określone obowiązki pracodawcy, ale nie jest tam bynajmniej zapisane, że pracodawca ma w ten sposób finansować... A więc teraz będzie nierówność lekarzy, tzn. lekarz rezydent będzie w lepszej sytuacji niż lekarz nierezydent.

(Głos z sali: Ale wiąże...)

No, teraz... Czy to wiąże? Może wiąże, ale to nie jest żaden cyrograf, on może... Po zakończeniu specjalizacji ma 3-miesięczny okres na rozwiązanie umowy o pracę – bo to jest umowa o pracę – i może ją rozwiązać. I często lekarze tak robią. A więc uważam, że jeżeli nie przyjmujemy tej poprawki, to teraz będzie nierówne traktowanie lekarzy, po prostu faworyzowanie rezydentów.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Ja bym chciała to uściślić, Panie Senatorze. Mówimy o rezydentach, którzy realizują program specjalizacji finansowany ze środków ministra zdrowia – i oni rzeczywiście mają

zapewnione ustawą pewne gratyfikacje, za dojazd itd. – i mówimy o tych, którzy się specjalizują w ramach etatu. Tak?

(Senator Wojciech Konieczny: Tak.)

Nie mówimy o specjalistach, którzy są gdzieś delegowani. Czyli w tym wypadku realizuje się program specjalizacji, który zakłada odpowiednią ilość staży, godzin, które można odbyć w jednostkach akredytowanych. I tę akredytację trzeba po prostu zdobyć. Nie wiem, czemu pan senator tu ciągle mówi o tym SOR. Np. ja mam w pracy, w moim szpitalu, 23 stażystów i 9 rezydentów i oni wszyscy realizują program specjalizacji zgodnie z harmonogramem, który my jako kierownicy – którzy nie są gratyfikowani – im opracowujemy. Dlatego nie wiem, gdzie jest problem, i przyznam się szczerze, że tak z praktycznego punktu widzenia nie rozumiem tej poprawki.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

To znaczy gdyby... Już tłumaczę. Gdyby nie było tej poprawki, tej zmiany dotyczącej rezydentów, którzy to rezydenci będą dostawali dodatek za wyjazd do szpitala położonego gdzieś tam...

(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: Aha...)

Ponieważ to jest w tej ustawie, którą dzisiaj procedujemy, i to jest nowe. W tej chwili jeśli lekarz jeździ – bo założmy, że jest gdzieś delegowany...

(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: To nie dostaje...)

...że ktoś go gdzieś oddelegował, do jakiegoś szpitala do sąsiedniego powiatu – to nic mu się nie płaci.

(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: Nie płaci, rozumiem.)

Teraz, dzięki tej ustawie, którą zaraz przegłosujemy, rezydenci będą dostawali dodatek, a lekarze na etacie nie będą mieli do kogo się udać po to. Będą musieli jeździć, żeby załatwić sobie tę część stażu w tym szpitalu, ale już na własny koszt – i to już dyrektora szpitala nie będzie interesować. Ja sam jestem dyrektorem szpitala i dla mnie byłoby lepsze rozwiązanie bez tego dodatku, ale uważam, że byłaby to nierówność w traktowaniu lekarzy ze względu na formę zatrudnienia.

SENATOR

AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Ja jeszcze... Teraz rozumiem, ale chciałabym tylko dodać, że każdy lekarz, kształcony czy w trybie rezydenckim, czy pozarezydenckim, jest na wagę złota, więc uważam... Teraz rozumiem pana senatora, bo w końcu zostało to wytłumaczone logicznie. Uważam więc, że powinniśmy pochylić się też nad kwestią tych lekarzy, którzy są kształceni w trybie pozarezydenckim, bo to rozwiązanie będzie budowało pewien dysonans w środowisku, a nie na tym nam zależy, zwłaszcza że sytuacja kadrowa jest w ogóle trudna, a ze względu na epidemię jeszcze trudniejsza. I powinniście się państwo nad tym może pochylić i zastanowić się, czy tego zapisu jednak nie wprowadzić.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Tak, rzeczywiście mieliśmy wątpliwości co do tego punktu, ale w tej chwili jesteśmy już przekonani, wiemy, jak głosować. I rzeczywiście ta nierówność wybrzmiała tu mocno.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo.

GŁÓWNY SPECJALISTA

W DEPARTAMENCIE PRAWNYM

W MINISTERSTWIE ZDROWIA

MICHEL RYBA

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Może rzeczywiście idea jest słuszna, ale wyrażona została, moim zdaniem... Poddaję to jeszcze pod rozważenie pani legislator, żeby też ewentualnie się nad tym pochyliła. Bo ten przepis to jest przepis upoważniający do wydania rozporządzenia, czyli minister ma wymyślić zasady wypłacenia dodatkowych świadczeń finansowych. Po pierwsze, nie wiadomo jakich, nie wiadomo na jakim etapie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, ale ma wymyślić, tak wynika z takiego przepisu upoważniającego... No, przepis... Jesteśmy w miejscu, w którym tworzy się prawo. To musi być przepis materialny, który powie, że takiemu lekarzowi przysługują takie a takie uprawnienia, kto ponosi koszty tego, czy to będzie płacone z budżetu państwa, czy to będzie

płacone przez szpital. A nigdzie tego nie ma. Czyli minister ma wymyślić zasady wypłacania dodatkowego... Tylko same zasady, nie wysokość. A zasada wypłacania to jest wskazanie, że dostaje się to na konto. A więc, proszę państwa, jeśli minister będzie musiał wydać to rozporządzenie, napisze: dodatkowe świadczenia dla lekarza jest wypłacane na konto. Ale kto komu płaci? Ile ma się zapłacić? To z tego zapisu nie wynika, więc my takiego rozporządzenia jako Ministerstwo Zdrowia nie będziemy mogli zrealizować. Albo może inaczej: wydamy, tylko nie zrealizuje to idei, która panu przyświeca. A więc to wymaga rzeczywiście przemyślenia i być może zgłoszenia tej poprawki później, ale już takiej, żeby ona rzeczywiście była kompletna pod względem merytorycznym, bo teraz dla nas to jest blankietowe, z tego zapisu nic nie wynika i nic nie moglibyśmy zrobić, jeżeli mielibyśmy ustalić zasady wypłacania – bo to jest wszystko, co mamy do zrealizowania wg tego upoważnienia.

SENATOR

WOJCIECH KONIECZNY

To znaczy... Ja odwołuję się tutaj do tego, co jest zawarte w ustawie dotyczącej rezydentów, tzn. że to po prostu ten... Jeżeli chodzi o wysokość dodatku, to jest przynajmniej ta... Tak że to jest, jeżeli chodzi o wysokość. Do tego z samej natury zatrudnienia człowieka na umowę o pracę wynika to, że taki koszt musi pokryć pracodawca. I to pracodawca pokrywa koszty np. wyjazdów na delegacje, na obowiązkowe szkolenia z zakresu krwiodawstwa. Każdy takie szkolenie musi przejść, a dyrektor musi pokryć koszty tego wyjazdu, i to jest zrozumiałe. To jest obowiązkowe szkolenie, które muszą przechodzić pracownicy, i to jest taka obowiązkowa jakby delegacja, czy to dotyczy pielęgniarek, czy innych osób z zakresu przetoczeń krwi. No, chyba że chcecie państwo jeszcze coś rzeczywiście tutaj z paniami legislatorkami uściślić. To już było przerabiane, a więc... Chyba że dodać jeszcze coś konkretniejszego, ale to już, jak mówię...

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Czy jest szansa, żeby na drodze legislacji doprecyzować jakoś tę poprawkę?

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

To znaczy oczywiście wszystko... Ja chciałbym tylko zwrócić uwagę, że to wszystko, co powiedział pan senator, sprowadza się do tego, że ta norma powinna brzmieć: lekarzowi, który jest na innym trybie niż odbywanie rezydentury, pracodawca wypłaca świadczenie, o którym mowa... I tyle. Nie trzeba żadnego rozporządzenia, żadnego ministra zdrowia. No, jeżeli to... Wszystko, co pan powiedział, jest jasne. A tutaj jest wpisane upoważnienie dla ministra zdrowia, zupełnie niepotrzebne, do określenia zasad wypłacania niewiadomego świadczenia. Tymczasem norma powinna – o ile taka jest idea – brzmieć: lekarzowi, który jest poza rezydenturą, należy się to i to.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Senatorze, jakie jest ostatnie pana zdanie?

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Skonsultuję się jeszcze z panią legislator.
(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Proszę państwa...)

(Głos z sali: Jeszcze pani...)

A, no dobrze.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Szanowni Państwo, my tutaj w tym momencie dyskutujemy nad całą ideą procesu kształcenia podyplomowego: czy chcemy finansować

wszystkie rezydentury i wszystkie... tzn. całość kształt, czy po prostu ma być tylko finansowanie miejsc rezydenckich. Konstrukcja w tej chwili wygląda w ten sposób, że jest część przyznawanych miejsc rezydenckich, w przypadku których pełny koszt jest ponoszony z budżetu państwa, i oczywiście są miejsca specjalizacyjne pozarezydenckie, które są finansowane z budżetu albo przez konkretny podmiot leczniczy. I dlatego to byłoby takim wylomem, bo do jednej formy kształcenia jak gdyby wprowadzilibyśmy dodatkowy mechanizm finansowania. A przecież ci sami lekarze, którzy kształcą się w trybie pozarezydenckim, wyjeżdżają na różnego rodzaju staże i tak samo... Czyli w tym momencie w zasadzie powinniśmy przyjąć regułę, że finansujemy wszystko, bo to też wynika z programu specjalizacji, że lekarz musi odbyć taki staż, taki kurs, takie szkolenie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

My tu wpisujemy dodatkowo, że on ma odbyć staż w szpitalu pierwszego i drugiego stopnia, ale w tym czasie nie będzie odbywał tego stażu w innym miejscu. A więc to jest kwestia podejścia do całego procesu kształcenia podyplomowego lekarzy w Polsce, tak w ogóle. I albo dajemy możliwość kształcenia w trybie pozarezydenckim, albo po prostu będziemy mieć tylko rezydentury, i to w takim wymiarze, jaki jest możliwy do udźwignięcia przez budżet państwa.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Myślę, że rzeczywiście dyskusja bardzo się rozszerza. Z tym że czy lekarz jest w trybie rezydenckim, czy pozarezydenckim, to jakiś kurs czy staż należy mu się bezpłatny. I to nie znaczy, że lekarz, który jest w trybie pozarezydenckim, a jedzie na staż np. na neurochirurgię czy na jakiś inny staż, ma tam płacić, a rezydent nie płaci. Nie, to są obydwa bezpłatne...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko: Ja nie o tym mówię. My mówimy o wynagrodzeniu.)

Ja wiem, ale w tej chwili wprowadzamy tu taką różnicę. Wysyłamy ich na staże do szpitali, nazwijmy to, powiatowych – to tak żeby w skrócie mówić – i rezydentom to finansujemy, a nierezydentom tego nie finansujemy. A więc właśnie wprowadzamy coś takiego,

jakbyśmy np. obowiązkowy staż z intensywnej terapii rezydentom finansowali, a nierezydentom nie finansowali. Do tego się to sprowadza. Czyli są wprowadzane nowe obciążenia dla lekarza – w porządku, są – tylko że jedno dla jednych będzie finansowane, a dla drugich nie. I ta poprawka dotyczy tego, żeby takiej różnicy nie było, żeby było tak jak w przypadku wszystkich innych staży, kursów, tzn. czy ktoś jest rezydentem, czy jest nierezydentem, to obowiązkowy zakres specjalizacji ma za darmo. I to jest bardzo dobre. No, jeszcze by brakowało, żeby za to płacili!

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Panie Senatorze, rezydent, osoba, która... lekarz, który specjalizuje się w trybie rezydencym, na mocy tej ustawy musi być zatrudniony w podmiocie leczniczym. Nie będzie mógł tego realizować w ramach wolontariatu, czyli nieodpłatnie. Będzie więc zatrudniony na umowę o pracę bądź też w innej formule w podmiocie leczniczym. Jeżeli ten podmiot leczniczy zgodził się, by zatrudnić lekarza w trakcie specjalizacji, to automatycznie wziął na siebie obowiązek finansowania jego wynagrodzenia wtedy, kiedy on przebywa na szkoleniu, na stażu czy na innych kursach. I to jest...

(Senator Wojciech Konieczny: Ale w trybie...)

...już w gestii tego podmiotu leczniczego. My finansujemy z budżetu państwa rezydenturę, które w takim, a nie innym trybie są... tzn. gdy lekarze są kwalifikowani na te rezydentury.

Poza tym jeszcze jedno. Często w trybie pozarezydencym specjalizację uzyskują lekarze, którzy mają już poprzednie specjalizacje – bo często to wygląda tak, że lekarz, który wyspecjalizował się w trybie rezydencym, później decyduje się na zdobycie drugiej, trzeciej czy kolejnej specjalizacji. Dlatego też na dzień dzisiejszy nie widzimy możliwości finansowania z budżetu państwa dodatkowo tych, tak jak pan to nazwał, wynagrodzeń. Ale to nie są wynagrodzenia – bo taki lekarz otrzymuje wynagrodzenie od podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony – tylko jakiś dodatkowy strumień kosztów, który byłby kierowany do lekarzy, którzy specjalizują się w trybie pozarezydencym.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale z tego wynika tak, że mamy 2 tryby, jak pani minister powiedziała: rezydencym – i tu jest kwestia finansowania z budżetu państwa... To jest jasne i przejrzyste. Z kolei te osoby, które są kształcone w trybie pozarezydencym przez podmiot leczniczy... Ja rozumiem, że jeżeli pan senator chciałby podtrzymać swoją poprawkę, to powinien ją zmienić na mówiącą, że to nie minister powinien płacić – od niego przysługuje to dodatkowe świadczenie – ale pracodawca. I rozumiem, że chodzi o to, żeby to było zapisane właśnie w tym artykule.

Tak, Panie Senatorze?

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

A ja zapytam jeszcze ministerstwo. Czy gdybyśmy skreślili ostatnie zdanie... Państwo nie macie tego tekstu czy macie w końcu ten tekst?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No to nie, taka rozmowa jest... To trzeba pokazać. Może jeśli byśmy po prostu skreślili ostatnie zdanie, które brzmi: „Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia zasady wypłacania dodatkowych świadczeń finansowych”... Po prostu jeżeli będzie tu kropka... To jest teraz poprawka szósta, jak państwo widzą. I po prostu... Bo wtedy rzeczywiście... Byłoby: „w wysokości nie mniejszej niż świadczenie, o którym mowa w ust. 6”, kropka. I wtedy będzie to tak, jak wszyscy mówią, czyli samo przez się będzie zrozumiałe, że lekarzowi płaci ten, kto go zatrudnia, bo to jest tryb pozarezydencym. A więc może po prostu niepotrzebne jest to zdanie, że „minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia zasady wypłacania dodatkowych świadczeń finansowych”, tylko będzie to...

**SENATOR
DOROTA CZUDOWSKA**

A czy tu nie ma ryzyka, że pracodawca po prostu będzie utrudniał staże albo nie będzie chciał puszcząć na te staże, albo nie będzie zatrudniał, jeżeli będzie musiał ponosić z tego powodu koszty?

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Jeżeli będzie to... To znaczy tu wychodzimy w taki obszar: szpitale generalnie są zadłużone i nie mają pieniędzy. Jeżeli mają na coś wydawać pieniądze i jeżeli to jest określone w przepisach, to będą musiały wydać. I tutaj akurat to nie będzie problemem, bo przepisy to określają i po prostu dyrektor będzie musiał na to... A jeśli mu zostawimy wybór, czy dać, czy nie dać, to wtedy nie da – to na pewno. Ale tutaj mówimy o tym, że potrzebujemy lekarzy itd. Dyrektor więc, zatrudniając takiego lekarza, po prostu będzie wykazywał swoją dobrą wolę, to, że zależy mu na tym lekarzu, i będzie w ten sposób związywał go z jednostką. Zresztą i list intencyjny, i inne rzeczy do tego zmierzają. A tutaj nagle tego nie ma? Ja tylko poddaję to pod rozwagę, że będzie nierówność, którą mogą podnieść lekarze nierezydenci, mówiąc, że oni będą płacić za część obowiązkowego szkolenia.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No to ja... To znaczy to, co jest finansowaniem dla rezydentów – o, tak to najprościej... Czyli o tę 1/16.

(Głos z sali: 600 zł.)

No, tę 1/16. Jeżeli to jest nieważne, to możemy wyrzucić tę 1/16 z tych zapisów dotyczących rezydentów. I wtedy po co im to finansować? Albo to jest ważne, wpisujemy to rezydentom, a wtedy wpisujemy też nierezydentom, albo to jest nieważne i nie wpisujemy tego ani rezydentom, ani innym lekarzom. No, albo to jest ważne, albo jest nieważne. Jeśli chodzi o nierezydentów, to okazuje się to bardzo nieważne, a jeśli chodzi o rezydentów, to jest w ustawie zapisane, za przeproszeniem, jak wół, że im się to należy. No więc albo jest to ważne, albo jest nieważne. Nie może być tak, że raz jest ważne, raz nieważne.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Jeszcze pani minister?

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

To może ja tylko, tak w kwestii wyjaśnienia dodam, że relacje między pracownikiem

a pracodawcą, tak jak w każdym innym przypadku, reguluje umowa o pracę, jak też inne porozumienia. I pracodawca może sobie w tym porozumieniu wynegocjować... czy odwrotnie, lekarz może wynegocjować, że pracodawca pokrywa pewne koszty, a lekarz zobowiązuje się np. odpracować w zakładzie kilka lat, po odbyciu specjalizacji. I takie porozumienia są traktowane... Są takie umowy zawarte między pracodawcą a pracownikiem. A w tej chwili wpisanie tego do ustawy przyniesie skutki po stronie podmiotu szkolącego, czyli szpitala czy konkretnego podmiotu leczniczego. Taka zmiana nie była przedmiotem uzgodnień, chociażby z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, a w ramach tego też mogą być uwagi. Dlatego też my podtrzymujemy nasze negatywne stanowisko.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Przystępujemy w takim razie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę.

**GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA**

Do warstwy legislacyjnej jeszcze chciałbym się odnieść. Bo ta poprawka została nam teraz przedstawiona, dokładnie w tym momencie.

Chciałbym zwrócić uwagę, że w tej poprawce jest wskazana pewna nierówność, bo tu jest zapis o dodatku nie mniejszym, o nie mniejszym świadczeniu. To świadczenie nazywa się w ogóle nie tak jak wcześniej, „dodatek”, tylko jest zupełnie inne, jest jakimś „świadczeniem” – zostało to w tej poprawce w zdaniu o rozporządzeniu... To upoważnienie, zdanie drugie, też nie zawiera żadnych wytycznych, a więc nie spełnia norm konstytucyjnych. I z tych względów, takich czyś to legislacyjnych, obawiam się, że ta poprawka nie może być przedmiotem nawet głosowania, skoro od razu jest niezgodna... Tutaj rozwiązaniem byłoby – jeżeli pan senator wyrazi taką wolę... Naszym zdaniem powinien być zmieniony odpowiednio ust. 6, w którym wykreślałoby się rezydenturę, i powinien być dodany ustęp... W ust. 7 powinna być dodana rezydentura jako

podstawa do świadczenia z budżetu i powinien być dodany ust. 8, mówiący, że dla osób, które nie są na rezydenturze, jest to finansowane przez pracodawcę i...

(*Senator Wojciech Konieczny: Ale ja nie miałbym nic przeciwko temu.*)

Ale chciałbym zwrócić uwagę państwa na jeden aspekt taki może merytoryczny. Dzisiaj pracodawcy w przypadku rezydentury jest wszystko jedno, czy tego lekarza przez te pół roku ma u siebie i mu płaci, czy nie, bo pieniądze dostaje z budżetu państwa, więc ta sprawa nic go nie boli. Ale jeżeli to wpisujemy, to będzie on musiał dodatkowo... Mało że nie będzie miał lekarza u siebie, a będzie musiał mu płacić z tytułu umowy o pracę, to jeszcze będzie musiał dać 16% więcej wynagrodzenia. A więc to jest...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dobrze. Myślę, że argumenty zostały wyczerpane.

Głosujemy w takim razie.

Kto z państwa jest za przyjęciem...

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Momencik, przepraszam, Pani Przewodnicząca, bo tutaj pani legislator... Nad jakim brzmieniem...? Bo zmienialiśmy to brzmienie...

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

Mówiłem o tym, że w ust. 6 należy skreślić „w trybie rezydenckim”, w ust. 7 dodać „w trybie rezydenckim” i dodać ustęp o tym, jak to będzie w trybie pozarezydenckim. Wtedy ta poprawka będzie merytorycznie odpowiadała temu, co...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

No, tym, co w artykule... W lit. f dodaje się ust. 6, 7... Prawda? No i wtedy by trzeba było dodać ust. 8. Tak?

Chciałbym też zwrócić uwagę, że te wszystkie przepisy wchodzi 1 stycznia 2022 r..

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Rezydenckim.

(*Głos z sali: I w siódmym...*)

Dodać wyrazy: jest finansowany dla lekarzy odbywających szkolenie w trybie rezydenckim z budżetu państwa. Bo taka jest intencja. A w ust. 8 dodać, że jest finansowany przez pracodawcę – to by było dla tych, którzy są w trybie pozarezydenckim.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Ja teraz zgadzam się ze zdaniem ministerstwa, w takim przypadku. Z tą propozycją.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE PRAWNYM
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHEL RYBA

To znaczy to jest tylko legislacyjne oddanie tego, o czym pan mówił, ale stanowisko jest cały czas negatywne.

(*Senator Wojciech Konieczny: Rozumiem.*)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Senatorze, proszę w takim razie ostatecznie wypowiedzieć się: jaki kształt ma mieć ta poprawka?

GŁÓWNY LEGISLATOR
W BIURZE LEGISLACYJNYM
W KANCELARII SENATU
BOŻENA LANGNER

W takim razie, zgodnie z tym, co usłyszeliśmy, ta poprawka będzie zmodyfikowana i będzie dotyczyła art. 16j ust. 6, który będzie zmodyfikowany poprzez wykreślenie wyrazów „w trybie rezydenckim”; ust. 7 będzie uzupełniony o uściślenie, że chodzi o lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim; i dodanie ust. 8, w którym, zgodnie z tym, co przedstawił pan senator, będzie wskazanie, że dotyczy to trybu pozarezydenckiego. To świadczenie będzie nazywane dodatkiem. I będzie to

bez ostatniego zdania, zdania drugiego, które mówi o rozporządzeniu wydawanym przez ministra, za to ze sformulowaniem, że będzie to finansowane przez pracodawcę.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

W takim kształcie zgłaszam tę poprawkę.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dobrze.

W takim razie przystępujemy do głosowania.

Kto jest za tą poprawką? (1)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (3)

Dziękuję.

Poprawka...

(*Głos z sali: Całość.*)

Nie, jeszcze są poprawki.

(*Senator Wojciech Konieczny: Jeszcze mamy 2 poprawki.*)

Jeszcze są 2 poprawki.

Poprawka nr 7 została wycofana, tak?

Poprawka nr 8...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

To jest tak: kolejna opłata, tym razem za PES, nie wyższa niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty z nagród.

Pani minister, opinia.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Negatywna opinia. W tej chwili jest jeden, bezpłatny, my w tym projekcie wprowadzamy drugi bezpłatny, a poprawka idzie w kierunku dodania kolejnego bezpłatnego... Negatywna opinia.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (1)

Kto jest przeciw? (4)

Dziękuję bardzo.

I ostatnia poprawka, dziewiąta, dotycząca przywrócenia brzmienia. Tak naprawdę dotyczy kwestii klauzuli sumienia i informowania przez podmiot leczniczy.

Proszę bardzo, jeszcze pani minister...

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Tak, ja tylko... Myślę, że wszyscy różnicę, że tak powiem, dostrzegli. Do tej pory lekarz, który używa klauzuli sumienia, miał informować o tym, gdzie można dany zabieg, badanie czy inne świadczenie uzyskać, a w tej poprawce lekarz jest zwolniony z tego obowiązku, ale nie jest zwolniony z tego zakładu leczniczy, szpital czy też firma, w której dany lekarz pracuje.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Przychylamy się do tej poprawki z tego względu, że nie można zostawić pacjenta bez informacji. Tak naprawdę zdejmując to w związku z klauzulą sumienia czy dbając o morale lekarza, idziemy, wydaje mi się, bardzo daleko, Przywrócenie przedstawiania tej informacji, przynajmniej przez podmiot leczniczy, pacjentowi się należy.

Pani minister.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

Stanowisko rządu, Ministerstwo Zdrowia, było negatywne – mówię o tym, bo podobna poprawka pojawiła się na etapie procedowania w Sejmie. Dlaczego? Dlatego że, po pierwsze, często zdarza się, szczególnie w małych podmiotach leczniczych, że kierownikiem podmiotu leczniczego jest też lekarz, który też może skorzystać z klauzuli sumienia i ma do tego prawo. To jest po pierwsze. Po drugie, kierownik podmiotu leczniczego może zwyczajnie nie mieć wiedzy, w którym innym podmiocie leczniczym wykonuje się tego typu świadczenie. Nie jest to

wiedza powszechna, w związku z tym on zwyczajnie może nie mieć tej wiedzy. Dlatego też, korzystając z zapisu ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, z art. 23 ust. 3, uznaliśmy, że ten obowiązek będzie spoczywać na Narodowym Funduszu Zdrowia, ponieważ ten artykuł mówi o tym, że oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ma obowiązek informować ubezpieczonych o rodzajach, zakresach udzielanych świadczeń oraz o czasie oczekiwania w poszczególnych podmiotach leczniczych. Podmioty lecznicze sprawozdają co miesiąc, do dziesiątego dnia miesiąca, rodzaj wykonywanych świadczeń, czyli NFZ ma, na podstawie kodów, wiedzę, które podmioty lecznicze wykonują tego typu świadczenie. Obecnie wprowadziliśmy infolinię, która działa 24 godziny na dobę, i na tej infolinii można uzyskać anonimowo – co też jest z powodu wrażliwości społecznej tego problemu istotne – informacje, w którym podmiocie tego typu zabieg może być wykonany, to znaczy które podmioty lecznicze wykonują tego typu zabiegi. Oczywiście można też te informacje uzyskać w taki ogólnodostępny sposób, czyli dowiedzieć się osobiście, można również listowo, mailowo itd., ale tutaj kładę nacisk na tę infolinię, ponieważ ona zapewnia anonimowość. Dlatego też stanowisko rządu w odniesieniu do tej poprawki było i jest nadal negatywne.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pani Minister, z całym szacunkiem... Ja rozumiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia ma tę wiedzę, tylko proszę się wczuć w sytuację pacjenta czy pacjentki, która trafia do podmiotu leczniczego i tam spotyka lekarza, który odmawia świadczenia zdrowotnego ze względu na klauzulę, potem trafia na dyrektora medycznego, który ze względu na tę klauzulę sumienia również odmawia jej informacji... I taka osoba pozostaje kompletnie bez informacji. Pytanie: jak tutaj wyglądają prawa pacjenta? Taka osoba ma prawo mieć informację, ona nie musi wiedzieć, że ma szukać tego na stronach internetowych, po stronach Narodowego Funduszu Zdrowia, ale

jeżeli już ma to robić, to ktoś ją o tym powinien poinformować.

Proszę bardzo.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Ja też oczywiście nie zgadzam się z tą interpretacją, że dyrektor, prezes czy ktoś inny może nie mieć tej wiedzy. Od zarządzających placówkami jest wymagana bardzo duża wiedza, np. jeżeli nie przyjmuje się pacjenta, bo się nie ma miejsc, to trzeba wiedzieć, gdzie go trzeba odebrać, lekarz dyżurny musi wiedzieć, jak postąpić, lekarz na izbie przyjęć ma mieć ogromną wiedzę, która jest od niego wymagana, a dyrektor wie, jakie świadczenia są wykonywane w jego szpitalu i kto ewentualnie wykonuje, kto nie... To znaczy w ten sposób dyrektor może powiadomić: dobrze, Iksiński amniopunkcji nie robi, ale Igrekowska robi, w tym samym szpitalu, więc nie trzeba nigdzie iść. Tylko dyrektor musi chcieć mieć tę wiedzę. Jeżeli zdejmemy z zarządzających placówkami obowiązek posiadania tej wiedzy, to rzeczywiście pacjenci zostaną pozostawieni sami sobie. Ja nie mówię żeby nie było infolinii – niech ona będzie, jest też Internet, mamy XXI w., pacjenci na różne sposoby dowiadują się pewnych rzeczy sami – ale to ma być podane w sposób przychylny pacjentowi i ta wiedza powinna być przekazana w tym momencie, w którym pacjent dowiaduje się o swojej trudnej sytuacji i o tym, że jakieś świadczenie nie zostanie wykonane w danym szpitalu.

Dobrze, poddaję pod głosowanie poprawkę.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (4)

Kto jest przeciw? (1)

Dziękuję bardzo, poprawka została przyjęta.

I głosujemy nad całością, nad ustawą z przyjętymi przez nas poprawkami.

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

(Głos z sali: Jednogłośnie.)

Dziękuję bardzo.

Senatorem sprawozdawcą będzie pani senator Agnieszka Gorgoń-Komor. Czy są jeszcze jakieś głosy? Nie.

Dziękuję bardzo pani minister, dziękuję państwu, dziękuję.

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy