



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(993)

122. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 18 listopada 2003 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja ministra zdrowia oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o środkach i zasadach kontraktowania świadczeń zdrowotnych z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2004 r.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 12)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dzień dobry państwu.

To opóźnienie nie jest zwyczajem przyjętym w senackich komisjach, a już szczególnie nie jest właściwością senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. Wynikło ono ze względów organizacyjnych, absolutnie od nas niezależnych. Informację o dzisiejszym posiedzeniu, 18 listopada, posiedzeniu poświęconym najgorętszej w tej chwili sprawie, czyli zasadom kontraktowania świadczeń, środkom na ten cel i dyktatowi bądź możliwości negocjowania cen itd., minister zdrowia otrzymał dokładnie miesiąc temu. Wiedział również, że w każdy wtorek są posiedzenia Rady Ministrów, podczas których rozpatrywane są, bądź nie, problemy ochrony zdrowia. Akompaniamentem posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, również niekonsultowanym społecznie, jest dzisiejszy protest pracowników ochrony zdrowia na ulicach Warszawy, teraz najprawdopodobniej pod kancelarią premiera.

W drugim punkcie dzisiejszego porządku obrad, nie wiem, z jakiego tytułu, być może wynika to z kalendarza rządu i prac parlamentu, miała być ustawa o restrukturyzacji itd. – nazwa jest równie skomplikowana, jak skomplikowane są jej trudne do przewidzenia skutki.

Pan minister udał się na posiedzenie Rady Ministrów, ale po moim bardzo stanowczym proteście przeciwko takiemu potraktowaniu, zarówno państwa, jak i senatorów, pan minister poinformował mnie, że po rozpoczęciu porządku obrad Rady Ministrów zgłosi potrzebę zmiany porządku, by punkt dotyczący restrukturyzacji itd. był rozpatrywany jako punkt pierwszy, a na ten czas upoważnia swoich zastępców, z którymi my na co dzień mamy aż nadto często do czynienia, by po prostu wypełnili tę godzinę, czy ile to będzie trwało, nieobecności pana ministra. Ponieważ pan minister Sikorski, na dobrą sprawę, nigdy nie spotkał się z senacką Komisją Polityki Społecznej i Zdrowia, tak żeby mieć komfort czasowy i żeby senatorowie mogli zaspokoić swoją wiedzę i uzyskać odpowiedź na pytania swoich wyborców, nie swoich cioć, nie swoich koleżanek, tylko swoich wyborców, to takie potraktowanie, ja osobście, jako osoba odpowiedzialna za organizację pracy komisji, traktuję jako wysoce niewłaściwe.

To zaś, czy rozpoczniemy w tej chwili posiedzenie, czy będziemy czekać na przyjazd pana ministra, nie zadawając się obecnością upoważnionych zastępców, będzie należało od decyzji senatorów, członków komisji.

I dlatego też zwracam się do państwa, pań i panów, senatorów z Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia z prośbą o decyzję, czy czekamy na pana ministra mimo

tak licznie zgromadzonych zaproszonych gości – którym bardzo dziękuję za obecność, za to, że są świadkami tego, w jakich warunkach się odbywa posiedzenie, w jakim „teatrze” rozgrywają się obrady na ten temat, kiedy mamy do czynienia z dramatem ochrony zdrowia. Za tę obecność bardzo dziękuję, ale decyzję podejmują senatorowie.

A zatem jeszcze raz sformułuję pytanie skierowane do senatorów: czy rozpoczynamy teraz posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, czy też po przybyciu ministra zdrowia?

Kto jest za tym, by rozpocząć teraz, proszę o podniesienie ręki – głosują senatorowie z mojej komisji. Nikt nie głosował za.

Czy decyzja państwa brzmi, że traktujemy się poważnie i rozpoczynamy posiedzenie, wówczas kiedy będzie minister, a nie wówczas, kiedy będzie korzystał z przekazu? Proszę o podniesienie ręki.

Przepraszam państwa gości, decyzja senatorów jest taka, że czekamy na ministra. Chcemy rzeczywiście odpowiedzialnie dyskutować o zasadach, środkach kontraktowania itd. Zgodnie z obietnicą pana ministra miało to trwać godzinę, czyli spotkamy się, kiedy zadzwonią na Anioł Pański, o godzinie 12.00. Dziękuję.

(Przerwa w obradach)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Proszę o zajmowanie miejsc, ponieważ niebawem będę musiała wygłosić formułkę oficjalnie rozpoczynającą posiedzenie komisji.

Bardzo państwa proszę już o takie stopniowe wyciszanie się. Pan minister zbliża się zapewne już ku końcowi wywiadów, przynajmniej dzisiejszych, ku ostatnim dzisiaj wywiadom – nie w ogóle. Za moment rozpoczniemy posiedzenie komisji, które jest opóźnione – przepraszam. Państwo sami za chwilę ocenicie, czy było warto, a trzeba pamiętać, że zasadą posiedzeń komisji senackich jest bardzo poważne traktowanie wszystkich spraw i do tego w obecności konstytucyjnych przedstawicieli rządu.

Zatem otwieram sto dwudzieste drugie posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Muszę od razu państwa poinformować, iż to posiedzenie, które rozpoczęło się z godzinnym opóźnieniem – o powodach tego opóźnienia już państwa informowałam – jest nam zlecone przez Prezydium Senatu. To posiedzenie jest jak gdyby dodatkowo wzmocnione tym zleceniem i moim zobowiązaniem wobec Senatu, iż takowe posiedzenie odbędzie się, a sprawozdanie z niego przedstawimy Wysokiej Izbie, która zdecyduje, czy ograniczy się do informacji przekazanej przez senatorów, czy też odbędzie się jeszcze dodatkowo posiedzenie plenarne.

A zatem witam senatorów z Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. Równie ciepło i serdecznie witam senatorów zainteresowanych tematem i dramatem – tak do rymu wyszło – ochrony zdrowia. Witam gości reprezentujących samorządy zawodowe, związki zawodowe, Komisję Trójstronną, dyrektorów publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, przedstawicieli samorządów terytorialnych, starostów, przedstawicieli urzędu marszałkowskiego w Toruniu i Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy – najbliższego mi nie tylko terytorialnie, ale najbliższego także me-

mu sercu. Witam przedstawiciela rady prezydenta, zaproszonego pana ministra zdrowia, prezesa oraz liczną ekipę Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam dziennikarzy.

Tłem i akompaniamentem dla naszych obrad jest protest pracowników ochrony zdrowia na ulicach Warszawy. Kontekstem dla naszego posiedzenia jest zmiana po raz kolejny terminu zakończenia składania ofert – jak wynika z dyskusji, blisko 90% podmiotów nie złożyło jeszcze ofert. Po raz kolejny rodzi się taka refleksja, pytanie, czy uda się – w kategoriach cudu, a nie logiki – zorganizować system wprowadzający nas w 2004 r. tak, by sprawnie działał po nocy sylwestrowej – a jeszcze pozostał czas do końca roku, pozostało ponad sześć tygodni. I czy minister zdrowia ma poczucie kontroli nad systemem, czy też – jak już kiedyś powiedział na spotkaniu z Sojuszem Lewicy Demokratycznej w Wielkopolsce – utracił tę kontrolę? Czy ta tratwa dryfuje? Czy jest to fakt, czy tylko fakt medialny?

Dzisiaj, na tym posiedzeniu, mówię to w imieniu Senatu Rzeczypospolitej, nie tylko komisji, oczekujemy absolutnie jednoznacznych wypowiedzi przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia z jego prezesem na czele, w obecności ustawowo i konstytucyjnie uprawnionego ministra zdrowia.

Ale żeby nie było tak panom łatwo – tylko przedstawić nam napisane, przygotowane dane i formułki – proszę trójkę senatorów o naprawdę szybki skrót na temat tego, jak wygląda sytuacja w ochronie zdrowia, jak my ją postrzegamy. Dobrze, że to posiedzenie odbywa się we wtorek, bo poniedziałek to jest dzień poświęcony kontaktem w terenie.

Proszę bardzo, pan senator Lubiński pierwszy przedstawia sytuację.

Senator Mirosław Lubiński:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Zanim przejdę do krótkiego scharakteryzowania sytuacji podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, chciałbym równie krótko podzielić się wstępną refleksją.

Żadnego państwa na świecie nie stać na finansowanie świadczeń zdrowotnych wszystkich i wszystkim. Od momentu wprowadzenia systemu kas chorych pogłębia się sytuacja, w której jest ograniczona, zbyt mała ilość środków na świadczenia zdrowotne przy zachowaniu szerokiego dostępu do usług medycznych. Żadne odniesienia do konstytucyjnych zapisów gwarantujących dostęp do bezpłatnego leczenia nie zmienią faktu, że poziom i jakość świadczeń medycznych zależy od ilości pieniędzy w systemie opieki zdrowotnej. W mojej ocenie, nie rezygnując z postulatu zwiększenia składki nawet jednorazowo do 10%, należy zastanowić się, w jaki sposób rozdysponować posiadane środki w sposób sprawiedliwy, bez marnowania publicznych pieniędzy. Oczywiście jest to niemożliwe bez długofalowego planu zmian strukturalnych w placówkach służby zdrowia, zmian wynikających jednak nie tylko z potrzeb ekonomicznych, o czym się najczęściej mówi, ale również, a właściwie przede wszystkim, z podstaw demograficznych i epidemiologicznych. W tym planie należy również uwzględnić rolę samorządu terytorialnego odpowiedzialnego za kreowanie polityki zdrowotnej na swoim terenie. To samorząd powinien kierować dotacje na inwestycje do zakładów, których jest organem założycielskim.

Reasumując, należy stwierdzić, że jesteśmy zbyt biednym państwem, żebyśmy mogli sobie pozwolić na nieracjonalne wydatki i utrzymywanie dziur w systemie

ochrony zdrowia, przez które wyciekają pieniądze. Sztuka polega na tym, żeby te dziury uszczelnić, ale jednocześnie zapobiec powstawaniu nowych. Do rozwiązania tego problemu konieczna jest współpraca, podkreślam, współpraca wszystkich środowisk – i tych, które znają problem od strony świadczeniodawcy, i tych, które znają problem od strony pacjenta; przedstawicieli samorządu, Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia. Metodą dochodzenia do decyzji nie może być jednak konflikt, ale powinno być porozumienie. Obecnie jednak sytuacja jest wyjątkowo spolaryzowana. Najbardziej zantagonizowani są świadczeniodawcy i fundusz, a obie strony jako koronny argument podają dobro pacjenta. Chcę jednoznacznie stwierdzić, że poszukując racjonalnych rozwiązań, faktycznie dobrych dla pacjenta, należy odrzucić z jednej strony interesy środowiskowe, a z drugiej strony tendencje monopolistyczne.

Wypada mi pokrótce, siłą rzeczy, omówić krótko sytuację w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami Narodowy Fundusz Zdrowia określił w szczegółowych materiałach informacyjnych, o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia od 1 stycznia 2004 r., warunki oraz zasady realizacji świadczeń, jakie powinny być spełnione przez podmioty zainteresowane zawieraniem umów o udzielenie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia.

Kontraktowanie wymienionego zakresu świadczeń zostało poprzedzone organizowaniem całodobowej opieki w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli oprócz dotychczasowego zapisu na temat realizowania świadczeń w miejscu udzielania świadczeń od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00–18.00, mają również być realizowane przez lekarza POZ po godzinie 18.00 w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy dwa rodzaje świadczeń. Pierwsze: ambulatoryjne stacjonarne świadczenia w oparciu o ambulatoryjny punkt opieki całodobowej w systemie gotowości do pracy; świadczeniodawca może je wykonywać samodzielnie lub zlecić je innemu świadczeniodawcy; Narodowy Fundusz Zdrowia może też zwolnić z obowiązku stacjonarnej pomocy na rzecz pomocy wyjazdowej. Drugie: pomoc wyjazdowa, nocna i dzienna o charakterze pomocy doraźnej – z niej świadczeniodawca nie może zrezygnować. Zwiększenie zakresu świadczeń POZ nie następuje jednak, należy to podkreślić, równocześnie ze zwiększeniem wartości stawki kapitałowej na jednego podopiecznego, a jednocześnie nakłada obowiązek całodobowej organizacji pracy również w systemie wyjazdowym na przykład prywatnym, nieuprzywilejowanym samochodem, co na pewno drastycznie zwiększy koszty. Kolejnym, dodatkowym obciążeniem, którego dotychczas nie było, jest konieczność finansowania transportu sanitarnego do innego zakładu opieki medycznej. W tej chwili nie ma możliwości w tak krótkim czasie zorganizowania praktyk POZ w sposób zgodny z wymaganiami stanowiącymi przez NFZ, tym bardziej że nie zostały, tak jak powiedziałem wcześniej, przewidziane dodatkowe środki finansowe. Sugerowanym wyjściem może być zakontraktowanie świadczeń POZ na obowiązujących zasadach z jednoczesnym pozostawieniem ambulatoriów i zespołów wyjazdowych ogólnolekarskich przy obecnych stacjach pogotowia ratunkowego i rozpoczęciem prac nad przygotowaniem do postępowania konkursowego nowego rodzaju świadczeń do kontraktowania, obejmujących realizację świadczeń z zakresu POZ w godzinach nocnych, a także w dni wolne od pracy.

Przy okazji też chciałbym skierować pytanie do ministra zdrowia, dlaczego do tej pory nie ma jeszcze rozporządzenia określającego zakres kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej POZ w związku z delegacją zapisaną w art. 115 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Gdyby było takie rozporządzenie, nie mogłyby zaistnieć warunki określone przez narodowy fundusz.

Wspominając o dziurach w systemie ochrony zdrowia, przez które następuje ucieczka środków, należy koniecznie w tym miejscu wymienić wydatki na leki. W 1999 r. wydatki na ten cel kształtowały się na poziomie 19% całości wydatków na ochronę zdrowia, obecnie szacuje się, że jest to 21%. Wartość rynku leków w ubiegłym roku wzrosła o 10%, mimo że leków wypisano mniej, a ceny ich praktycznie nie zmieniły się. Co to oznacza? Oznacza to, że wypisuje się leki droższe, co wcale nie oznacza, że skuteczniejsze. Jeśli w przyszłym roku ta tendencja się utrzyma, to rynek leków wchłonie cały przyrost budżetu narodowego funduszu wynikający ze wzrostu składki. W tej chwili istnieje receptariusz szpitalny, ale wydaje się zasadnym określenie też receptariusza ambulatoryjnego i połączenie tego ze stałym monitoringiem ordynacji leków refundowanych, czyli kontrolą wszystkich wypisanych recept, a nie tylko aptek.

Nie sposób też nie odnieść się do listy leków refundowanych. Projekt zakładał taką listę. Zakładał też, że wydatki narodowego funduszu z tego tytułu mogą się zwiększyć z 70 do 100 milionów zł, a na ten cel jest ponad 6 miliardów 125 milionów zł. W tym miejscu mam takie pytanie do ministra: dlaczego lista leków refundowanych ma inny kształt, niż ustalił to zespół powołany przez ministra?

Wydatki na leki to problem nienowoty. Słabym miejscem systemu może okazać się w przyszłym roku system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W związku z tym pytanie do prezesa narodowego funduszu: jak będą finansowane przedmioty ortopedyczne, skoro nie będzie zawartych umów z wytwórcami i dystrybutorami? Odpowiedź, że do wyczerpania limitów środków finansowych, jest w mojej ocenie niewystarczająca, ponieważ brak umów oznacza, że trzeba będzie płacić wszystkim. Przy tym narodowy fundusz właściwie nie może kontrolować świadczeniodawców. Nie będzie ograniczenia wysokości środków finansowych, bo każdy właściwie będzie mógł zażądać zapłaty za wydany przedmiot – mogą być z tego tytułu sprawy sądowe. Nie wydaje się też, że ten problem rozwiąże konieczność potwierdzenia skierowania na wydanie przedmiotów przez narodowy fundusz.

I w związku z tym pytania. Po pierwsze, czy w związku z tym podjęto już działania zmierzające do stworzenia centralnej bazy danych o przedmiotach? Po drugie, czy z prawnego punktu widzenia brak takiej adnotacji będzie miał moc unieważniającą skierowanie? I po trzecie – to chyba najważniejsze pytanie – czy nie wydłuży i nie utrudni to drogi pacjenta do zaopatrzenia? Czy pan prezes nie uważa, że należałoby rozważyć przedłużenie kontraktów, jeżeli chodzi o zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, do końca I kwartału i w tym czasie stworzyć system certyfikacji podmiotów, a od II kwartału zawierać umowy już z certyfikowanymi kontrahentami? Wiem, że taki pomysł był, nie wiem, co się z nim teraz dzieje.

I na koniec króciutko o ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. System będzie finansowany, z tego, co wiem, w sposób mieszany – z POZ i bezpośrednio ze środków narodowego funduszu. Godnym podkreślenia jest to, że nastąpi wydłużenie minimalnego limitu czasu przyjmowania jednego pacjenta przez specjalistę z piętnastu minut

do dwudziestu, co w praktyce zmniejszy liczbę przyjmowanych pacjentów i bez wątpienia wydłuży czas oczekiwania w kolejce na wizytę u specjalisty.

I na koniec taki apel, bardzo aktualny, bo czas ucieka: namawiam do konstruktywnych rozmów wszystkich zainteresowanych i do szybkiego osiągnięcia kompromisu. Brak tego porozumienia spowoduje, że przeprowadzenie postępowania konkursowego na świadczenia z zakresu POZ – a trzeba uwzględnić wszystkie proponowane zmiany, w związku z tym będzie mnóstwo dodatkowej pracy formalnej – będzie już niemożliwe, a już w tej chwili na pewno jest bardzo mocno zagrożone. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Teraz jeszcze dwa komunikaty senatorskie. Następnie poproszę pana prezesa i pana ministra, żeby uzgodnili między sobą, w jakiej kolejności wypowiedzą się i ustosunkują do zadanych pytań. Następnie otworzę dyskusję, podczas której każdy z państwa uczestników będzie brał aktywny udział w takim zakresie, jaki uzna za właściwy, oczywiście w ramach pewnej dyscypliny czasowej.

Proszę panią senator Janowską, a następnie pana senatora Pawłowskiego o skondensowane wypowiedzi.

Senator Zdzisława Janowska:

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja nie jestem lekarzem, w związku z tym mój głos będzie bardziej może głosem polityka społecznego, osoby, która zbiera skargi od społeczeństwa na temat konsekwencji reformy służby zdrowia dla ochrony zdrowia, dla zdrowia naszych mieszkańców.

Przygotowując się do tego dzisiejszego spotkania, prowadziłam wiele rozmów, prosiłam o stanowiska. Te pisma, które mam w ręku, są to stanowiska izb lekarskich, naczelnej rady pielęgniarskiej, lekarzy rodzinnych. I z tych wszystkich stanowisk bije wielki pesymizm, wielkie rozgoryczenie związane z tą niemożliwością skutecznego działania, niemożliwością leczenia i pełnienia misji przez lekarza.

Reformy, które zostały nam zaproponowane, my tutaj właściwie zjadamy. Nad tymi reformami pracowaliśmy przed rokiem jako Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia. Pamiętam, że kiedy był wprowadzany fundusz ochrony zdrowia, proponowaliśmy bardzo dużo poprawek i właśnie ze społecznego punktu widzenia na to patrzyliśmy. Dzięki nam została wprowadzona poprawka – nie wiem nawet, czy jest konsumowana, bo prawdopodobnie biedne dzieci o tym nie wiedzą – żeby dzieci nieubezpieczone, które się nie uczą i które błakają się po Polsce, miały prawo do leczenia, do szczepienia. To samo było z nieubezpieczonymi kobietami w ciąży. Nie udało nam się zaś przezwyciężyć biurokratycznego spojrzenia na pomoc ludziom starszym, ludziom, którzy znajdują się w zakładach opieki społecznej. Nie udało nam się uświadomić ówczesnej władzy, że te starsze osoby pozbawione są opieki pielęgniarskiej, że salowe zamieniają się w pielęgniarki i pomagają swoim podopiecznym. Jest niesłuchanie wiele mankamentów, które codzienne widzimy w każdym miejscu, w każdym mieście.

Pierwsze stanowisko, które chciałabym przekazać, dotyczy sposobu kontraktowania usług – kieruję je pod adresem pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Izby pielęgniarские – mam w tym momencie na piśmie i stanowisko mazowieckie, i stanowisko łódzkie – nie zgadzają się absolutnie na to, żeby kontraktować w takim samym duchu usługi medyczne. Powołałam się tu na stanowisko, z którego wyraźnie wynika, że prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi uważa, że system kontraktowania świadczeń zdrowotnych powinien odbywać się na wycenie punktowej kwoty, absolutnie nie zgodzi się na przyjęcie wyceny z 2002 r. Izba ta postuluje, ażeby takie kontrakty nie były podpisywane.

Wiem, że w tym momencie nasza izba lekarska łączy się z lekarzami rodzinnymi. I tu nawiązać chcę do tego, co powiedział kolega: niestety, przeniesienie laboratoriów, pomocy ratownictwa medycznego pod kuratelę lekarzy rodzinnych budzi wielki strach społeczeństwa i pacjentów. To wywołuje bunt zarówno z jednej strony, jak i z drugiej strony. W naszym kraju funkcjonują placówki ratownictwa medycznego na bardzo wysokim poziomie. Mam tutaj również dokument łódzki, z którego wynika możliwość udzielenia pomocy, satysfakcjonującej obydwie strony pomocy. Wiem również, że w skali kraju wpływają takie protesty z placówek ratownictwa medycznego. Próba przeniesienia nagle, od 1 stycznia, tejże doraźnej pomocy laboratoryjnej właśnie do placówek lekarzy rodzinnych wywołuje grozę, po prostu grozę wśród mieszkańców, pacjentów. Być może taki trend jest trendem ogólnoeuropejskim, niemniej na takie eksperymenty nie możemy sobie pozwolić w ciągu kilku tygodni czy nawet kilku miesięcy.

Lekarze rodzinni w swoim proteście wyraźnie wskazują, że w tychże warunkach, przy tych umowach określonych w dokumentach Narodowego Funduszu Zdrowia narzuca im się konieczność zapewnienia przez lekarzy podstawowej opieki nocnej i świątecznej, w tym nieuwzględnionej w ustawie nocnej pomocy ambulatoryjnej, bez uwzględnienia lokalnych możliwości, bezpieczeństwa lekarzy, zasad współpracy z pomocą doraźną oraz bez zapewnienia dostatecznych środków na te zadania. Jedni, czyli lekarze rodzinni, nie wyobrażają sobie, że będą zobowiązani do niesienia takiej pomocy. To przerasta ich możliwości i siły, może też oczywiście zagrażać bezpośrednio życiu pacjentów. Drudzy nie rozumieją, dlaczego takie pomysły nagle się pojawiły.

Właśnie placówki ratownictwa medycznego znalazły próbę wyjścia z sytuacji – i tutaj moje słowa kieruję pod adresem pana ministra i przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Między innymi łódzka placówka stwierdziła, że właściwie musi jak najszybciej przystąpić do kontraktacji ambulatoriów jako izb przyjęć i do zakontraktowania gabinetów specjalistycznych umożliwiających świadczenie usług o podobnym charakterze jak ambulatoria. Być może to jest właśnie próba wyjścia z sytuacji i jedyna szansa na to, żeby ratować pacjentów.

Wiem, że pani przewodnicząca jako ekspertka środowiska pielęgniarek i położnych będzie zajmowała stanowisko w tej sprawie, ale chcę powiedzieć, że jest bunt, bunt jednych, drugich i trzecich przeciwko ustawie, którą nam się proponuje, przeciwko restrukturyzacji tychże zakładów, przekształceniu w spółki prawa handlowego. Panuje ogólny strach zarówno ze strony pracodawców, jak i ze strony pacjentów, ponieważ tego rodzaju praktyki mogą znów skończyć się bardzo tragicznie dla pacjenta. Panuje przede wszystkim strach, że będzie nierówne traktowanie pacjenta, że nie będzie możliwości wsparcia osób najbiedniejszych, że ta prywatyzacja może wyglądać podobnie jak prywatyzacja naszej gospodarki. Może to być niestety prywatyzacja o charakterze patologicznym, kiedy nie myśli się o tym, żeby dać pracę pracownikom zakła-

dów produkcyjnych. Tak jak się stało z polską gospodarką, że mamy do czynienia z patologią prywatyzacji, tak może dojść do patologii w sferze służby zdrowia – określone grupy lobbujące, specjalistyczne będą chciały na przykład wykupywać szpitale i działać już zgodnie ze swoim własnym życzeniem. Pielęgniarki boją się, i słusznie, o sprawy dotyczące czasu pracy itd.

Następna kwestia o charakterze społecznym, to, co nas tak bardzo boli. Stawiam tutaj pytanie o charakterze retorycznym. My nie rozumiemy, dlaczego ludzie oczekują paru miesięcy na możliwość kontaktu ze specjalistą, dlaczego dzieci w szkole pozbawione są opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, dlaczego zlikwidowaliśmy diagnostyczne badania młodzieży, dlaczego w naszym kraju doszło do pojawienia się bardzo poważnej choroby społecznej, jaką jest gruźlica. I chcę zadać pytanie w związku z gruźlicą: dlaczego Narodowy Fundusz Zdrowia zapomniał o tym, żeby wprowadzić pozycję dotyczącą diagnostyki układu oddechowego? Tu odzywa się szpital w Łagiewnikach w Łodzi, który mówi o tym, że absolutnie sobie nie poradzi, a musi przebadać dzieci, które chorują na gruźlicę, a które zgłasza lekarz rodzinny.

I ostatnia kwestia. Zdaje się, że nam nie zależy na tym, żeby były nowe grupy lekarzy, którzy kończą studia. Chodzi o tak zwane etaty rezydenckie. Z całej Polski słychać alarm, że ministerstwo nie będzie prowadziło naboru na etaty rezydenckie, bo Departament Budżetu Finansów i Inwestycji Ministerstwa Zdrowia nie przewidział ich w projekcie budżetu. I takie informacje napływają z całej Polski. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Pawłowski, proszę bardzo.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

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

Mój głos może zabrzmieć kontrowersyjnie, może jest to wsadzenie kija w mrowisko, ale te sygnały, o których bardzo skrótowo powiem, dochodzą do mnie i do państwa chyba też.

Od wielu lat, w wielu krajach, i tych biednych, i tych rozwiniętych, powodem do narzekań społeczeństwa jest ochrona zdrowia. Nauki medyczne należą do jednych z najbardziej rozwijających się, a każdy chory chciałby, żeby w stosunku do niego stosować najnowocześniejsze metody diagnostyki i leczenia. W Polsce ilość pieniędzy przeznaczanych na ochronę zdrowia jest niewielka i niewystarczająca, a aspiracje społeczeństwa są bardzo rozbudzone. Do tych problemów dochodzi jeszcze stan zamieszności mieszkańców naszego kraju, który w porównaniu z innymi krajami w Europie jest bardzo niski. Dlatego należy się zastanowić, co zrobić, aby zaspokoić podstawowe potrzeby z zakresu ochrony zdrowia. Pytając każdego rozsądnego mieszkańca, jak sobie poradzić w tej trudnej sytuacji, możemy się spodziewać podobnych odpowiedzi: że należy poprawić organizację pracy, zapewnić wszystkim dostęp do podstawowych procedur, wyeliminować nieuczciwość, marnotrawstwo i korupcję oraz w miarę możliwości ustalić sprawiedliwy dla wszystkich sposób oczekiwania na procedury wysokospecjalistyczne.

Szanowni Państwo, chciałbym się zająć w swoim wystąpieniu jednym aspektem, czyli poprawą organizacji pracy, co zmniejszy nieuczciwość oraz poprawi ocenę pracowników ochrony zdrowia. Obecnie opieka zdrowotna wymaga wielu zmian organizacyjnych, unowocześnienia struktur i nowoczesnego zarządzania. Poważną przeszkodą, w moim przekonaniu, w lepszym i nowocześniejszym kierowaniu ochroną zdrowia jest struktura, w której ważną rolę odgrywają ordynatorzy wyłonieni z konkursu. Możemy sobie zdać sprawę z tego, że w wielu szpitalach powiatowych ich zachowanie budzi sprzeciw bardzo dobrze wykształconych asystentów. Niektórzy ordynatorzy dla podkreślenia swojej pozycji nie liczą się ze zdaniem innych kolegów, zmieniają ich zalecenia oraz zastrzegają sobie wyłączne prawo informowania rodzin pacjentów o stanie zdrowia chorych. Nierzadko spotyka się tablicę na oddziałach o treści: informacji udziela ordynator w godzinach itd. Biorąc pod uwagę, jak już zaznaczyłem na wstępie, szalenie szybki rozwój nauk medycznych oraz wymagany staż pracy, aby objąć stanowiska ordynatora, jestem gotów sądzić, że asystenci, którzy zdali egzamin specjalizacyjny przed rokiem, mają większy zasób wiedzy niż ich szef, który zdawał na specjalizację przed wielu laty. Chciałbym również zaznaczyć, że rozstrzyganie konkursów na stanowisko ordynatora wzbudza wiele kontrowersji – nie zawsze bierze się pod uwagę czynniki obiektywne, a często decydują układy, na przykład towarzyskie. Zdaję sobie sprawę, że zmian w mentalności wielu nie dokona się nagle, ale sądzę, że warto przyglądać się innym rozwiązaniom, na przykład w Szwecji, gdzie funkcję ordynatora, która jest typowo administracyjna, pełni pielęgniarzka z wyższym wykształceniem.

Ostatnio wiele emocji wzbudza lista refundacyjna leków, dotyczy to w szczególności leków psychiatrycznych oraz insuliny. Diabetycy po raz drugi przeżywają silny stres – przypominam horror paskowy. Panie Ministrze, zadaję sobie pytanie: czy lewicowa koalicja musi robić oszczędności kosztem najsłabszych? Przecież i tak nie jesteśmy przygotowani do nagłego zastąpienia insuliny zagranicznych polskimi. Na ten temat wypowiedział się i konsultant krajowy z zakresu diabetologii, i wiele innych autoritetów.

Szanowni Państwo, zastosujmy w ochronie zdrowia starą maksymę: *primum non nocere*. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo panu senatorowi również za tę pracowitość, za rozszerzenie danego tematu o tę część dotyczącą ordynatur i mistrzów, którzy mają przygotować następców.

Pani senator Krzyżanowska – jeszcze zanim przejdziemy do prezentacji rządowej.

Senator Olga Krzyżanowska:

Chciałabym zabrać głos właściwie opozycyjny w stosunku do moich przedmówców. Ja uważam, że to, że jest źle w służbie zdrowia, wszyscy wiemy – i pacjenci, i my tutaj. Dzisiaj, choćbyśmy siedzieli do wieczora, wszystkich problemów nie rozwiążemy, nawet nie zdążymy ich poruszyć, nawet nie zdążymy usłyszeć na nie odpowiedzi, bo to jest taka szeroka paleta. Miałabym taką sugestię, propozycję, żebyśmy się naprawdę ograniczyli do najbardziej palącego problemu, to znaczy: narodowy fundusz i kontrakty. To się dzieje bowiem dzisiaj i teraz. Placówki padną, zanim my ustalimy takie czy inne strategiczne kierunki. Jako członek senackiej komisji zdrowia, jako b-

karz, uczestniczę prawie bez przerwy w różnych naradach, na których proponuje się bardzo słuszne i mądre plany na przyszłość, na których mowa jest o popełnionych błędach, przez ten czy tamten rząd. W tej chwili zaś sytuacja jest naprawdę paląca, jeśli chodzi o kontrakty. Do nas, do naszych biur przychodzą pacjenci, przychodzą lekarze i my nawet nie wiemy, co odpowiedzieć, bo jako komisja zdrowia nie wiemy, kiedy, jak, na jakich zasadach i czy w ogóle. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Właśnie te przygotowane komunikaty senatorów zmierzały ku temu, by uzyskać tę odpowiedź. I dlatego też teraz mikrofon, władza idzie w ręce...

Proszę bardzo, który z panów pierwszy? Pan minister czy pan prezes?

Pan minister Leszek Sikorski, proszę bardzo.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Pani Senator! Szanowni Państwo!

Chcę podziękować za zaproszenie i jeszcze raz wytłumaczyć powody, dla których o godzinie 11.00 musiałem pójść na posiedzenie Rady Ministrów – przed posiedzeniem rady usprawiedliwiałem się już i mówiłem, dlaczego musiałem być obowiązkowo obecny na posiedzeniu Rady Ministrów. Punktem pierwszym posiedzenia był bowiem projekt ustawy o restrukturyzacji pomocy publicznoprawnej i przekształceniu zakładów opieki zdrowotnej. Projekt ten w imieniu zespołu międzyresortowego przedstawiany był z rekomendacji pana premiera Hausnera i musiałem brać w tym posiedzeniu udział. Bardzo przepraszam, że państwo po ustaleniach pani senator musielście czekać na moją osobę.

Dziękuję za to wprowadzenie, dziękuję za wszystkie uwagi, które państwo wnieśliście. Pozwolę sobie odpowiedzieć na kilka szczegółowych pytań, tych, które dotyczą ministerstwa zdrowia, i ustosunkować się do kilku ogólnych uwag nakreślonych przez panią senator i panów senatorów, a później oddam głos panu prezesowi Panasowi.

Może na początku powiem, w tej ogólnej części, iż nie mam poczucia utraty kontroli nad systemem – chcę to wyraźnie podkreślić. Nie wiem, o jakiej opinii czy o jakich wypowiedziach mówiła pani senator, ale to jest do wyjaśnienia. Nie ulega zaś wątpliwości, że kontrolowanie tego systemu jest zadaniem bardzo trudnym, a także, iż minister zdrowia ma ograniczone kompetencje w zakresie sprawowania i kreowania polityki zdrowotnej. Nie będę się rozwodził nad tym problemem, ale wszyscy wiedzą, w jaki sposób kształtowało się ustawodawstwo w tym zakresie, od reformy administracyjnej państwa po szczegółowe ustawy i rozporządzenia. Nakreślono wówczas miejsce ministra zdrowia w tym systemie i ja staram się, będę starał się te funkcje wypełniać z należytą starannością.

Bardzo odpowiada mi sposób myślenia pana senatora Lubińskiego i całkowicie się z tym, co pan powiedział, zgadzam. Mniej lub bardziej udolnie staram się taką politykę kreować w duchu bardzo konsyliacyjnym, porozumienia i współpracy pomiędzy różnymi podmiotami, które są odpowiedzialne za realizowanie polityki zdrowotnej państwa już w sensie wykonawczym. Nie ma miejsca tutaj na konflikt, jest zaś miejsce

na ścisły nadzór i kontrolę, jest też obowiązek kontroli nad przestrzeganiem przepisów, nad przestrzeganiem prawa i obowiązek wszystkimi dostępnymi prawnie metodami wpływania na taki bieg wydarzeń, aby te wszystkie cele, co do których jesteśmy zgodni, w centrum których stoi pacjent, mogłyby być rzeczywiście realizowane. To polega na prawdzie. Doświadczenia pokazują, że dobry jest tylko taki układ, taki czysty podział kompetencji, ról, zadań i należy pokazać, za co płacimy, jakich oczekujemy świadczeń, jak dzielimy kompetencje pomiędzy poszczególnymi elementami tego systemu – od opieki podstawowej po leczenie specjalistyczne. Od tego zależy powodzenie całego procesu.

Chcę wyraźnie powiedzieć, że bardzo często w chwili obecnej zmuszeni jesteśmy koncentrować się na sprawach bardzo bolesnych, najważniejszych w danym momencie, jak chociażby zadłużenie systemu ochrony zdrowia. Siłą rzeczy przysłania to pewną dyskusję o działaniach w szerszym zakresie, w zakresie zdrowia publicznego.

Nie muszę w tym gronie wszystkich przekonywać o tym, że współczesna europejska, światowa medycyna, ochrona zdrowia i zdrowie publiczne, ma jasno sprecyzowane zadania i cele, które mieszczą się nie tylko w obszarze obowiązków ministra zdrowia, ale mieszczą się także w obszarach działań rządu. To są działania nakierowane na te elementy zdrowia publicznego, które w istotny sposób przyczyniają się do poprawy mierzonej wskaźnikami warunków zdrowotnych i, między innymi, dłuższą przeżywalnością czy zmniejszoną śmiertelnością noworodków.

Jeśli chodzi o uwagi, które poczynił pan senator, szczegółowe pytania dotyczące rozporządzeń odnoszących się do funkcjonowania lekarza rodzinnego, chcę powiedzieć, że na przełomie czerwca i lipca powołałem w formalny sposób zespół kilkurodowosobowy, a w nieformalny sposób prosiłem o współpracę środowiska związane z szeroką rozumianą działalnością w obrębie podstawowej opieki zdrowotnej. Zespół ten składa się z reprezentatywnych przedstawicieli środowiska lekarzy rodzinnych i pielęgniarek rodzinnych, w tym składzie są prezesi, kolegium lekarzy rodzinnych, konsultanci krajowi, prezesi towarzystwa lekarzy rodzinnych i środowisko pielęgniarskie. I niestety powiem z przykrością, iż podczas wielu spotkań tego zespołu nie udało się wypracować jednolitego stanowiska co do pełnienia funkcji lekarza rodzinnego. Konflikt jest zarówno pomiędzy środowiskami pielęgniarskimi, jak i lekarskimi, inne jest podejście do zakresu świadczeń wykonywanych przez lekarzy rodzinnych.

Przypomnę – a zapewne będzie mówił o tym pan prezes czy zespół pana prezesa – że te regulacje są wpisane w ustawę, a więc o pewnych sprawach musimy myśleć w kontekście obowiązującej ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia. W związku z tym tłumaczę, że niewydanie rozporządzenia w tym zakresie podyktowane jest chęcią doprecyzowania, dogadania się co do takiego kształtu, który nie będzie kontestowany przez żadną ze stron.

Kwestia dotycząca listy leków refundowanych. Przypomnę, że od wielu lat nie udało się żadnemu ministrowi...

(Brak nagrania)

Minister zdrowia ma obowiązek dwukrotnie w ciągu roku taką listę przedstawić i opublikować. Zgodnie z moimi deklaracjami propozycja listy leków refundowanych została ogłoszona i skierowana do konsultacji – z tygodniowym opóźnieniem, nie w czerwcu, ale w pierwszym tygodniu lipca. Proces konsultacji trwał tak długo, jak trwał, a jego efektem jest podpisanie przez ministra zdrowia, z kontrasygnatą minister-

stwa finansów listy leków refundowanych. Ta lista wzbudziła już i na pewno będzie wzbudzała dyskusje w środowisku, ale chcę wyraźnie powiedzieć, że naszą intencją jest jak najszerszej rozumiane dobro pacjenta i ograniczenie wydatków, złędnych wydatków. Szczegóły na ten temat można przeczytać nawet w dzisiejszej czy wczorajszej prasie. Jeśli chodzi o oceny tych czy innych specjalistów, te oceny na pewno będą różne. Jest pan dyrektor Błaszczyk, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej, więc jeżeli panie i panowie będziecie chcieli uzyskać odpowiedzi na szczegółowe pytania, to bardzo bym prosił, żeby kierować je do pana dyrektora. Idea polega na tym, żeby zmniejszyć wydatki, nieuzasadnione wydatki, które ponosi budżet państwa na refundację leków. Wspomniana przez pana senatora insulinoterapia według naszych danych, potwierdzonych danych, jest droższa w Polsce niż w wielu krajach Unii Europejskiej – jest droższa niż we Francji, jest droższa niż we Włoszech i niż w paru jeszcze krajach, ale o tym szczegółowo może powiedzieć pan dyrektor. Mamy tu do czynienia z gwałtownymi interesami, z działaniami monopolistycznymi. Jeśli chcemy rozmawiać na temat opinii konsultantów, to musimy powiedzieć, że dziwne jest, że te opinie się zmieniają. Bardzo często ci sami naukowcy i ci sami eksperci, którzy są autorami prac naukowych potwierdzających biorównoważność preparatów polskiej produkcji, innowacyjnych preparatów, nieustępujących swoją skutecznością preparatom firm zachodnich, kiedy dochodzi do publicznej dyskusji na ten temat, nieco zapominają o swoich wcześniej głoszonych i publikowanych poglądach. Nie jest dobrze, że, mówiąc brzydko, gra się pacjentem. Nie jest dobrze, że nasze środowisko, środowisko lekarzy, przysyła do ministra zdrowia powielane teksty tylko podpisywane przez różnych lekarzy, którzy protestują przeciwko temu czy innemu konkretnemu preparatowi wprowadzonemu na listę leków refundowanych.

Pani senator Janowska z niepokojem odnosi się do propozycji przekształcenia szpitali w spółki użyteczności publicznej. Ja oczywiście w czasie wielotygodniowych negocjacji i uzgodnień co do projektu ustawy nieraz przekonywałem o braku zasadności tych obaw i tych, o których wspomniała pani senator dotyczących niebezpieczeństwa prywatyzacji czy dzikiej prywatyzacji – chodzi o tę patologię, którą mieliśmy okazję obserwować w przypadku prywatyzacji sektora gospodarki.

Projekt ustawy na dzisiejszym posiedzeniu rządu został przyjęty. Ta ustawa zakłada z jednej strony pomoc państwa poprzez umorzenie części zobowiązań publiczno-prawnych, z drugiej strony wskazuje mechanizmy i drogi restrukturyzacji zakładu opieki zdrowotnej, czego finałem ma być przekształcenie SPZOZ w spółkę kapitałową, akcyjną albo z ograniczoną odpowiedzialnością, mającą charakter spółki użyteczności publicznej. Zachowujemy publiczny charakter szpitali poprzez większościowy, minimum – podkreślam: minimum – siedemdziesięciopięcioprocentowy pakiet udziałowy, a rozpoczynamy oczywiście od przekształcenia ze stuprocentowymi udziałami. Zakładamy tym sposobem możliwość objęcia części udziałów zarówno przez wierzycieli zakładu, jak i pracowników zakładu. Nowe regulacje dotyczące zarządu spółki, nadzoru spółki dają możliwość pełnej kontroli obecnym właścicielom. Sankcjonujemy to, co jest dawno usankcjonowane ustawami o samorządzie terytorialnym, a więc własność samorządu, czy to powiatowego, czy wojewódzkiego. W szczegółowych zapisach o radach nadzorczych spółki dajemy pierwszy raz pracownikom autentyczny wgląd w sprawę i udział w zarządzaniu spółką, szeroko rozumianym zarządzaniu. Nie podzielam więc obaw ani o dziką prywatyzację, ani jakkolwiek inną prywatyzację. Nie

podzielam tu obaw o ograniczenie dostępności do świadczeń. Tę nieograniczoną dostępność do świadczeń, bezwzględnie koniecznych dla zdrowia i życia pacjentów, gwarantujemy między innymi poprzez określenie krajowej sieci szpitali, która będzie budowana właśnie z placówek o charakterze spółek użyteczności publicznej. One będą gwarantem wykonywania wszystkich niezbędnych dla zapewnienia zdrowia i życia pacjentów świadczeń medycznych.

Jeśli chodzi o uwagi pani senator dotyczące obecności lekarza w szkole, to myślę, że ten etap restrukturyzacji, który dotyczy nie tylko lekarza rodzinnego zajmującego się dorosłymi, ale również opieki obejmującej dzieci, mamy już za sobą. Chcę przypomnieć, że decyzją rządu został wprowadzony program powrotu opieki pielęgniarskiej i opieki higienistek do szkół i ten program jest wdrażany we współpracy z ministrem edukacji w całym kraju.

Kwestia rezydentur. Jest to rzeczywiście bardzo nieprzyjemny zgrzyt w kontaktach na linii Ministerstwo Zdrowia i lekarze, szczególnie młodzi lekarze kończący studia. Tak się stało, iż nieporozumienie pomiędzy departamentem budżetu i Departamentem Nauki i Szkolnictwa, jak również zapowiedź, jakie zostały przewidziane na 2004 r. środki budżetowe, a są one ograniczone, w zakresie rezydentur, było powodem podania zupełnie zbędnej i niewłaściwej informacji o wstrzymaniu rezydentur. Chcę przypomnieć, że zwiększyła się liczba rezydentur o sto czy nieco ponad sto. Tę decyzję podjąłem na przełomie maja i czerwca, ale nie spotkała się ona z żadną uwagą – i to jest zrozumiałe, bo to jest coś normalnego i właściwego, mimo iż było działaniem ponadplanowym. W chwili obecnej prostujemy ten ewidentny błąd. Polega to na tym, iż zgodnie z moimi decyzjami zostały już przygotowane dokumenty w sprawie zwiększenia liczby rezydentur o około czterysta. Jest przygotowywany, uzgadniany projekt rozporządzenia mający zapewnić możliwość zmiany rozporządzenia tak, by umożliwić realizację tego przedsięwzięcia. Z całą pewnością te rezydentury będą, a środki na ten cel zostaną przekazane.

Kończąc, nie mogę powiedzieć, że nie zgadzam się z wypowiedziami pana senatora Pawłowskiego, które dotyczą zarówno elementów zarządzania, skuteczności zarządzania, sposobu funkcjonowania, jak i etyki lekarskiej. Wiele z krytycznych uwag, które odbieramy od naszych pacjentów, i wiele skarg i wniosków, które są przedmiotem właściwej analizy, dotyczy nie poziomu finansowania, nie wielkiej polityki zdrowotnej, tylko dotyczy bardzo przyziemnych, codziennych kontaktów lekarza z pacjentem czy młodego lekarza z zespołem, z którym pracuje. Są to więc zadania, które należą do obowiązków nas wszystkich jako edukujących i nas wszystkich jako współpracujących z całym środowiskiem medycznym: nauczycieli akademickich, którzy kształcą kadre medyczną, samorządu lekarskiego, który powinien stać na straży przestrzegania norm i zachowania itd. Oczywiście te uwagi przyjmuję i jeżeli będzie taka możliwość, będę wpływał na to, żeby ten kształt był właściwy.

Zgadzam się z wypowiedzią pani senator Krzyżanowskiej, iż dzisiaj kluczową sprawą jest kwestia kontraktowania świadczeń i uspokojenia sytuacji w systemie. Fundament został już zbudowany przez przyjęcie dzisiaj ustawy, choć ona oczywiście musi przejść całą drogę parlamentarną, również senacką – mam nadzieję, że przejdzie.

Proponowałbym, jeśli pani senator Sienkiewicz pozwoli, żeby oddać głos panu prezesowi Panasowi i jego zespołowi, aby ustosunkowano się do tych elementów, które wzbudzają niepokój dotyczący kontraktowania świadczeń.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Zaraz poproszę pana prezesa Panasa, który ustosunkuje się do części, ledwie zasygnalizowanych, niepokojących problemów.

Muszę jeszcze udzielić informacji, iż zacytowałam wypowiedź pana ministra zamieszczoną w „Trybunie”, 12, 13 lipca 2003 r., i powtórzoną w Pulsie: mam poczucie utraty kontroli nad systemem – Leszek Sikorski, uczestnik posiedzenia rady wojewódzkiej SLD w Wielkopolsce. Dziękuję.

Bardzo proszę pana prezesa.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Czuję się bardzo zakłopotany, ponieważ na trzy dni przed upływem terminu składania ofert mam mówić o tym, jak wygląda system kontraktowania świadczeń. Ta dyskusja właściwie już się kończy, ten ogień dyskusji, nie jest już czas na dyskusję. Cóż możemy zrobić wielkiego na trzy dni przed terminem złożenia ofert? Odbyliśmy wiele rozmów z różnymi środowiskami medycznymi, bowiem od czasu, kiedy przyjąłem funkcję prezesa narodowego funduszu, uważałem, i nadal tak uważam, że trzeba rozmawiać, trzeba się dogadywać. Ale znowu też miesiąc czy miesiąc z okładem to mało czasu, aby w systemie zaprowadzić zmiany, które zadowolą wszystkich.

Może zacznę od tego, że padały tutaj różne słowa pod adresem narodowego funduszu. Przedłużaliśmy termin składania ofert między innymi po to, aby dać możliwość i czas tym, którzy chcą oferty złożyć, aby mieli więcej czasu na dopracowanie i złożenie ofert. Chodziło więc o umożliwienie im przygotowania się i maksymalne ułatwienie przystąpienia do konkursu. Zmienione zostały w porozumieniu z ministrem zdrowia plany finansowe po to, żeby w tym systemie, te wszystkie środki, które są przeznaczone na leczenie, położyć na stół i powiedzieć: więcej po prostu środków na leczenie nie mamy. Zostały wyznaczone maksymalne stawki dla POZ, maksymalne stawki dla lecznictwa zamkniętego i stawki te nie mogą być większe, ponieważ narodowy fundusz nie ma więcej środków. W związku z tym chcielibyśmy uświadomić wszystkim, że to, o czym możemy dyskutować, leży na stole – narodowy fundusz niczego nie ukrywa i nie chce być stroną w tym sporze.

Uzupełniliśmy katalog świadczeń medycznych o brakujące procedury. Panią senator Janowską chcę uspokoić, że procedura, o której mówi, jest w katalogu i podejrzewam, że była. Trudne jest czytanie katalogu, bo jest tam tysiąc procedur. Wielokrotnie zresztą spotykamy się z taką sytuacją, że oto ktoś do nas przychodzi i mówi, że trzeba daną procedurę uwzględnić, a ona w katalogu już po prostu jest.

Chcę też powiedzieć, że pracujemy nad katalogiem świadczeń, ponieważ uważaliśmy i uważamy, że katalog świadczeń powinien być praktycznie realizowany – oczywiście z tą myślą, że jest to praca ciągła, praca, której nie zakończymy ani konkretnego dnia, ani po osiągnięciu konkretnej liczby procedur. Bo przecież to jest zmienne, zmieniają się technologie w medycynie, zmienia się sprzęt, powstają nowe leki, w związku z tym muszą się zmienić i procedury. Umówiliśmy się więc, że będziemy pracować – i pracujemy. To jest właściwie jedyne zadanie, które będziemy kontynuować gdzieś do połowy grudnia, po to, żeby po zakontraktowaniu świadczeń

czy w trakcie kontraktowania świadczeń uzupełniać również katalogi świadczeń, aby ta możliwość leczenia była pełna. Chcę państwu przypomnieć, że te katalogi świadczeń są zmieniane o procedury proponowane przez świadczeniodawców. Oczywiście nie unikamy tutaj sporów, bo są specjalności, które chcą mieć podobną czy taką samą procedurę – to wszystko rozstrzygamy.

Zmieniamy czy zmieniliśmy ogólne warunki kontraktowania świadczeń tak, aby narodowy fundusz nie był stroną dominującą. I nie jest stroną dominującą, może tylko pod tym względem, że to on ma środki i te środki musi rozdysponować według jakiejś procedury, według jakichś zasad. Mówienie w tej chwili o jakimkolwiek dyktacie jest więc chyba mówieniem o tym, co być może było kiedyś.

Mam pełną świadomość, że te rozmowy ani nie załatwiły wszystkich problemów, ani też nie miały możliwości objęcia całości problematyki. Były jednak i są prowadzone. Nawet jutro są kolejne rozmowy, bo być może jeszcze będą padały jakieś propozycje, które będzie można uwzględnić. Mogę powiedzieć, że to, co było możliwe do wprowadzenia i zmienienia, narodowy fundusz wprowadził i wszystko to idzie w kierunku polepszenia warunków leczenia pacjentów i wykonywania świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców. Mam świadomość niedoskonałości tego procesu ze względu na czas i, powiedzmy sobie, na to, że ta dyskusja powinna być prowadzona po prostu wcześniej.

Krótko chciałbym się odnieść do systemu kontraktowania, o którym tutaj rozmawiamy. Wszystko, co robi narodowy fundusz, jest zgodne z dyspozycjami zawartymi w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia – trzeba mieć tego świadomość. Przygotowane zasady kontraktowania świadczeń są takie same dla całego kraju. Oznacza to, że dla każdego ubezpieczonego na terenie naszego kraju narodowy fundusz zakupi świadczenia zdrowotne o takiej samej zawartości. I to jest rzecz nowa, różnie to wyglądało wcześniej. Jest to ważna zmiana, ponieważ w systemie kasowym poszczególne województwa różniły się pod względem zawartości poszczególnych świadczeń.

Narodowy fundusz w ujednoliconych zasadach kontraktowania określił świadczenia, które będą przedmiotem zakupów w ramach posiadanych środków finansowych, a tych środków jest oczywiście również określona ilość. I koszty świadczeń zdrowotnych plus koszty administracyjne to jest 29 miliardów 491 milionów 767 tysięcy zł, z tego koszty administracyjne, które w planach na rok 2004, w żadnym planie finansowym dla oddziałów, nie są większe niż w roku 2003, to jest 319 milionów 427 tysięcy zł w skali kraju. Największą grupę świadczeń obejmuje leczenie szpitalne i środki na ten cel wynoszą 11 miliardów 728 milionów 729 tysięcy zł. Następnie jest refundacja leków – 6 miliardów 123 tysiące 432 zł; podstawowa opieka zdrowotna – 3 miliardy 229 milionów 16 tysięcy zł; ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 2 miliardy 171 milionów 697 tysięcy zł – żeby tylko wymienić miliardowe pozycje w planie finansowym. Jeżeli państwa senatorów będą interesowały szczegóły, to oczywiście służymy danymi.

W tak zwanych katalogach świadczeń zdrowotnych zostały opisane, po długiej dyskusji, usługi, które będą udzielane ubezpieczonym. Te ujednoliczone zasady wprowadzono poprzez: jednolite standardy dotyczące zakresu obowiązku lekarza POZ i pielęgniarki środowiskowej, jednolite standardy wykonywania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – tutaj myślę o standardach dotyczących kwalifikacji

personelu pracującego w poradniach, posiadanego sprzętu medycznego, zakresu badań do wykonania – oraz jednolite standardy wykonywania świadczeń w lecznictwie szpitalnym, na przykład standardy dla oddziałów szpitalnych dotyczące liczby, kwalifikacji personelu, sprzętu medycznego w oddziale i dostępności diagnostyki. Celem tych wszystkich propozycji była realizacja zasady równości w chorobie.

W podstawowej opiece zdrowotnej utrzymano system kapitałowy finansowania świadczeń, który polega na opłacie za ubezpieczonego zadeklarowanego do lekarza. Celem zapewnienia pacjentom dostępu do niezbędnych badań diagnostycznych, określonych przez ministra zdrowia, zaplanowano wprowadzenie obowiązku przeznaczania przez lekarza POZ 10% stawki kapitałowej na badania diagnostyczne.

Promowany jest system całodobowej opieki. I chciałbym się odnieść do uwag, że pomoc stacjonarna w ramach POZ jest wymogiem ustawowym. Ponieważ narodowy fundusz musi realizować kontrakty według ustaw, to również ten wymóg jest wprowadzony. Dotychczas pomoc stacjonarną miało zorganizowane czternaście oddziałów narodowego funduszu, a tylko dwa nie miały stacjonarnej opieki i te dwa nie wnoszą, że mają potrzebę tej opieki. Pomoc wyjazdowa, mówiłem, jest to obowiązek ustawowy, tego po prostu nie jesteśmy w stanie obejść – i to jest rzecz zasadnicza.

W zakresie świadczeń stomatologicznych nie będzie istotnych zmian.

W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadzono istotne zmiany dotyczące różnych typów porad. Wprowadzono różne typy porad, które w zależności od stopnia złożoności są inaczej wyceniane. Najprostsza porada polegająca na wypisaniu recepty będzie opłacana najniżej, porada wymagająca udokumentowanego wykonania badań będzie opłacana wyżej, a porada polegająca na prostych zabiegach, możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych – najwyżej. Naszym zdaniem pozwoli to na racjonalizację wydatkowania środków poprzez racjonalizację z przedmiotowego zakresu świadczeń.

Ponadto w zakresie lecznictwa specjalistycznego wprowadzono zasadę podziału pomiędzy lekarza i narodowy fundusz kosztów wykonania drogiej badań. Zlecając takie badanie, na przykład wykonanie tomografii komputerowej, lekarz ze swej strony opłaca część, a narodowy fundusz dopłaca pozostałą część. Wprowadzone rozwiązanie wynika z doświadczeń poprzedniego systemu kas chorych i chodzi o racjonalizację zleczanych przez lekarzy kosztownych badań.

W przypadku lecznictwa szpitalnego przede wszystkim wyraźnie określono świadczenia, które będą finansowane. Tak zwany katalog świadczeń szpitalnych, który został wprowadzony, obejmuje blisko tysiąc trzysta procedur. On jest, jak mówiłem, poprawiany, uzupełniany, a prace nad nim zostaną zamknięte, myślę, że w połowie grudnia, w tej pierwszej fazie, bo nie sądzę, żebyśmy nie mieli potrzeby pracowania nad nim właściwie cały czas.

Przygotowanie jednolitego zbioru świadczeń w postaci katalogu wraz z wycenami punktowymi ma na celu przejrzystość usług. Musimy pamiętać o tym, że kontrola NIK, przy całym szacunku do medycyny stacjonarnej, wykazała, że mamy nieuzasadnione hospitalizacje, nadmierne hospitalizacje, wydłużane, powtarzane. Dzisiaj musimy myśleć o tym, o czym tu już państwo senatorowie mówili: żeby zrationalizować wydatkowanie środków na opiekę zdrowotną. Mam wrażenie, że przejrzystość usług systemu powinna do takiej racjonalizacji doprowadzić. Oczywiście, gdyby poddać się nurtowi dyskusji, okazałoby się, że kwestią dyskusyjną jest wycena punktu, ale o tym

mówiłem: narodowego funduszu dzisiaj po prostu nie stać na wyższą wycenę punktu niż 10 zł. Jeżeli będą takie możliwości, to oczywiście wszystko należy rozważyć, ale trzeba mieć świadomość tego, że środków na to nie mamy. I to jest ta podstawowa zmiana: odstępujemy od płacenia za pobyt, za hospitalizację, chcemy płacić za to, co zostało wykonane na rzecz pacjenta. Oczywiście system ten wymaga nadzoru, wymaga kontroli, wymaga sprawdzania. Do tego się przygotowujemy, zmieniana jest struktura, w tej chwili pracujemy nad strukturą organizacyjną centrali i oddziałów wojewódzkich, aby wprowadzony system mógł być w pełni kontrolowany.

Część świadczeń zdrowotnych, które ze względu na swoją specyfikę mogą być realizowane w różnych jednostkach organizacyjnych placówek służby zdrowia, wydzielono i skatalogowano – tak zwane świadczenia odrębnie kontraktowane oraz świadczenia onkologiczne.

Jeśli chodzi o rehabilitację leczniczą, to świadczenia dotyczące dziennego leczenia stacjonarnego, ambulatoryjnego i domowego, zostały katalogowo uporządkowane oraz przyporządkowane według wskazań medycznych. Podjęte w tym zakresie działania porządkują rynek świadczeń rehabilitacyjnych.

Opieka długoterminowa będzie świadczona w warunkach stacjonarnych i domowych w ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej, stacjonarnej opieki długoterminowej, domowej opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Zasady kontraktowania na rok 2004 uwzględniają różnorodność form opieki nad pacjentami wymagającymi tego typu pomocy.

W zakresie ratownictwa i transportu medycznego kontraktowane będą świadczenia realizowane przez trzy typy karettek: W, R i N, ponadto zakontraktowane będą świadczenia lotniczego transportu sanitarnego. Należy zaznaczyć, że stworzono możliwość kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez ambulatoria znajdujące się w strukturach pogotowia ratunkowego. I chciałbym tutaj powiedzieć pani senator Janowskiej, że jeżeli w Łodzi jest likwidowane ambulatorium przy pogotowiu, to proszę się w tej sprawie zwrócić do organu założycielskiego, ponieważ to do niego należy. My stwarzamy możliwość kontraktowania ambulatorium przy stacjach pogotowia.

Wprowadzono również pięć form leczenia uzdrowskiego: szpitale dla dorosłych, szpitale dla dzieci, sanatoryjne dla dorosłych, sanatoryjne dla dzieci oraz sanatoryjne dla dzieci z opiekunem. Kontrakty będą opierać się o turnusy z osobodniem jako jednostką rozliczeniową.

W zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze narodowy fundusz po dyskusji podjął decyzję o utworzeniu systemu. Jest to oczywiście początek drogi, jest to wyjście naprzeciw wszystkim, którzy z tym środowiskiem są związani, w celu ułatwienia realizacji świadczeń.

Chciałbym jeszcze się odnieść do słów pani senator Janowskiej o buncie w zdrowiu. Ja nie wiem, czy jest bunt, czy nie, nie chciałbym się bawić dzisiaj w przeliczanie danymi statystycznymi, ponieważ termin składania ofert mija dwudziestego pierwszego. Dane, które oczywiście mamy, pozwalają tylko na gdybanie, co będzie. A trzeba pamiętać o tym, że ten proces trwa. Obserwacja tego systemu pozwala stwierdzić, że najwięcej ofert składa się w ostatnich dniach. Dzisiaj wygląda to różnie w różnych województwach – w zachodniopomorskim zgłoszonych ofert w stosunku do roku poprzedniego jest prawie 46%, są oddziały, gdzie wskaźnik ten wynosi 29%, a jest pięć oddziałów, gdzie jest jednocyfrowy procent. Nie potrafię odpowiedzieć na pytanie, czy

to dobrze, czy źle, czy to dużo, czy mało. Moim zadaniem jest zawarcie jak największej liczby kontraktów. Narodowy fundusz pod moim kierownictwem nie jest strumą dla świadczeniodawców, może tylko nie móc pewnych postulatów zrealizować, bo po prostu najzwyczajniej nie ma na to środków. Ale uważam, że należy spróbować pomyśleć o tym, czy środki nie tkwią w systemie. Z tych dyskusji, które toczymy, wynika, że na przykład w lecznictwie stacjonarnym istnieje obawa, że oto zabraknie 20%, 10% czy 15% środków. I wyraźnie słyszymy, że to pacjent te środki wypracował, pacjent te środki, można powiedzieć, doleżał w szpitalu. Dzisiaj najzwyczajniej jest możliwość uzyskania tych środków poprzez procedurę i zwiększenie liczby leczonych pacjentów. Musi przyjść taki moment – i mam nadzieję, że to będzie w przyszłym roku – kiedy rzeczywiście pacjent będzie decydował o tym, gdzie się chce leczyć, a my tam będziemy przekazywali środki.

I to jest główna sprawa, o którą nam chodzi: zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, którzy się chcą leczyć, i tych, którzy chcieliby się leczyć w przyszłości. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Za moment rozpoczniemy dyskusję i ja już czuję tę temperaturę sali. Nie mogę sobie jednak odmówić jasnego postawienia sprawy. Pan prezes mówi, pan minister mówi: pieniądze są na stole. A zatem ja pytam: ilu ubezpieczonych jest do podziału tych środków? Czy już wreszcie jest jednoznacznie określona liczba ubezpieczonych? Czy rozstrzygnięto przynależność ubezpieczonych do oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia? Czy jest w jakiś sposób rejestrowana, obserwowana migracja ubezpieczonych? W jaki sposób mam potwierdzić swoje prawo do ubezpieczenia? Panie Prezesie, płacę ponad 850 zł miesięcznie składki, a nie mam dokumentu poświadczającego, że jestem ubezpieczona. Jestem pacjentką, nie tylko senatorem i nie mam takiego dokumentu, nie miałam czym wylegitymować się w placówce, która na wiarę w końcu przyjęła, że jestem ubezpieczona. Przecież od momentu ogłoszenia danych spisu powszechnego był na to czas. Mam tu odpowiedź ministra zdrowia na interpelację poselską, już przed wieloma miesiącami była taka odpowiedź, że jest tworzony taki rejestr, że będzie prowadzony, że się pojawi. Chcę więc wiedzieć, czy ten centralny wykaz ubezpieczonych – to nie jest oficjalna nazwa, jak go tak roboczo nazywam – czy to już wreszcie jest?

I jeszcze mam jedną sprawę. Dobrze wiemy, ile tych pieniędzy jest, ale te same pieniądze mogą być dzielone w różny sposób. Ja mam dziś fanaberię kupić sobie perfumy, a nie rajstopy, ale co ja mam odpowiedzieć pacjentce, która do poradni chorób piersi może zapisać się po 20 listopada na marzec, kwiecień lub maj? Ona do tego czasu może już nie żyć. Przecież do tej poradni nikt nie zapisuje się na korektę biustu!

Pan prezes powiedział, że jeśli chodzi o świadczenia stomatologiczne, to zmian nie ma. Tak przemknął się nad tym tematem. A ja powiem, jak wygląda rzeczywistość. Na uzupełnienie protetyczne trzeba czekać pięć lat, dokładnie: pięć lat, pięć razy trzydzieści pięć dni. Czy w tym czasie człowiek, którego nie stać na to, żeby kupić sobie prywatnie protezę, ma nie jeść z braku zębów? Czy to jest wyrok na jego przewód pokarmowy? Czy to jest celowe oszpecanie człowieka? Czy szczerbatym uśmiechem mamy przywitać Europę? Otrzymałam odpowiedź od prezesa kujawsko-

pomorskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia – zresztą jest to ta sama dyrekcja od 1999 r., od której nigdy pozytywnej odpowiedzi nie uzyskałam, w żadnej sprawie – że stale wzrasta liczba oczekujących na wykonanie wypełnień. No i dobrze, stale wzrasta liczba – i koniec.

I jeszcze ostatnie pytanie, bo nie mogę zmonopolizować tej dyskusji, ale mam tę gorącą potrzebę zadania pytań. Polityka zdrowotna dotycząca starości, ludzi starszych. Narodowy fundusz, mając te środki, którymi dysponuje, nie uwzględnia wyższych, nawet pięciokrotnie, kosztów leczenia ludzi starych. W rzeczywistości wygląda to tak. W czasie pobytu ubezpieczonego w placówce należy wykazywać tylko jedno świadczenie, nawet w przypadku wykonania więcej niż jednego świadczenia. Inne schorzenia nie mogą być współfinansowane. Jeśli pan profesor Religa kiedyś szczęśliwie zoperuje mi, na przykład, tętniaka aorty, a będę miała przy okazji inną chorobę, to pan mi już innej operacji nie wykona, pan tego nie robi. Postawię taką tezę i będę jej bronić – a jestem pewna, że znajdę sojuszników w tej obronie – iż poszukiwanie osoby z jedną procedurą leczniczą jest szczególnie w przypadku osób nieco starszych próżnym wysiłkiem.

Mogłabym tak bardzo długo liczyć i wymieniać różne sprawy. Chciałabym jeszcze powiedzieć o dzisiejszym triumfalnym posiedzeniu Rady Ministrów w sprawie projektu ustawy o pomocy publicznej, restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej itd. Mam wiarygodną informację, iż ta ustawa, ten projekt nie był opiniowany, uzgodniony w Komisji Trójstronnej. To jest sprawa, powiedziałabym, obok, ale jednak bezpośrednio łączy się z kontraktowaniem świadczeń, w ogóle z istnieniem ochrony zdrowia. Przepraszam, że ja to mówię, osoba po tej samej stronie, po której jest rząd, mój rząd. Ale nie sposób tych pytań nie zadać. Mam wrażenie, że panowie jak gdyby zamknęliście się w tych swoich gabinetach i mówicie, że narodowy fundusz właściwie nie jest stroną decydującą. A praktyka jest zupełnie inna. Proszę nam senatorom nie mówić, że jest tyle pieniędzy, bo to my stanowimy o tym, ile tych pieniędzy jest, i mamy świadomość, ile tych pieniędzy jest, ale chcemy, żeby strumień pieniędzy był kierowany w jakiś logiczny i jasny dla nas sposób. No, dalibóg, nie możemy tego dopatrzeć się chociażby na przykład w skazywaniu na udłękę osób chorych psychicznie – ale to już inne osoby na pewno o tym kompetentniej ode mnie powędzą.

Zatem bardzo państwa zachęcam do dyskusji – z poszanowaniem limitu czasu. Do tej pory zgłosili się: pan senator Marek Balicki, pan senator Religa, pani senator Koszada, pan senator Bielawski, pan profesor Pużyński – i mniej więcej w tej kolejności proszę zabierać głos.

Państwa, którzy są gośćmi, proszę, żeby przed zabraniem głosu przyciskali zielony przycisk na podstawie mikrofonu i przedstawiali się – jest to niezbędne do sporządzenia stenogramu z dzisiejszego posiedzenia.

A teraz głos ma pan senator Marek Balicki.

Senator Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

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

Ja mam pytania, nie chcę przedstawiać generalnych poglądów, bo wtedy nie starczy czasu na omówienie spraw najważniejszych. Mam więc tylko pytania i podzieliłem je na dwie grupy: te związane z kontraktowaniem świadczeń na rok 2004 i te,

które wiążą się z informacją pana ministra o przyjęciu przez Radę Ministrów projektu ustawy nowelizującej ustawy o ZOZ i o pomocy publicznej.

Pierwsza kwestia dotyczy konkursu ofert. Chciałbym wreszcie to wyjaśnić. Przez kilka tygodni na przełomie września i października trwał spór o plan finansowy i muszę powiedzieć, że nie wszystko dla mnie jako parlamentarzysty w informacjach na ten temat podawanych przez media było jasne. Dlaczego nie było jasne? Jak spojrzę do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, to czytam, że podstawę do sporządzenia planu finansowego stanowi Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i ten krajowy plan określa prognozowane środki, niezbędne do zaspokojenia potrzeb, oraz maksymalne ceny za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych. I zgodnie z art. 44 ustawy ten krajowy plan zabezpieczenia świadczeń powinien być udostępniony opinii publicznej również w fazie projektowej, także na stronach internetowych. Zwróciłem się więc pisemnie do pana ministra o przesłanie tego planu, ponieważ wiem, że został podpisany – termin był 30 września. W żaden sposób nie mogłem bowiem dotrzeć do treści tego planu, a ustawa w tym art. 44 nakłada taki obowiązek w sposób niebudzący wątpliwości. Myślę, że na pewno mniej konfliktów byłoby, gdyby cała polityka była transparentna, przejrzysta i gdyby były realizowane zapisy ustawowe. To, co jest ważne, że ten plan rzeczywiście został podpisany, tak naprawdę wiem od dziennikarzy. I czy w tym planie zostały określone maksymalne ceny za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych? Bo ja otrzymałem nie tak dawno informację, że zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił właśnie tę maksymalną wartość punktu różnicowaną w zależności od rodzajów świadczeń, a to jest kwestia wykonywania ważnych zapisów ustawy. I dalej pytam: na czym polegał ten konflikt, skoro plan finansowy powinien wynikać z Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych? Ja rozumiem, że konflikt powinien się rozgrywać na etapie krajowego planu, a nie już planu finansowego. I tyle, jeśli chodzi o plan.

Druga grupa pytań dotyczy tego, co teraz się dzieje. Myślę, że w interesie nas wszystkich jest, żeby zdażyć z kontraktowaniem świadczeń i żeby 1 stycznia nie było wątpliwości. Ale jak zajrzemy do ustawy, to zobaczymy, że ustawa stawia dosyć twarde wymogi i z ustawy wynika, że musimy zakończyć całą procedurę przed 1 stycznia. 1 stycznia muszą wejść w życie podpisane wcześniej umowy, bo tak stanowią przepisy: podstawą udzielania świadczeń jest umowa, wyłącznie umowa. Inny artykuł mówi, że umowa może być zawarta wyłącznie na podstawie procedury, która jest opisane w ustawie. Czyli nie może być tak, że wstecznie podpiszemy umowę. Musi być zakończona procedura, podpisana umowa i dopiero wtedy ona może wejść w życie. Dlaczego ja to wszystko mówię? Bo czasu zostało niewiele – półtora miesiąca. Mamy doświadczenia z poprzednich lat z funkcjonowaniem systemu kas chorych i muszę powiedzieć, że chyba nie pamiętam takiego roku, w którym to wszystko zdażyłoby się zrobić przed 1 stycznia – z tym że wtedy były inne zapisy ustawowe, dzisiaj zapisy ustawowe są twarde.

I mam w tej sprawie pytania. Pierwsze pytanie: czy będzie jeszcze kolejne przesunięcie terminu, jeśli w piątek się okaże, że znaczna część świadczeniodawców nie złożyła ofert? I drugie pytanie: co będzie, jak się nie zdaży z podpisaniem umów? Ale nie w takim kontekście, że muszą być podpisane ze wszystkimi świadczeniodawcami, bo wiemy, że nie, tylko chodzi o zagwarantowanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym. Zgadzam się z panem prezesem: to jest podstawowe zadanie funduszu. Ale co będzie, jak się nie zdaży? I może warto to dzisiaj przemyśleć.

I ostatnie pytanie dotyczące konkursu ofert związane jest z ogłoszoną wartością maksymalną punktów w poszczególnych rodzajach świadczeń. Muszę powiedzieć, że nie rozumiem jednej rzeczy – ale być może uzyskamy informacje, które te wątpliwości rozwieją – nie rozumiem, dlaczego wartość punktu dla świadczeń udzielanych osobom chorym psychicznie jest mniejsza niż dla innych. Może to świadczyć o dyskryminowaniu tej grupy osób, tej grupy pacjentów – a wiemy, że w różnych krajach, w różnych okresach historycznych chorzy psychicznie byli tą grupą dyskryminowaną, czasem nawet w taki nie do końca zimny, wyrachowany sposób. Czy nie zachodzi tutaj takie niebezpieczeństwo? Chciałbym wyjaśnić to, bo to jest jeden z mierników demokracji.

I teraz pytania – już zaraz skończę – dotyczące tej ustawy, którą Rada Ministrów przyjęła dzisiaj w formie projektu. Pan prezes już trochę powiedział na ten temat. Pytanie, które kieruję brzmi: czy dzisiejsze środki, które są w dyspozycji płatnika publicznego, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia, wystarczą na pokrycie kosztów zobowiązań narodowego funduszu czy publicznych placówek opieki zdrowotnej? Jak zrozumiałem z wypowiedzi pana prezesa, środków jest ograniczona liczba i one nie wystarczą. Chciałbym mieć jasność co do tego, bo uważam, że jest to ważny element zmian – przekształcenie w spółki itd. Co się stanie, jeśli to będzie jedyny element zmian, jeśli nie będzie wprowadzony kompleksowy program, którego innym elementem będzie dążenie do zapewnienia równowagi w systemie? A jak nie będzie równowagi w systemie, to będzie taka sytuacja jak dzisiaj. Przekształcenie w spółki polega na tym, że może być upadłość. A kiedy jest upadłość? O tym mówi prawo – jeśli przez dwa tygodnie nie płaci się długów, to wtedy jest obowiązek zgłoszenia upadłości. Rozumiem, że będą tam szczególne przepisy, które trochę będą chronić placówki, ale w efekcie ta zmiana jest po to, żeby stworzyć możliwość ogłaszania upadłości. Jeśli od początku zaczniemy z deficytem, z nierównowagą, to wtedy upadłość będzie nie dlatego, że są źle zarządzane placówki, tylko dlatego, że jest nierównowaga w systemie i wtedy ten cel – poprawa zarządzania – z którym chyba większość z nas się zgadza, nie będzie zrealizowany.

Sugerowałbym czy oczekiwałbym dyskusji publicznej nad zasadami korzystania z systemu opieki zdrowotnej, dyskusji nad tym, co zrobić, żeby zapewnić równowagę. Czy jest bezpieczne dla systemu, jeśli z jednej strony wprowadzamy mechanizmy gospodarki rynkowej, czyli spółki, a z drugiej strony utrzymujemy, dzisiaj w dużej części fikcyjny, szeroki, bezpłatny dostęp do wszystkich świadczeń? Czy taki system jest w stanie sprawnie funkcjonować? Tutaj mam wątpliwości. Popieram przekształcenia w spółki, ale uważam, że nie zda to egzaminu – i wtedy może być gorzej – jeśli nie będą wzięte pod uwagę inne elementy. I stąd pytanie, czy dzisiaj jest równowaga, bo od tego zależą skutki przekształcenia.

I dwie szczegółowe sprawy. Czy w tym projekcie ustawy została zmieniona skandaliczna, w mojej ocenie, propozycja znowelizowania art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej? Bo to, co było w pierwotnym projekcie skierowanym do konsultacji, to była próba zamiany brzmienia tego artykułu tak, że zakłady opieki zdrowotnej mają obowiązek, nie jak dzisiaj, udzielania pomocy w stanach zagrożenia zdrowia i życia, ale tylko w stanach zagrożenia życia. Dlaczego skandaliczna? Kodeks karny bowiem zobowiązuje każdego lekarza do tego, żeby udzielać pomocy nie tylko, kiedy jest zagrożone życie, ale także wtedy, kiedy jest zagrożone zdrowie. I w ogóle misją systemu opieki zdrowotnej, nie tylko w Polsce, ale na całym świecie, jest udzielanie

pomocy nie tylko w stanach bezpośredniego zagrożenia życia. Chciałbym więc zostać uspokojony, że ten przepis został odrzucony.

I ostatnie, już najbardziej szczegółowe pytanie dotyczące listy refundacji. Tutaj może jedna korekta do wypowiedzi pana ministra. Z tego, co pamiętam, to w ubiegłym roku była ogłoszona lista leków refundowanych i nawet konflikty związane z tą listą były dużo większe niż w tym roku, ale nie było tak przez kilka lat. Mnie jednak chodzi o jedną rzecz. Z zasady akceptuję i popieram efektywne wydawanie środków, czyli: jeśli możemy coś kupić taniej, a to jest tej samej wartości, to należy to zrobić. Ale przy tej liście nie wszystkie zmiany były zgodne z tą zasadą. I znowu, jeśli chodzi o grupę osób chorych psychicznie, i to sensu stricto, czyli o wąsko rozumianych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, a mianowicie chorych na schizofrenię, to od 1 grudnia zostaną oni pozbawieni dostępu do wartościowego leku, który dotąd był za odpłatnością ryczałtową, a teraz, niestety, będzie dostępny za sto kilkadziesiąt złotych za kurację miesięczną. W przypadku znacznej części pacjentów nie będzie możliwa zamiana tego leku na inny, bo właśnie dlatego ten lek jest zapisywany, że nie można w niektórych przypadkach zastąpić go innymi lekami. I to wzbudza mój niepokój. Tu nie ma tej kwestii, że jest jakiś odpowiednik krajowy, bo w tej chwili na rynku nie ma odpowiednika krajowego. I to jest lek o międzynarodowej nazwie risperidon. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Pan senator Zbigniew Religa.

Senator Zbigniew Religa:

Pani Przewodnicząca, z ogromną radością przyjąłem wystąpienie pani przewodniczącej i senator Janowskiej, ponieważ świadczy ono o tym, że Unia Pracy przechodzi do opozycji wobec rządu, i sprawia mi to istotną satysfakcję. Chcę powiedzieć kolegom senatorom, że w tym roku przeżywamy rzeczywiście ogromny problem, trzęsienia ziemi i chaos w ochronie zdrowia, ale, Panie Senatorze Balicki, w tym momencie, kiedy pan był przewodniczącym komisji zdrowia, to państwo forsowaliście ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia i wspieraliście w działaniach ministra Łapińskiego. I pan, Panie Senatorze, jak i pozostali koledzy, którzy za tą ustawą głosowali, powinniście dzisiaj czuć się odpowiedzialni za sytuację ochrony zdrowia w Polsce. To są ogólne stwierdzenia.

A teraz konkretne pytania. Panie Ministrze, nie znajduję odpowiedzi, pytam się codziennie moich współpracowników, czy może mają wiadomość, jak wygląda system kontraktów z Ministerstwem Zdrowia, bo po prostu nie wiem, nie mam pojęcia, jak to będzie wyglądało w przyszłym roku. Do tej pory nie mamy jeszcze tej informacji. A chodzi oczywiście o procedury wysokospecjalistyczne.

I drugie pytanie kieruję do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Panie Prezesie, pan stwierdził, że pańskim zadaniem jest zakontraktowanie jak największej liczby świadczeń. I tu, uważam, popełnia pan wielki błąd, przynajmniej w rozumieniu dyrektora instytucji. Zakontraktować najwięcej to znaczy nie płacić tyle, ile się należy za daną procedurę. Wolałbym, żeby pan zakontraktował mniej procedur i płacił tyle za procedurę, ile ona naprawdę kosztuje.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, trudno. Trzeba mieć odwagę w pewnym momencie powiedzieć ludziom: limit jest taki i nie jesteśmy go w stanie przekroczyć. Nie można stawiać dyrektorów instytucji cały czas w sytuacji zadłużania instytucji. Po prostu płacimy tyle, ile to kosztuje, plus amortyzacja sprzętu. Wtedy państwo możecie mówić: menedżerowie są źli, bo sobie nie dają rady. Ale jeśli nie dopłacacie do tych procedur, to wszyscy menedżerowie muszą być źli – taka jest prawda. W związku z tym, czy nie lepiej jest mniej, a za lepszą cenę? Nie do końca zrozumiałem pana prezesa – czy będą dla instytucji limity wykonywania danych procedur, czy ich nie będzie? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Zanim głosu udzielę pani senator Aleksandrze Koszadzie, proszę bardzo – pan senator Balicki ma prawo do ad vocem.

Senator Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Panie Profesorze Religa, muszę powiedzieć, że zadziwił...

(Senator Zbigniew Religa: Nie spodziewał się pan tego.)

Nie, ja się spodziewam wszystkiego, wie pan, po tylu latach funkcjonowania w polityce wszystkiego należy się spodziewać. Ale zadziwił mnie pan, bo to, co jest istotą systemu opieki zdrowotnej, to jest kompleksowa naprawa. To nie jest skupienie uwagi na jednym elemencie – na instytucji płatnika. Może ja panu zadam pytanie: dlaczego pan, kiedy była uchwalana ustawa o kasach chorych, czyli w zasadzie o tym samym, o czym mówi ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia, zgadzał się z takim podejściem, że wprowadzenie ubezpieczeń to jest załatwienie wszystkich problemów ochrony zdrowia? Tak nie jest. Instytucja płatnika jest tylko jednym z elementów i ta instytucja musi być zorganizowana w sposób racjonalny. Ale najlepsze zorganizowanie instytucji płatnika... A ta instytucja była źle zorganizowana od samego początku – i pan doskonale o tym wie – fundusz przez wiele miesięcy nie miał prezesa. A z tego, jak funkcjonuje instytucja zatrudniająca sześć tysięcy osób i niemająca prezesa, szefa, który będzie prezesem przez dłuższy czas, pan doskonale sobie zdaje sprawę – najlepiej zaprojektowana instytucja nie może w ten sposób dobrze funkcjonować. Ale to nie jest jedyny element. Drugi element to funkcjonowanie świadczeniodawcy. Trzeci element to zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Czwarty – polityka lekowa. Jeśli nie będzie tych czterech elementów uwzględnionych w programie naprawy, to czy będą to kasy chorych, czy narodowy fundusz, będzie to samo, bo dzisiaj mamy te same problemy, które były w kasach chorych. Musi być kompleksowa reforma. I apelowałbym do pana, Panie Profesorze, o poparcie kompleksowej reformy systemu naprawy systemu opieki zdrowotnej. Wtedy wspólnie będziemy zadowoleni.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Pani senator Aleksandra Koszada.

Senator Aleksandra Koszada:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Moi przedmówcy poruszyli wiele bardzo ważnych kwestii, zresztą obecność dzisiaj tylu osób na tej sali świadczy, jak poważny jest to temat.

Chciałabym powiedzieć, że pan senator Religa podniósł bardzo ważną kwestię – czy my rzeczywiście wiemy, ile co kosztuje. Do tej pory było tak, że w zależności od tego, jaka była to kasa chorych, za poszczególne procedury różnie płacono, na przykład w mazowieckiej kasie – 20 zł, w łódzkiej – 10 zł. I teraz mam pytanie: czy my wiemy, jakie są rzeczywiste koszty poszczególnych placówek, na przykład szpitali o tym samym profilu? Czy mamy coś, na czym możemy się oprzeć? Bo może się okazać, że koszty funkcjonowania niektórych zadłużonych szpitali są znacznie niższe – a są takie przykłady i dlatego ten temat wywołuję. Nie będę na ten temat się więcej rozwodzić.

Następna kwestia to sprawa ilości środków w systemie. Jeden z ministrów finansów twierdził, że pieniądze są marnotrawione i tych pieniędzy w systemie jest za dużo – nie będę mówiła który, już nie jest ministrem. Należy się jednak zastanowić nad pewnymi patologiami. Z danych, które mam, wynika, że w szarej strefie przerzuca się gdzieś około 15 miliardów zł kosztów – i może tylko tyle w skrócie powiem. Co z zasadą konkurencyjności? Przecież pracując w normalnej firmie, nie można działać w innej, która działa na szkodę tej pierwszej firmy. Nie chcę tu mówić o gabinetach prywatnych, o przerzucaniu kosztów na szpitale itd. Ja temat sygnalizuję, bo naprawdę na wielu spotkaniach ta sprawa jest bardzo często podnoszona.

Kolejna kwestia – marnowanie środków. To jest kwestia komorników. Chciałabym podać dane: w 2000 r. ponad 29 milionów zł zostało przekazanych komornikom lub organom egzekucyjnym, w 2001 r. – ponad 127 milionów zł, w 2003, do września – 350 milionów zł. Te dane należy czytać w kontekście restrukturyzacji zadłużenia szpitali. Niektóre szpitale już funkcjonują w miarę prawidłowo, dostosowały czy prawie dostosowały koszty do wydatków, ale garb zadłużenia powoduje dodatkowe koszty – i dlatego o tym mówię.

Następna sprawa: tak zwana ustawa 203. Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia zakłada zapewnienie 200 milionów zł z tytułu wypłaty w związku z tą ustawą. Roszczenia z tego tytułu wynoszą na 12 listopada 1 miliard 313 zł. Jeżeli chodzi o pozwy sądowe, to w tej chwili jest to kwota około 220 milionów zł i w najbliższym czasie powinny być następne wyroki. Czy tu nie grozi nam jakieś załamanie?

Następne pytanie: kiedy w końcu będzie sieć szpitali?

Chciałabym na moment jeszcze wrócić do tematu, który poruszyła senator Janowska – kwestia specjalizacji. Ale nie chodzi mi o temat niemożliwości kształcenia nowych ludzi. Nie chodzi mi o etaty rezydenckie, bo to jest z funduszu państwa, ale chodzi mi o możliwości specjalizacji bez etatów rezydenckich. Dlaczego są tak ograniczone limity na województwa? Są oddziały, które mają akredytację, mogą szkolić młodych ludzi bez dodatkowych kosztów, ale się im to uniemożliwia. Zresztą wiem coś o tym – mój syn na własnej skórze się o tym dowiedział. Wielu młodych ludzi zwraca się z tym tematem do mnie.

I na sekundę muszę wrócić do sprawy leków refundowanych. Senator Wojciech Pawłowski poruszył tę kwestię. Jestem również za tym, żeby... Bo tanie leki są równie skuteczne jak leki drogie. Ale byłam ostatnio na spotkaniu stowarzyszenia diabetyków z okazji ich święta i usłyszałam wiele gorzkich słów. I nie chodzi o to, że na liście le-

ków jest insulina firmy Bioton, bo twierdzą, że to jest bardzo dobra insulina, tylko o to, czy Bioton potrafi zaspokoić potrzeby. Ale najważniejsza sprawa to jest to, że Bioton nie produkuje analogów. Dzieci, młodzież i osoby z pierwszym typem cukrzycy leczeni są tak zwaną metodą intensywną, w przypadku której używa się podkładu insuliny długodziałającej, a przed każdym posiłkiem podaje się humalog. To jest kwestia tylko tego leku, bo praktycznie będzie brakowało intensywnej insulinoterapii. I tak jak wszyscy twierdzą: znacznie droższe będą powikłania. I tu nie ma innego zdania: jeżeli są polskie leki, preferujemy polskie leki. Ale kiedy nie ma odpowiednika, należy się nad tym zastanowić. Czy była prowadzona rozmowa z dwoma firmami, Lilly i Novo Nordisk, które produkują wszystkie typy, chodzi właśnie o te analogi? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

W tej turze wypowiedzi mam jeszcze dwa zgłoszenia: pana senatora Janusza Bielawskiego i pana profesora Pużyńskiego. Następnie będzie tura odpowiedzi. Zachęcam państwa do zabierania głosu już po tych odpowiedziach, jeżeli będą jakieś luki w wyjaśnieniach bądź okaże się, że są zagadnienia, których jeszcze nie dotknęliśmy.

Bardzo proszę, pan senator profesor Bielawski.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, chcę wejść panu w słowo. Chodzi o kontakt lekarz – pacjent. Pan był uprzejmy zauważyć, że nie wpływa na to sposób finansowania. Ja się nie zgadzę z tym poglądem. Pragnę tutaj przytoczyć takie doniesienie, które ukazało się w „Trybunie” 10 września – artykuł Piotra Wielechowskiego „Sens życia według ordynatora” z nadtytułem: „Radom. Znieczulica w służbie zdrowia”. Pominę tutaj sprawy, które w związku z pobytem w szpitalu w Radomiu poszkodowanego w wypadku Pawła S. miały zaistnieć, bo sądzę, że powinna się tym zająć prokuratura. Moje zdziwienie budzi oburzenie autora artykułu, że mimo tylu obrażeń poszkodowany po tygodniu został wypisany do domu. Autor dodaje, że pewne znaczenie ma tu fakt, że chłopak jest nieubezpieczony. W tym miejscu chciałoby się zawołać: ależ, Panie Redaktorze, gdzie pan żyje? Nie widzi pan, że służba zdrowia również podlega mechanizmom rynkowym? To nie znieczulica, ale wymagania rynkowe. I jeśli za ubezpieczonego nie zapłaci rodzina, co zdarza się wyjątkowo rzadko i zazwyczaj po wyroku sądu, to szpital powiększa swoje zadłużenie. I nie ma się co z tego powodu gorszyć. A tej świadomości nasze społeczeństwo nie ma. Obserwuje się wiele źle odbieranych przez społeczeństwo zachowań lekarzy, które wynikają po części z takiego, a nie innego sposobu finansowania. Na przykład niechęć kierowania pacjentów do specjalistów przez lekarzy pierwszego kontaktu wynika z tego, że jeżeli lekarz przekroczy limit kwoty przeznaczonej na skierowanie do specjalistów, to będzie płacił z własnej kieszeni.

I żeby to wszystko zrozumieć, trzeba sięgnąć do historii reformy ochrony zdrowia, której skutków w tej chwili doświadczamy. Pierwszą rzeczą, którą zrobił ówczesny wicepremier, pan profesor Balcerowicz, było obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do 7,5%. Był on bardzo gorliwym promotorem tego obniżenia. Uzasadniał to na dwudziestym piątym posiedzeniu Senatu IV kadencji i w artykule ogłoszonym we

„Wprost”, nr 5 z 1999 r., pod znamienym tytułem „Worek bez dna”. Z wystąpienia i artykułu wynika wręcz obsesyjne przekonanie, że marnotrawstwo w służbie zdrowia jest olbrzymie, a nakłady są wystarczające. Dla udowodnienia tej tezy profesor Leszek Balcerowicz stwierdza, że nie jest tak źle, bo rozmiar szarej strefy w usługach medycznych oszacowano w 1997 r. na 3,4% PKB i jeśli zsumujemy te nieoficjalne nakłady z wydatkami budżetu, okaże się, że na służbę zdrowia przeznaczamy ponad 7% PKB, a jest to więcej niż w Danii i Wielkiej Brytanii – to są dosłowne cytaty ze stenogramu. Jak z tego wynika – jest świetnie. Trzeba tutaj stwierdzić, że pan premier zagalopował się, bo w tym czasie nakłady na zdrowie w krajach Unii Europejskiej wynosiły 8,9% PKB. A na jakiej podstawie oszacowano wielkość nieoficjalnych nakładów na zdrowie, że wynosi ona akurat 3,4% PKB, nie bardzo wiadomo – czy chodzi o to, że takie jest powszechne przekonanie, czy też pod każdym biurkiem lekarza siedzi wywiadowca z Ministerstwa Finansów? Jest rzeczą znamieną, że ciągle doświadczamy pomysłów, które mają naprawić ochronę zdrowia. Ostatnim takim pomysłem jest przekształcenie zakładów społecznej służby zdrowia w spółki kapitałowe, żeby można było ogłosić upadłość. Przypomnę tutaj, proszę państwa, że złożyłem oświadczenie senatorskie po wystąpieniu pana premiera Balcerowicza i pytałem, skąd się wzięła ta liczba nielegalnych dochodów w ochronie zdrowia. Na to nie otrzymałem odpowiedzi.

Kolejnym problemem okazało się to, że rośnie konsumpcja leków, że nakłady – zaraz skończą – na leki są przekraczane. W efekcie tego pozbawiono bezpłatnych leków emerytów, rencistów, pozbawiono służbę zdrowia, która sobie to wywalczyła przy Okrągłym Stole i zostali tylko inwalidzi wojenni, których liczba stale się kurczy. Nie był to pomysł na uzdrowienie gospodarki lekami.

Dalej – menedżerowie. Pojawił się ten projekt za czasów ministra Maksymowicza. Dwukrotnie składane w tym okresie moje interpelacje odniosły taki skutek, że byłem przekonywany, że jest to jedyny sposób na uzdrowienie funkcjonowania społecznych zakładów służby zdrowia. A jaki jest efekt tego wszystkiego, wszyscy doskonale wiemy, więc przytoczę tylko jeden przykład. Pewien menedżer w szpitalu, w którym pracowałem, wiedząc, że będzie odwołany, wypłacił sobie 200 tysięcy zł premii i nie można tych pieniędzy od niego ściągnąć, bo takie jest akurat prawo. Wszyscy, którzy proponują takie chociażby rozwiązania jak ta zmiana na spółki prawa handlowego powszechnych zakładów służby zdrowia... Można powiedzieć, że jeden profesor ekonomii zaczął, a drugi profesor – bo jest to pomysł pana profesora Hausnera – może dokończyć dzieła pod tytułem destrukcja szpitalnictwa w Polsce.

Ponieważ cytuję fragmenty większego opracowania, to całość tekstu pozwolę sobie przekazać panu ministrowi.

I na koniec mam kilka pytań. Odniosę się do całodobowej opieki. W marcu 2000 r. odbyła się konferencja organizowana przez Klub Parlamentarny SLD pod tytułem „Narodowa ochrona zdrowia – konsultacje”. Pozwoliłem sobie tam wystąpić i powiedzieć między innymi, że całodobowa opieka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest po prostu przy tym poziomie finansowania niewykonalna. Pytanie: dlaczego finansowanie procedur wysokospecjalistycznych przesuwają kolejno do narodowego funduszu, który nie jest w stanie zagwarantować wszystkiego, co można by było zagwarantować.

O krajowej sieci szpitali już słyszę od sześciu lat. Obiecywał to rząd Jerzego Buzka, ustami pana ministra obiecuje rząd Leszka Millera.

I teraz jeszcze jedna rzecz. Jeżeli się nam mówi, że wszystko jest dobrze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeszcze moment.

Pan minister był uprzejmy wspólnie z panią wiceminister Kralkowską wystąpić w „Tygodniku politycznym Jedyńki” – rzecz się działa na początku października. Chodziło o to, że pani minister Kralkowska była uprzejma powiedzieć, że nie jest tak źle, bo w ubiegłym roku było 20% szpitali, które bilansowały swoje rozchody z przychodami, a w tym roku jest 30%. No i muszę powiedzieć, że się zdziwiłem, więc złożyłem stosowną interpelację, czyli oświadczenie, żeby podać te szpitale, które nagle przy zmniejszonym z roku na rok poziomie finansowania osiągnęły zbawczy bilans. Panie Ministrze, to, co dostałem w odpowiedzi na to, to są czyste kpiny. A mianowicie: w nawiązaniu do oświadczenia pana Janusza Bielawskiego przesłanego na piśmie z dnia 15 października uprzejmie informuję, iż odpowiedź na zapytanie pana senatora zostanie udzielone niezwłocznie po wyjaśnieniu wszystkich okoliczności sprawy. Jednocześnie przepraszam za zwłokę. Z upoważnienia ministra zdrowia – podsekretarz stanu Wiktor Masłowski.

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: W telewizorze można powiedzieć, co się chce, a w życiu...)

Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Przepraszam, że panu senatorowi przeszkodziłam, po prostu wypowiedziałam się już poza mikrofonem. W telewizji, bez odpowiedzialności można powiedzieć, co się chce, a już na piśmie bardziej się asekuje i tak lekkomyślnie, tak beztrąsko się liczbami nie manipuluje.

(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Mogę odpowiedzieć?)

Proszę, Panie Ministrze.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Pani Senator, myślę, że to nie jest uwaga, przepraszam bardzo, uzasadniona. Proszę zauważyć, że padło ogólne pytanie w sprawie ogólnej wypowiedzi o określonych placówkach czy procencie placówek, które sobie radzą. Jeśli pan senator oczekuje szczegółowego wyspecyfikowania tych placówek, które sobie radzą, to chcę zwrócić uwagę, że solidność udzielania odpowiedzi nakazuje zwrócenie się do poszczególnych organów założycielskich z pismem, z wnioskiem o przedstawienie danych na ten temat. Ja już pomijam fakt, że raczej staramy się dochowywać obowiązujących terminów na udzielenie odpowiedzi na interpelacje czy zapytania posłów i senatorów. W związku z tym proszę może na tym poziomie nie komentować tego i nie mówić, że publicznie wypowiedane słowo nie musi być poparte faktami, bo... Poza tym to nie była moja wypowiedź, tylko wypowiedź pani minister Kralkowskiej. Ja osobiście jestem bardziej sceptycznie nastawiony do rzeczywistości i do tego, czy jest dobrze czy źle, chociaż nie mogę nie dostrzegać faktu, iż na bodajże tysiąc siedemset siedemdziesiąt cztery placówki lecznictwa zamkniętego 30% niepublicznych bilansuje swoje przychody i wydatki, a z sektora publicznego – 20%. Pan minister Masłowski oczywiście może dostarczyć informacji szczegółowych na ten temat. Proszę więc może nie komentować

tęgo, że ktoś publicznie, w telewizji, pozwala sobie na sformułowania, które nie mają poparcia w faktach...

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Przepraszam pana ministra, ale jednocześnie muszę powiedzieć, że nasz stosunek do takich wypowiedzi wynika z dwuletnich, bardzo dotkliwych doświadczeń senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia i z naszego dużego dystansu do różnego rodzaju wypowiedzi różnych przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. I w tym momencie chciałabym zamknąć ten wątek.

I udzielam głosu – przepraszam za długie oczekiwanie – panu profesorowi Pużyńskiemu.

Proszę bardzo, jest pan naszym miłym gościem.

Krajowy Konsultant w dziedzinie Psychiatrii Stanisław Pużyński:

Bardzo dziękuję, Pani Senator, za umożliwienie mi wypowiedzenia się dzisiaj.

Postaram się mówić zwięźle i nawiązać do wypowiedzi pana senatora Balickiego w związku z osobami chorymi psychicznie. Ja również odnoszę nieodparte wrażenie, że w opublikowanych propozycjach co do wartości punktów w złotówkach chorzy psychicznie są chyba – nie boję się tego słowa – dyskryminowani i w związku z tym można mówić, że są osoby równe i równiejsze, jeśli chodzi o prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Żeby moja wypowiedź była zwięzła, odczytam treść mojego pisma skierowanego 5 listopada do pana prezesa narodowego funduszu w związku z informacjami, jakie pojawiły się na temat wartości punktów. I tak pisałem wówczas: Szanowny Panie Prezesie, z dużym niepokojem odebrałem informacje prasowe na temat projektowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wartości punktu dla psychiatrii na poziomie 7 zł 50 gr. I może byłem mocny w słowach, bo dalej napisałem, że stanowczo przeciwko takim planom protestuję i zwracam się do pana prezesa o stosowną interwencję, ponieważ przyjęcie takiej wartości doprowadzi do zapaści leczenia psychiatrycznego, bo to oznacza zredukowanie nakładów o 25% na psychiatrię, nic innego, a w konsekwencji ograniczy dostępność do świadczeń pacjentom z zaburzeniami psychicznymi i osobom uzależnionym. Zwracam uwagę na fakt, że przyjęte przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasady kontraktowania świadczeń w zakresie leczenia psychiatrycznego i uzależnień zostały wraz z propozycją punktacji opracowane przez zespół Instytutu Psychiatrii i Neurologii przy bardzo wyważonym i ostrożnym założeniu, że wartość punktu nie spadnie poniżej 10 zł. Tylko przy takiej wartości punktu cena poszczególnych rodzajów świadczeń ma szansę pokryć ponoszone koszty. Dotychczasowe skutki zaniżonego finansowania świadczeń, praktykowane zwłaszcza przez kilka kas chorych, doprowadziły do poważnych problemów ekonomicznych części zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej i de facto zerwania ciągłości opieki nad osobami chorymi psychicznie w niektórych regionach kraju. Ujednolicone zasady kontraktowania świadczeń są propozycją spójną, zapobiegającą załamaniu się leczenia psychiatrycznego, pod warunkiem utrzymania wartości proponowanej w naszych założeniach – mam na myśli poziom nie niższy niż 10 zł. Z tego też względu uprzejmie proszę pana prezesa o podjęcie decyzji zgodnych z pierwotnymi założeniami przyjętymi przy opracowywaniu ujednoliconych zasad. Takie było wówczas moje wystąpienie. Stwierdzam z dużą

przykrością, że to, co wczoraj zostało opublikowane w Internecie, nie jest spójne z tym wystąpieniem. Na leczenie ambulatoryjne przeznaczamy 7zł 50 gr za punkt, na leczenie zamknięte nieco więcej, co oczywiście nie zmienia istoty sprawy. I tyle w tej sprawie. Liczę, że osoby chore psychicznie będą korzystały z tych samych praw, co osoby chore somatycznie.

Drugi problem, nad którym, jak rozumiem, nie będziemy tutaj dyskutowali głębiej, bo nie ma ku temu warunków, to problem list refundacyjnych. W czasie mojej działalności konsultanta krajowego nigdy nie występowałem o poszczególne preparaty. Uważałem, że należy mówić o polityce lekowej. Występuję w tej sprawie do kolejnych ministrów zdrowia, czynię to od pięciu chyba lat – mam odpowiednią dokumentację. Mam istotne wątpliwości co do, po pierwsze, wykazu chorób, które uprawniają do leków refundowanych. To jest lista niepełna i istotnie krzywdząca osoby chore psychicznie. Ona nie zapewnia elementarnego komfortu leczenia. Przypomnę, że do leków neuroleptycznych są uprawnieni chorzy z lekooporną schizofrenią. Jest to ewidentne oczywiście nieporozumienie. I drugie moje zastrzeżenie dotyczy zasady równania cen poszczególnych leków w ramach grupy do leku najtańszego. Tutaj przedstawiłem uzasadnienie, że w odniesieniu do niektórych grup leków, leków przeciwdepresyjnych i leków neuroleptycznych, to równanie nie ma większego sensu. Są to różne leki, istotnie różne pod względem farmakologicznym, skuteczności i wskazań, a w związku z tym równanie na przykład wymienionego przez pana senatora rispoleptu do olanzapiny jest, z mojego punktu widzenia, oczywistym nieporozumieniem. Bardzo dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Poproszę pana ministra zdrowia Leszka Sikorskiego.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Dziękuję bardzo.

Pani Senator! Szanowni Państwo!

Postaram się w kolejności odpowiedzieć na pytania, a jeśli chodzi o szczegóły dotyczące listy leków, będę prosił o uzupełnienie pana dyrektora Błaszczyka. Na pewno nie wyczerpię, z uwagi na czas, wszystkich wątpliwości czy niuansów zadanych pytań, ale odnoszę takie nieodparte wrażenie i przekonanie, że konieczne jest – i do tego chcę tu i w tym momencie się zobowiązać – częstsze spotykanie się i wyjaśnianie pewnych decyzji, które zapadają czy są proponowane w resorcie, i to zarówno na formalnych, jak i nieformalnych spotkaniach z paniami i panami senatorami. Chcę prosić o przyjęcie takiej formuły i o to, abyśmy niebawem mogli może odbyć specjalne spotkanie poświęcone tym i innym pytaniom, które tutaj nie padły, ale które wiem, że są przedmiotem państwa wątpliwości i dociekań. Wtedy ta komunikacja, a za tym ocena działań resortu, myślę, może ulec zmianie.

Pozwolę sobie więc tylko w części odpowiedzieć na pytania pana senatora Ballyckiego, gdyż część z tych problemów, których dotknął pan senator, miałem okazję i zaszczyt rozstrzygnąć jeszcze z panem senatorem jako ministrem.

Krajowy plan świadczeń. Jest rzeczą powszechnie znaną, iż krajowy plan świadczeń, który został przygotowany i zatwierdzony uchwałą rady narodowego fun-

duszu, spotkał się z krytyczną oceną resortu, opracowaną przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego i współpracujących z departamentem konsultantów. Zwróciłem się do rady funduszu z prośbą o korektę tego planu. Zdaniem ówczesnej pani prezes rady funduszu ustawa nie daje możliwości – podkreślam, że ja się z tą opinią nie zgadzam – ponownego zatwierdzenia czy korekty krajowego planu zabezpieczenia świadczeń, gdyż rada funduszu uznała, że raz przyjmując i zatwierdzając krajowy plan świadczeń, przekazała go do dalszego procedowania i do zatwierdzenia przez ministra zdrowia. W moim przekonaniu nie jest to właściwy sposób postępowania, bo przecież jeżeli są oczywiste uchybienia czy wręcz błędy, to w każdej działalności można taki błąd naprawić i powinien to zrobić podmiot, który dokonuje zatwierdzenia.

W związku z taką odpowiedzią, którą uzyskałem od rady narodowego funduszu, w uzasadnieniu napisałem, że z uwagi na terminy – a przypomnę, że termin 30 września wyznaczał kolejność działania i procedowania, najpierw poprzez zatwierdzenie krajowego planu – ja ten plan zatwierdzam, mając w pełni świadomość uchybień, które są w tym planie, a które w trybie roboczym są korygowane, gdyż jest to, jeśli ważyć wartość problemu, rozsądniejsze niż niezatwierdzenie tego planu i wstrzymywanie całej procedury.

Potwierdzam to, co powiedział pan senator, iż nie zostało to zamieszczone na stronach internetowych, co nie oznacza, że było tajne, poufne czy niedostępne. Według moich informacji narodowy fundusz – myślę, że już, ale tego jeszcze nie sprawdziłem – przesłał w formie elektronicznej ten plan z korektami i na pewno na stronach internetowych on się pojawi.

Co do fundamentalnych pytań pana senatora dotyczących dzisiaj przyjętego projektu ustawy o przekształceniu w całym systemie...

Senator Marek Balicki:

Tylko chodziło mi o to, że w tym Krajowym Planie Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, zgodnie z ustawą, musi być określona maksymalna stawka za poszczególne rodzaje świadczeń – to wynika z ustawy. A jeśli chodzi już o...

(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: To może na to odpowiem...)

Jeszcze jedno takie sprostowanie, chodzi o precyzyjność. Wszyscy pamiętamy, że doprowadziłem do przyjęcia przez Radę Ministrów projektu ustawy, która przenosiła proces planowania na przyszły rok, dlatego że uznałem, że w tym roku zrobienie tego jest niemożliwe. W trakcie prac parlamentarnych rząd zmienił jednak stanowisko, już po moim odejściu, no i właśnie jest taki rezultat.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Panie Senatorze, art. 220b pkt 2 określa przejściowe przepisy. Na podstawie tychże przepisów uznałem, że nie ma takiego obowiązku. W tym roku projekt krajowego planu na rok 2004 określa w szczególności liczbę oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków funduszu, nie określając ceny maksymalnej.

Jeśli chodzi o te nasze wspólne działania, to oczywiście pamiętam doskonale, że była tu różnica. Uznałem, że mimo wszystko, mimo tych wszystkich ograniczeń i trudności, które będą w tworzeniu zarówno planu świadczeń zdrowotnych w regionach, jak i krajowego planu świadczeń zdrowotnych, wobec perspektywy, że dążymy do tego i ta

część jest niepodważalna, użyłem nawet z trybuny sejmowej takiego określenia, że te plany będą miały taki ćwiczebny charakter, ale trzeba tego dokonać po to, żeby nauczyć się, trzeba wyciągać właściwe wnioski nawet z pomyłek czy błędów, które się popełnia.

Co do tej sprawy fundamentalnej, czyli przekształcenia – jak to jest wpisane w cały system, w cały mechanizm. Oczywiście, gdybyśmy dzisiaj dokonali z mocy prawa, tak jak to się stało w 1998 r., przekształcenia jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, gdybyśmy dzisiaj dokonali z mocy prawa takiego przekształcenia SPZOZ w spółki, to mielibyśmy do czynienia z upadłością, jeśli nie 70% zakładów, które mają problemy, bo na pewno nie 70%, to znacznej liczby. Spowodowałyby to zagrożenie nie tylko dla tych placówek, ale dla systemu. Wyraźnie wskazujemy kilka mechanizmów, chociaż siłą rzeczy koncentrujemy się na tym jednym: na projekcie ustawy, który rząd przyjął dzisiaj. W tym projekcie ustawy bardzo wyraźnie pokazujemy chronologię wydarzeń – proces jest zakontraktowany na okres dwóch lat. W tym czasie następuje faktyczna restrukturyzacja zakładu, który zdecyduje się na to. Wówczas jest czas na działania organu założycielskiego, który to zatwierdzi, organu restrukturyzacyjnego, który to będzie prowadził, i na opinie szeregu podmiotów – nie chcę wchodzić w szczegóły, ale to wszystko jest w ustawowych zapisach. Jest też określona rola samorządu i partnerów społecznych umiejscowionych, pierwszy raz ustawowo, w regionalnym Komitecie Sterującym, w ciele, które ma już jakąś swoją tradycję w prowadzeniu procesów restrukturyzacyjnych, ale nigdy to nie miało umocowania ustawowego – teraz ma umocowanie ustawowe. Ogniskują się tu różnice poglądów samorządu powiatowego, samorządu lekarskiego, innych samorządów zawodowych, związków zawodowych oraz różnych organów założycielskich – zaczynając od powiatu, na zarządzie województwa kończąc. Finałem tego ma być przygotowanie jednostki tak, żeby mogła ulec przekształceniu w spółkę użyteczności publicznej, spółkę, która będzie się kierowała, bo tak stanowią przygotowane przepisy, pewnymi innymi, szczególnymi regulacjami zapewniającymi większą niż w normalnej spółce stabilność placówki.

Oczywiste jest, że równoległe z tym procesem musi następować i będzie następował, chociażby wynikający z procesu przyrostu składki, większy poziom finansowania systemu. Chcę wskazać na kolejne źródła. Nie ulega wątpliwości, że jednym z tych źródeł będą środki uzyskane po połączeniu czy ograniczeniu funkcjonowania pewnych oddziałów czy nawet całych placówek, które są w systemie zbędne, których zarówno geograficzne usytuowanie, jak i efektywność ekonomiczna nie będą wskazywały na celowość podjęcia programu restrukturyzacyjnego. Innymi słowy: chcemy doprowadzić do sytuacji, kiedy podmioty będą działać w oparciu o rachunek ekonomiczny, będą dobrze zarządzane i dobrze nadzorowane. Ma to być robione w oparciu o najlepszy sposób nadzoru i kontroli, jaki jest opisany w kodeksie handlowym. Są tu zabezpieczenia, żeby nie było jakiegokolwiek zagrożenia dla systemu.

I tu dochodzimy do sieci – najtrudniejszego zadania. Przypominam sobie uwagę jednej z pań posłanek dwa lata temu na jednym z posiedzeń sejmowej Komisji Zdrowia, na którym miałem przyjemność uczestniczyć. Pani posłanka zwróciła uwagę, pewnie trochę uszczypliwie, że od 1948 r. minister zdrowia i kolejni ministrowie mówili o krajowej sieci i określali zasady tej krajowej sieci. Chciałbym dzisiaj powiedzieć, że jest to regulacja wpisana w ustawę. Kryteria tej sieci podajemy bardzo ogólnie

nie. Wiemy dzisiaj doskonale, że to będzie jedno z trudniejszych zadań do wykonania. Zadanie to będzie musiał na siebie wziąć minister zdrowia – będzie musiał wskazać decyzją administracyjną tę krajową sieć. Chcemy ją jednak budować w oparciu o obecne regulacje uwzględniające rolę samorządów terytorialnych, rolę powiatów i rolę województw. Wszystkie kryteria, które będą podane, mają więc służyć temu, żeby zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, żeby zagwarantować stabilność systemu. Potrafię sobie wyobrazić, że ta czy inna spółka może mieć przejściowo problemy finansowe. Powiem więcej: nawet może dojść do jej upadłości – jest to wpisane w zapisy ustawowe. Wcześniej będzie się jednak otwierało lub, jak kto woli, zamykało wiele mechanizmów, wiele bramek kontrolujących, żeby ten proces był naprawdę ostatecznością.

Chcę również powiedzieć, że dopiero w momencie zbudowania takiego fundamentu i takiej podstawy – ja przynajmniej tak uważam – możemy mówić bardzo poważnie i bardzo otwarcie o dodatkowych źródłach finansowania tego systemu. Nie tylko protestujący dzisiaj na ulicy pracownicy ochrony zdrowia, ale również ja i wielu z nas tu siedzących oczekujemy większego zasobu finansowego w systemie. Na pewno pan prezes cieszyłby się, gdyby zamiast 30 miliardów zł miał dzisiaj 32 miliardy zł, czy nawet 31 miliardów zł. Ale słusznie zauważyła pani senator, że to, ile pieniędzy jest w systemie, zależy między innymi od decyzji podejmowanych przez parlament.

Chcę pana senatora zapewnić i uspokoić, choć może niektórzy będą się z tego powodu kłopotać, że resort zdrowia pracuje nad dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, przedstawił na posiedzeniu komitetu stałego Rady Ministrów sześć tygodni temu bardzo wstępne założenia wprowadzenia dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych i kontynuuje prace nad tym projektem.

Mówimy, proszę państwa – to padało z ust i pani senator, i pana senatora – o szarej strefie, różnie liczonej. Pan senator mówił o pewnej przyszłości, o poziomie 3 miliardów zł, w badaniach zaś mówi się, a sędzę, że one są wiarygodne, o kwocie rzędu 7, 8 miliardów zł – jest to suma środków, którą trzeba w legalny sposób wbudować w system finansowy.

Nie bagatelizowałbym nowych możliwości finansowych, które się otwierają w związku z integracją z Unią Europejską. Chodzi mi o decyzję rządu, wcześniej poprzedzoną pozytywną opinią Komisji Europejskiej, że szeroko rozumiane finansowanie projektów systemu ochrony zdrowia w ramach funduszy spójności, funduszy strukturalnych mogą znaleźć się w puli środków do wykorzystania w ramach integracji z Unią Europejską – rozpoczęliśmy prace w tym zakresie. Nie można zapominać o innych dodatkowych źródłach finansowania, z których już dzisiaj chcemy korzystać. Zapewne część z państwa uzyskała od nas, od Ministerstwa Zdrowia, informację o zbieranych, zresztą do wczoraj, wnioskach dotyczących projektów związanych ze zdrowiem publicznym, które są finansowane w wysokości 100 milionów euro... Tak?

(Głos z sali: Nie, 280 i 277.)

277 i 280... Finansowanych również z pieniędzy pozaunijnych. Są to więc wszystko źródła finansowania, które mogą być użyte w momencie, kiedy będziemy mieli szczelny system i będziemy przekonani, jak również będą o tym przekonani ci, którzy kontrolują ten system, że wykorzystujemy pieniądze efektywnie.

Oczywiście potrafię znaleźć wytłumaczenie dla niektórych uwag zawartych w raporcie Najwyższej Izby Kontroli i uwzględniam fakt, że kontrola dotyczyła dwu-

dziestu dziewięciu jednostek w ośmiu regionalnych kasach chorych i w dwudziestu jeden samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Te dane jednak, mówiące o niewykorzystaniu środków, złym wykorzystaniu środków lub nieefektywnym wykorzystaniu bazy szpitalnej, muszą służyć wyciągnięciu wniosków i musi to spowodować zmiany – i my te zmiany proponujemy.

Co do systemu kontraktowania procedur, o który pytał pan profesor Religa, to my jeszcze ze świętej pamięci prezesem Maciejem Tokarczykiem ustalaliśmy strategię dotyczącą tego, które z elementów polityki zdrowotnej powinny być kontynuowane przez ministra zdrowia, a które z tych elementów, nazywających się programami polityki zdrowotnej, tak naprawdę powinny być procedurami wykupywanymi przez narodowy fundusz. Wówczas nastąpiły pewne ustalenia – również na ten temat jest pewna korespondencja – ale nie zamknęliśmy tego obszaru, choć z panem prezesem podjęliśmy na razie bardzo wstępną rozmowę i jak zwykle, kiedy chodzi o pieniądze, stanowiska się polaryzują. Fundusz mówi, że w swoim budżecie nie ma środków, żeby finansować nowe procedury. Minister zdrowia mówi: powinienem finansować procedury czy programy polityki zdrowotnej, które są rzeczywiście programami polityki zdrowotnej. To, co jakby już przestało uchodzić – przepraszam za kolokwializm – za program polityki zdrowotnej, tylko weszło na stałe do standardu świadczeń, powinno być umieszczone w standardzie świadczeń. Pojawiają się jednak nowe wyzwania, pojawiają się nowe oczekiwania środowiska medycznego i powinienem otwierać nowe tytuły związane z polityką zdrowotną. Myślę, że gdzieś znajdziemy tu konsensus.

Doświadczenie chociażby obecnego roku pokazuje, że jeśli chodzi o część procedur wysokospecjalistycznych, które są dzisiaj finansowane i które są zaprojektowane w finansach na przyszły rok, to nie ma problemu finansowego, tylko raczej jest problem wykonawczy, z różnych powodów. Na przykład: kwestia transplantacji nerek. Dzisiaj nie jest problemem, że ministerstwo nie ma środków na finansowanie transplantacji nerek, dzisiaj jesteśmy w stanie sfinansować wszystkie transplantacje, które są zaprogramowane. Pojawił się inny problem, z którym musimy sobie poradzić i o czym musimy dyskutować: zwiększenie liczby stacji dializ, obniżenie wieku, zmiana wskazań i kryteriów dializoterapii powodują, że więcej jest utrzymywanych pacjentów na dializoterapii, a mniej jest kierowanych do leczenia przeszczepem. Ma to również wymiar medyczny i na ten temat dyskutują specjaliści – zresztą parę dni temu też rozmawiałem na ten temat. Chcę uspokoić pana senatora, że jeśli chodzi o tę część dotyczącą dużych programów polityki zdrowotnej, dotyczącą Polkardu, programu onkologicznego i kilku jeszcze innych, na pewno będziemy konsekwentnie realizować te zabiegi.

Pani senator poruszyła osiem ważnych spraw. Może o sieci nie będę już mówił, bo to jakby... Najpierw o specjalizacji i ograniczeniach. Musimy tu wyważyć dwa elementy. Z jednej strony jest to kwestia dopuszczenia młodych kolegów do specjalizacji, a z drugiej strony pewnej polityki, w wymiarze krajowym i regionalnym, kreowania liczby specjalistów danej specjalności. To musi być robione w oparciu o wskaźniki epidemiologiczne i te mówiące, ilu specjalistów w danej dziedzinie funkcjonuje lub za chwilę przestanie funkcjonować – przepraszam bardzo, ale takie są brutalne reguły biologii. Zdania w tym zakresie w środowisku medycznym są podzielone – od skrajnych, że tego się nie da zaplanować i w zasadzie co byśmy robili, to zawsze popełnimy jakieś błędy, przez te, które mówią: my nie mamy pełnej liczby danych lub

nie możemy się w tym wszystkim połąpać, po takie, które w bardzo opieszaly sposób dopuszczają kolejnych specjalistów do uzyskania tego tytułu – pewnie jakś w tym jest udział, i nie można tego ukrywać, lobby specjalistów, którzy działają trochę jak zamknięte środowisko i nie chcą dopuszczać nowych. Jest to też sprawa wyższych kryteriów. Pamiętam, jak swego czasu zdobywało się specjalizację, było w tym sporo nieprawidłowości, na przykład katalog koniecznych do wykonania operacji często był katalogiem nierealnym. Dzisiaj te wymogi są bardziej rygorystycznie przedstawiane i być może jest tu miejsce na dyskusję w gronie kolegów z izb lekarskich, specjalistów i przede wszystkim towarzystw.

Tak zwana ustawa 203. Powtórzę moją opinię na ten temat, bo opinia ministerstwa, rządu, została wpisana w projekt ustawy. To zobowiązanie lokujemy w zakładzie opieki zdrowotnej, jak każde inne zobowiązanie zakładu opieki zdrowotnej, proponując ugodę z pracownikami, dając im możliwość zamiany wierzytelności na akcje, jak również, cały czas, umożliwiając rozsądne spłacanie zaległości płacowych, które oczywiście muszą być uregulowane. Dla mnie płaca jest elementem kosztu świadczenia, a jeśli jest elementem kosztu świadczenia, to ten element powinien być zawarty w cenie, którą uzyskuje świadczeniodawca od płatnika – wcześniej kasy, dzisiaj narodowego funduszu. I nie da się, moim zdaniem, tego problemu inaczej rozwiązać, nie ma dzisiaj takich możliwości budżetowych. Rozwiązanie polegające na tym, że dzisiaj zapłacilibyśmy tym, którzy nie wypłacili zgodnie z ustawą 203, byłoby rozwiązaniem nieuczciwym i dyskryminującym te placówki, które zapłaciły te środki. Przypomnę, że ta sytuacja miała miejsce w różnych miejscach kraju, w różny sposób to rozwiązywano i zapewne z tego powodu rozstrzygnięcia sądowe mogą być różne. W przypadku kiedy wykaże się, że podniosła się cena świadczenia w aneksach do umów, trudno będzie uzasadnić to, że zakład nie dokonał tej regulacji. Tam, gdzie zgłaszający wykaże, że zakład podjął inne decyzje, przeznaczył swoje środki na coś innego zamiast dokonać regulacji płacowych, trudno będzie pozywać narodowy fundusz. Ale przecież wiemy o sytuacjach, w których kasa – w myśl tego, co powiedział pan senator Religa – zamiast kupować rozsądną liczbę świadczeń za uczciwą cenę, kupowała coraz większą liczbę świadczeń za, najchętniej, coraz niższe ceny – o tym też pisaliśmy w raporcie oceniającym przyczyny zadłużenia. Wyraźnie chcę podkreślić, że to nie jest tak, jak próbuje się czasem mówić, że tylko złe zarządzanie i zły nadzór doprowadził do takiej sytuacji, również te elementy, o których mówimy, związane z relacją płatnika z świadczeniodawcą doprowadziły do tego. I w naszym raporcie to przedstawiliśmy.

Co do komorników, to boli mnie, że tyle kosztuje praca komornika i w tym zakresie będę prowadził, na razie bardziej nieformalne, rozmowy z panem ministrem sprawiedliwości. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że jest to również kwestia pewnego rodzaju ochrony prawnej wierzycieli i nie możemy ich jej zupełnie pozbawić. Nieraz jest tak, że zakłady opieki zdrowotnej dopiero uczą się współpracy w tym zakresie z komornikami czy z wierzycielami. Myślę, że jest możliwość rozwiązania tego problemu.

Co do mieszania udziału prywatnego i publicznego, to myślę, Pani Senator, że gdybyśmy mogli powiedzieć, że płace w ochronie zdrowia będą do końca rzetelne, to wtedy moglibyśmy egzekwować pracę w jednym miejscu. Oczywiście jestem zwolennikiem tego, żeby tak organizować pracę i tak wysoko stawiać poprzeczkę, przy czym dobrze płacić, żeby nikt nie miał wręcz fizycznie czasu, zainteresowania i konieczności

korzystania z innej pracy. W dzisiejszych realiach takie drastyczne postawienie sprawy jest jednak niemożliwe. Nie mamy innych uregulowań. Obawiam się więc, że za chwilę nie mówilibyśmy o szarej strefie na poziomie 7 miliardów zł, tylko o jeszcze większej. I to, co jest prowadzone, rejestrowane w uczciwy sposób w procedurach wykonywanych w innych zakładach opieki zdrowotnej, mam tu na myśli prywatne świadczenia czy niepubliczne świadczenia, mogłoby być wykonywane w szarej strefie na terenie zakładu – a to byłoby jeszcze gorszym rozwiązaniem. Sądzę, że istnieje konieczność pewnego naturalnego rozwoju wydarzeń. Wtedy te wszystkie elementy systemu, o których mówił pan senator Balicki, wcielimy w życie.

Jeśli chodzi o wystąpienie pana senatora Bielawskiego, to muszę powiedzieć, że raczej oceniam, zauważam różnice poglądów, różnice pewnej filozofii funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej czy obecności rynku w usługach medycznych, a nie chciałbym podejmować polemiki – w pewnych sprawach zasadniczo różnimy się co do zagrożeń i co do sposobu funkcjonowania. Podzielam część obaw, ale uważam, że wiele z nich wynika po prostu z tego, jak działają ludzie, a nie tylko z tego, jaki jest system. Pan senator był uprzejmy wejść mi w słowo, mówiąc, że to jednak chodzi o środki finansowe. A ja powtórzę za raportem pokazującym wzrost o 62% liczby skarg w sektorze ochrony zdrowia, że większość z nich nie ma podłoża finansowego. Z mojego doświadczenia, lekarza praktyka, który spędził dwadzieścia lat również w izbie przyjęć, na ostrym dyżurze, wiem, że w wielu wypadkach, kiedy nie dysponowałem wolnym łóżkiem w szpitalu i odesłałem pacjenta do domu, ale wcześniej rozmawiałem z rodziną i tłumaczyłem rodzinie sytuację – przepraszam za taki osobisty wtargnięcie – to na koniec ta rodzina właściwie przepraszała, że przyjechali z pacjentem, żeby umieścić go w szpitalu, a było to nieuzasadnione i mogą poczekać. Kiedy jednak nie poświęciło się odpowiednio dużo czasu pacjentowi i rodzinie i odmawiało się przyjęcia w sposób podyktowany brakiem czasu czy pilnymi sprawami, robiło się to w mało komunikatywny sposób, żeby nie powiedzieć chłodno w stosunku do rodziny, wtedy to budziło najwięcej kontrowersji, najwięcej uwag.

Myślę, że już wyczerpałem pytania i pewnie państwa cierpliwość. Więc teraz prosiłbym, żeby pan dyrektor Błaszczuk był uprzejmy odpowiedzieć na pytania dotyczące leków.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej
w Ministerstwie Zdrowia Piotr Błaszczuk:**

Dziękuję ślicznie.

Szanowni Państwo, chciałbym się ustosunkować do pytań dotyczących listy leków refundowanych. Na początku pozwolę sobie w paru tylko zdaniach powiedzieć, jaki jest to element w ogóle polityki lekowej i jak duży aspekt świadczeń zdrowotnych.

Proszę państwa, wzrost wydatków na refundację leków przekracza jakiegokolwiek dane mikro- i makroekonomiczne. Od 1999 r. do 2003 r. wydatki te wzrosły dwukrotnie, czyli z około 3 miliardów zł do ponad 6 miliardów zł, które chcemy spożytkować na refundację w roku 2004. Racjonalizacja tych wydatków jest wielce potrzebna, gdyż cały czas mówimy o tych samych pieniądzach, które mogą być w jednym bądź w innym kierunku spożytkowane. Jest to nie tylko problem Polski, ale problem światowy – skala tego problemu przekracza jakiegokolwiek oczekiwania rządów również w krajach bogatych. Na marginesie chciałbym powiedzieć tylko, że same oszczędności w służbie

zdrowia w Niemczech sięgają 10 miliardów euro, w przeciągu najbliższych dwóch, trzech lat, co przekracza cały budżet naszej służby zdrowia.

I powrócę do listy leków refundowanych. Zasadą, którą chcielibyśmy wdrażać w życie i którą wdrażamy w życie, jest zasada wypracowana przez Zespół do spraw Gospodarki Lekami, zespół międzyresortowy, w którego skład wchodzi nie tylko przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, ale również Ministerstwa Gospodarki, finansów oraz bardzo ważnego, najważniejszej tutaj instytucji – Narodowego Funduszu Zdrowia. Uwzględniliśmy następujące kryteria: dostępność leków dla pacjentów, bezpieczeństwo, skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia. Również było zasadą usuwanie nieprawidłowości. Dążyliśmy do przejrzystości reguł, które wprowadziliśmy, a również do usuwania czynników korupcyjnych, na które pan minister, pan senator Balicki, zwracał uwagę, czyli usuwania dwóch limitów w danej grupie terapeutycznej.

Powrócę teraz do poruszanego przez państwa problemu dwóch grup terapeutycznych. Chciałbym powiedzieć, że jednocześnie są to grupy terapeutyczne, które konsumują największą część wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydatki na cukrzycę to około 600 milionów zł z ponad 5 miliardów zł, a wydatki na schizofrenię lekooporną to ponad 400 milionów zł, proszę państwa – i chciałbym powiedzieć jeszcze, że mówimy tu o schizofrenii lekoopornej, gdyż tak jest zakwalifikowana, Panie Profesorze, a można by było dyskutować na temat zasadności takiej kwalifikacji. Według danych epidemiologicznych około trzydziestu tysięcy pacjentów powinno być leczonych tymi metodami. To spowodowało, że ze szczególną troską patrzyliśmy również na tę grupę terapeutyczną.

I teraz kwestia tej drugiej grupy terapeutycznej i leków antypsychotycznych. Proszę państwa, nic się nie zmieniło pod względem kwalifikacji tych leków do jednej grupy terapeutycznej. Na poprzednich listach, podobnie jak na obecnych, na podstawie danych Evidence Based Medicine, które mówią, że nie ma statystycznie znamiennych różnic pomiędzy tymi dwoma częściami, zakwalifikowano te leki do jednej grupy terapeutycznej. Nie tylko moja skromność, ale i moja wiedza nie pozwalają mi tutaj polemizować z panem profesorem, ale przy podejmowaniu decyzji muszę mieć dokumenty. I mam dokumenty, badania National Health Institute, badania NICE, które dowodzą, że można zakwalifikować te leki do jednej grupy terapeutycznej.

Proszę państwa, odchodząc teraz od tych danych, które mamy, w większości są to dane prasowe, chciałbym powiedzieć, że jest tutaj znamienny postęp, jeśli chodzi o obniżenie środków, które płaci pacjent. Poprzez wprowadzenie leku generycznego do tej grupy zmniejszyło się bowiem współfinansowanie leków przez pacjentów. Do tej pory za dwadzieścia osiem tabletek olanzapiny pacjent płacił 52 zł 50 gr. Na liście, która będzie obowiązywać od 1 grudnia, za tę samą olanzapinę, za trzydzieści tabletek, pacjent będzie płacił 2 zł 50 gr. Czyli w wypadku terapii, która jest stosowana przez psychiatrów w ponad 60% przypadkach stosowania leków antypsychotycznych, jest to znamienne obniżenie kosztów pacjenta – do 2 zł 50 gr. Faktycznie, dla pacjentów, około 40%, korzystających z części risperidonu, ta opłata wzrośnie. Wprowadzenie dwóch limitów byłoby jednak zaburzeniem jasnych, przejrzystych reguł.

Znane są Ministerstwu Zdrowia wszystkie wystąpienia pana profesora Pużyńskiego, krajowego konsultanta. Zgadzam się z każdym ze stwierdzeń pana profesora, ale przebija przez nie chęć dążenia do postępu w medycynie. Panie Profesorze, co do

tego postępu, to nie będziemy mogli wprowadzać nowych cząsteczek, jeżeli nie będziemy racjonalizować wydatków.

Wróć teraz do sprawy cukrzycy. Jest to choroba, w przypadku której mamy odpowiedniki równoznaczne, są również odpowiedniki polskiej produkcji. I nie jest to taka sytuacja, proszę państwa, że można – jak czasami się mówi – jeździć trabantem lub mercedesem. Nie, są to mercedesy, tylko bez tych znaczków, z jednego z tych mercedesów odpadł znaczek, jakim był trójkąt. Dostarcza się więc pacjentom chorym na cukrzycę lek o tej samej cząsteczce.

Na pytanie pani senator, czy były prowadzone rozmowy z firmami farmaceutycznymi, odpowiadam: tak, wielokrotnie, kilkunastokrotnie, przez pana ministra i przez moją skromną osobę. I chciałbym powiedzieć, że mogłoby to tylko utwierdzać nas w przekonaniu, że projekt nowej listy zmierza w kierunku antymonopolistycznym. Antymonopolistycznym, gdyż nie zgadzamy się tutaj na traktowanie pacjenta jako zakładnika w danej chorobie – na pytania, czy są państwo w stanie obniżyć ceny do cen w krajach o dużo większym dochodzie narodowym, padała bowiem odpowiedź: nie, kategorycznie nie; padały również odpowiedzi: koledzy z innej firmy też nie będą do tego skorzy. Staramy się więc zdemonopolizować rynek, żeby pacjent nie był zakładnikiem, a tak jest wtedy, kiedy jest tylko jeden bądź dwóch producentów – przyjdzie producent do ministra zdrowia i powie: za takie pieniądze nie będę sprzedawał leków.

Proszę państwa, działamy na rzecz polskiej myśli technologicznej, udostępniając stosowanie insuliny. Mam też zapewnienie trzeciego gracza na świecie, który nie był do tej pory dopuszczony do tego rynku, że w ciągu sześciu miesięcy odpowiedniki w tej grupie terapeutycznej, chodzi o podstawę do limitu.... W każdym razie w ciągu sześciu miesięcy wchodzi na rynek z zaopatrzeniem pokrywającym potrzeby wszystkich pacjentów.

To jest podstawa do trwania w konsekwentnym wdrażaniu jasnych, przejrzystych zasad refundacji. I chciałbym w tym momencie zakończyć moją wypowiedź. Dziękuję państwu.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Zanim poprosimy pana prezesa...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Za długo to trwa, my też te dolegliwości odczuwamy.

(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Przepraszam, czy można, Pani Senator?)

Proszę bardzo.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Nie padła odpowiedź dotycząca humalogów. Pani Senator, według mojej wiedzy, 1% dotyczy insulinoterapii intensywnej. Proszę może o uzupełnienie tego.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej
w Ministerstwie Zdrowia Piotr Błaszczak:**

Faktycznie, humalogi to nowa cząsteczka stosowana w leczeniu cukrzycy, jednak nie ma – znowu odnoszę się do Evidence Based Medicine, czyli do tych danych – udowodnionej wyższości w stosowaniu humalogów nad insulinami. Gdybyśmy usta-

wili te leki na odpłatności podobnej do odpłatności za insuliny ludzkie, to nastąpiłoby przestawienie pacjentów na coś, co mogłoby się wydawać lepsze, przestawienie tych pacjentów w kierunku dużo droższej terapii. Minister zdrowia dba tutaj, jak mówiłem, o bezpieczeństwo wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Jeśli można, Pani Senator, chciałbym jeszcze uzupełnić. Jednym z ważniejszych elementów polityki resortu jest polityka lekowa. Ta cała sytuacja spowodowała, że kiedy lista była już zamknięta, różne firmy zwróciły się z nowymi propozycjami. Myślę więc, że dobrze by było, gdyby pan dyrektor w tej chwili z jakimś przybliżeniem umiał określić, w którym momencie dokonamy korekty – uwzględniając wszystkie nowe elementy, które się pojawiły, jak również wsłuchując się na pewno w cenne i słuszne uwagi dotyczące koniecznych zmian, które być może trzeba będzie nanieść. Powiem, Pani Senator, że jestem w trakcie rozmów z grupą specjalistów na temat tego, jak rozwiązać problem insulinoterapii intensywnej. Rzeczywiście, dane Evidence Based Medicine nie do końca są przekonujące, ale jest to leczenie jakieś nowe, nowoczesne i na pewno oczekiwane. Zastanawiamy się więc nad mechanizmem, który niejako reglamentowałby sposób tej terapii. Ale znowu, tak to trzeba stworzyć, żeby ten mechanizm – przepraszam, nie chcę nikogo obrazić – nie dawał możliwości nadużyć, żeby nie otwierał drzwi, przez które za chwilę wyleje się po prostu ten cały strumień środków finansowych zaoszczędzonych w momencie zmniejszenia kosztów insulinoterapii w całym kraju. Podkreślam to. Tego pan dyrektor nie powiedział, nie wsparł mnie tymi danymi, ale pamiętam dane pokazujące, jak różnie płacimy za insulinoterapię w kraju. Chcę trochę państwa uspokoić, że w korektach następnych list będziemy chcieli wszystkie te uwagi uwzględnić.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Zanim pan dyrektor uzupełni, to bardzo proszę pana senatora Balickiego, który powinien już iść spełniać inne obowiązki, że tak powiem, w inne obowiązki być zaangażowany, o króciutką wypowiedź.

Senator Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ponieważ nie tylko lekarze siedzą na sali, to muszę wyjaśnić. Padają takie słowa, że medycyna oparta na dowodach czy na faktach Evidence Based Medicine wskazuje na to, że w przypadku każdego pacjenta spokojnie można olanzapinę zastąpić risperidonem – taki wniosek można wyciągnąć z tego, co powiedział pan dyrektor. A to jest nieprawda i Evidence Based Medicine tego nie mówi. Mówi, że olanzapina i risperidon, używając nazw międzynarodowych, są neuroleptykami atypowymi, które, no właśnie, są skuteczniejsze czy dają wiele innych korzyści większych niż klasyczne neuroleptyki. I dlatego muszą być dostępne jedne i drugie, mają bowiem różny profil

kliniczny – i muszą być dostępne jedne i drugie. A to, co się stało teraz... Co do olanzapiny to to popieram, jest to słuszne, bo o to chodzi, żeby mniej płacić, żeby była większa efektywność. Ale nie można jednocześnie takim samym pacjentom, którzy mają inną odpowiedź terapeutyczną, zamykać drogi do leczenia. Efektem byłaby stu-kilkudziesięciozłotowa opłata miesięczna za kurację. Tu zrobiliśmy krok wstecz. Akurat w tym przypadku nie może być grupowego limitu cenowego – w innych przypadkach mogą – tu muszą być limity ustalone dla poszczególnych neuroleptyków. Najgorsza rzecz, jaka się może tu zdarzyć, to jak do wszystkich sytuacji zastosujemy urawniłowkę, bo wtedy wylewamy dziecko z kąpielą i wszystko, o czym pan minister słusznie mówi, okazuje się... W przypadku tego jednego neuroleptyku po prostu jest akurat odwrotnie. Więc byłoby to wylanie dziecka z kąpielą.

(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Ja rozumiem...)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Tak, proszę.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Przepraszam, tylko ad vocem. Rozumiem tę koncepcję pana senatora i myślę, że można by zaproponować tu ewentualnie, jeśli dojdziemy w gronie wszystkich specjalistów do porozumienia w tej sprawie, inną zasadę, z pełną świadomością, jakie będą tego koszty i nie łamiąc przy tym wcześniej przyjętego harmonogramu.

Chciałbym również powiedzieć o pewnym ogólnym zjawisku. Odnoszę takie wrażenie – choć nie chcę chwalić dnia przed zachodem słońca – że jest zdecydowanie mniej krytycznych czy wręcz atakujących uwag w sprawie listy leków refundowanych, niż się spodziewałem. Ale nie ma też, jak do tej pory, specjalnie, może poza kilkoma publikacjami, za które bardzo dziękuję – nie były one zamawiane – krytycznych uwag co do wyjątkowo wysokich cen preparatów proponowanych przez koncerny farmaceutyczne. Ja wyraźnie podkreślam: koncerny farmaceutyczne, producenci są dla nas partnerami, bo mamy tę samą misję: dostarczać sposoby wyleczenia pacjentów. Ale przy okazji proszę sobie przypomnieć dyskusję o lekach dla czwórki dzieci dotkniętych chyba chorobą Hurler. Cena, którą trzeba było zapłacić firmie, nigdy nie spowodowała pytania, dlaczego to musi tak dużo kosztować, tylko pytano: dlaczego minister za to nie płaci? Sugerowałbym więc, żeby myśląc o pacjencie, nie powodować rozwiązań, które są wylaniem dziecka z kąpielą, a naciskać, żeby polityka firm dotycząca proponowania preparatów była rzetelna i uwzględniała możliwości finansowe pacjentów, a nie tylko zyski koncernu.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

I proszę pana dyrektora – tylko już w miarę krótko proszę podsumować tę bardzo hermetyczną dla pozostałych nas dyskusję, bo jeszcze niecierpliwie czeka, uważając, że już traci czas, pan prezes.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Boję się, że za chwilę już zgaśnie światło.)

Światło nie zgaśnie, nie damy się technice, na to jesteśmy przygotowani, ale nie chciałabym, żeby ktokolwiek z państwa, a tym bardziej większość, wychodził z poczu-

ciem zmarnowanego czasu. Chciałabym, żeby w miarę możliwości zostały tylko rozproszone wątpliwości, niewiedza, lęki.

I bardzo proszę pana dyrektora, a potem pana prezesa – żeby trzeba było rozkażać, pan stąd nie wyjdzie, póki nie zakończymy.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej
w Ministerstwie Zdrowia Piotr Błaszczuk:**

Dziękuję ślicznie.

Korzystając z obecności pana senatora, chciałbym powiedzieć, dlaczego trudne są decyzje dotyczące ustalania limitu na poszczególnej cząsteczce w danej grupie terapeutycznej na każdy lek. Proszę państwa, mogą następować, i to jest znany przykład z wielu grup terapeutycznych, przepływy pacjentów – niezależnie od wskazań terapeutycznych ci pacjenci, jeżeli będą mieli oryginalny lek za większą odpłatnością i odpowiednik za 2,50 zł, będą podlegać temu przepływowi. Nawet jeżeli jest w tej samej grupie terapeutycznej inna cząsteczka, która, zgadza się, w niektórych przypadkach wskazana jest dla tego pacjenta, będzie przepływ pacjentów do droższej terapii i będziemy mieć do czynienia z niekoniecznie udokumentowanymi wydatkami, wydatkami liczonymi w setkach milionów złotych, idącymi w kierunku leczenia daną terapią. I tutaj właśnie bardzo dobrym przykładem są rispolept, olanzapina, jak również analogi i insuliny ludzkie.

Chciałbym jeszcze powiedzieć o jednym efekcie listy refundacyjnej. W ponad stu przypadkach firmy farmaceutyczne, mając już oferty, znając takie, a nie inne zamierzenia Ministerstwa Zdrowia, obniżyły ceny leków, a już po ukazaniu się projektu ostatecznego, w ostatnim dniu, wpłynęło do ministerstwa ponad osiemdziesiąt wniosków o kolejne obniżenia cen i zostało to rozpatrzone wczoraj na spotkaniu zespołu do spraw gospodarki lekami. Proszę państwa, jest to więc potwierdzenie tego, że są to obniżki cen czasami powyżej 30%, i jest to kolejny dowód na to, że konsekwencja w stosowaniu takich reguł powoduje faktyczne obniżenie cen detalicznych. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

I teraz, Panie Prezesie, proszę o tempo...

A, jeszcze chciałabym tylko zapytać, czy będą pytania do pana ministra, ponieważ zobowiązałam się, że pan minister najpóźniej o godzinie 15.00 wróci na posiedzenie Rady Ministrów. Czy są w takim razie pytania do pana ministra? Chciałabym bowiem dotrzymać słowa.

Widzę zgłoszenie pana, drugiego pana, trzeciego pana, czwartego...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale pozostaje pan minister Masłowski. Czy państwo godzicie się, żeby pan minister...

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Przepraszam bardzo, ale to jest dyspozycja pana premiera. O godzinie 15.00 – jeśli posiedzenie rządu się skończyło, to po posiedzeniu, a jeśli nie, to w trakcie posiedzenia rządu – jest konferencja prasowa dotycząca protestu i dzisiejszej ustawy. Ja

bardzo chętnie indywidualnie się spotkam, a teraz pozostaje pan minister Masłowski, który udzieli odpowiedzi na te pytania. Czy możecie się państwo na to zgodzić?

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Ależ oczywiście.

(Głos z sali: A kiedy projekt ustawy zostanie skierowany...)

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Projekt ustawy trafi do centrum legislacyjnego zgodnie z normalną procedurą i zostanie tam stwierdzone, czy wszystkie zapisy są zgodne. W tym momencie, jeśli będą zgodne, a zakładam, że będą zgodne, to zgodnie z normalną procedurą...

(Głos z sali: Czyli 1 stycznia, a wejdzie 3 stycznia.)

Nie, nie, mówimy o wprowadzeniu do Sejmu, a procedowanie parlamentu wskazuje, że nie zdążymy przyjąć tej ustawy wtedy. Zresztą w momencie, kiedy na posiedzeniu Komisji Trójstronnej przedłużyliśmy czas dyskusowania o tej ustawie, było wiadomo, że nie ma szans, żeby ona weszła w życie 1 stycznia, dlatego że parlament nie jest w stanie skończyć procedowania nad tym w takim czasie. Przypomnę też, że były również głosy zarówno koalicji, jak i opozycji, że chodzi o jakość, a nie poganianie. Będziemy usilnie starali się, żeby to było jak najszybciej – my ze strony rządowej, a sądzę, że parlamentarzyści również. Ale to troszkę potrwa. Niemniej skierowanie będzie niezwłoczne.

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: No nie ma kalendarza, nie ma kalendarza.)

Kalendarz jest, przepraszam. Pytanie było, kiedy przekazemy z rządu do Sejmu. Przekażemy natychmiast, jak przyjmie to centrum legislacji – wtedy od razu w normalnym trybie pójdzie do Sejmu. I nie ma możliwości, o ile się znam, nadania trybu pilnego tej ustawie. Z całą pewnością, w związku z sytuacją, która jest, nie wyobrażam sobie, żeby parlament inaczej niż tylko bardzo intensywnie pracował nad tą ustawą – jestem o tym przekonany. Zresztą będziemy o to zabiegać w klubie koalicji i podczas rozmów z opozycją.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze, i proszę już czuć się zobowiązanym do ponownego, rychłego spotkania z Komisją Polityki Społecznej i Zdrowia nie tylko w kontekście ustawy budżetowej i tej części, która dotyczy Ministerstwa Zdrowia, ale też w kontekście dzisiejszej niedokończonych rozmowy, z której relację złoży pan minister Masłowski – pan minister będzie tutaj u nas zakładnikiem.

(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Dziękuję bardzo, ale rozumiem, że pani senator troszkę mi daruje...)

Panie Prezesie, proszę bardzo, w takim tempie, jak to pan potrafi.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Tak jak pani przewodnicząca sobie życzy.

Pan Balicki powiedział o planie finansowym. Wszystkie sprawy zostały wyjaśnione, nie będzie kolejnego przesunięcia terminu składania ofert – 21 listopada. 25 listopada rozpoczynamy. W międzyczasie otwieramy oferty, negocjacje rozpoczynamy dwudziestego piątego i po negocjacjach, skutecznych negocjacjach, będziemy podpisywać umowy. Na razie nie myślimy o tym, co zrobimy, gdybyśmy nie zdążyli, ponieważ chcemy podpisać jak najwięcej umów. Myślę, że jakaś szansa jest, żeby do końca roku skończyć. Jeżeli nie, to oczywiście opracujemy jakiś sposób rozwiązania z tego problemu.

Pan senator Religa prosił, żeby wyjaśnić, o co chodzi z największą liczbą świadczeń. Chodzi o to, żeby jak najwięcej ofert wpłynęło do narodowego funduszu – i takie starania podejmowaliśmy. Chcemy jednak płacić tyle, ile powinno się płacić, bo cały czas mówimy o tym, że docelowo chcemy płacić za koszty rzeczywiste. Ale żeby poznać koszty rzeczywiste, o czym również mówiła pani senator Koszada, to przede wszystkim musimy mieć możliwość wnikania w te koszty, a do tej pory ustawa o zozach nie przewiduje możliwości analizowania kosztów. Ustawa jest zmieniana i miejmy nadzieję, że pójdzie w tym kierunku, abyśmy mogli poznać procedurę powstawania kosztów, zapytać, dlaczego to kosztuje akurat tyle, porównać, dlaczego na przykład w różnych regionach za to samo płaci się różną kwotę. I tą drogą powinniśmy dojść do kosztów rzeczywistych.

Jest kwestia limitów. Oczywiście ten sposób kontraktowania świadczeń, który wprowadzamy w szpitalnictwie, w jakimś sensie będzie już wpływał na limity, bo uwalniane środki oznaczają likwidację kolejek, o których tutaj była mowa. Tu jest też kwestia odchodzenia od limitów. W przyszłym roku będziemy odchodzić od limitów, ale nie od razu i nie od wszystkich. Po prostu nie jestem w stanie tego zrobić inaczej jak tylko z pomocą obserwacji. Jeżeli uwolnimy limit, to z taką myślą, że pokryjemy koszty leczenia w przypadku danej specjalności czy danej procedury. Odchodzić od limitów na pewno będziemy. I teraz oczywiście pozostaje kwestia: od jakich i kiedy. Przyszły rok będzie pierwszym rokiem, w którym będziemy odchodzić od limitów.

Pani senator Koszada mówiła o zobowiązaniach narodowego funduszu – tak rzeczywiście jest. Narodowy fundusz ma zobowiązania z przeszłości w granicach 800 milionów zł, które dotyczą długu kas chorych, około 800 milionów zł z tytułu pożyczek kas chorych i wreszcie związane z tak zwaną ustawą 203, które w całości oceniamy na około 3 miliardy 500 milionów zł, bo jeżeli okazałoby się, że będą wypłacane środki, to te zozy, które wypłaciły środki, zapewne wystąpią o zwrot kosztów. Przypominam, że jest to decyzja parlamentu – wyznaczenie zadania bez środków.

Ponieważ gośćmi państwa senatorów są dyrektorzy oddziałów regionalnych, to może o część odpowiedzi, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, ich poproszę. Poproszę panią dyrektor Petrynę o opowiedzenie o sprawach stomatologii, żeby nie było takiego przeświadczenia, że tylko jest stolica i związane z nią problemy. W związku z tym niech pani dyrektor nam opowie, jak wygląda sytuacja stomatologii na Warmii i Mazurach.

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Ale jeszcze niech mi ktoś odpowie...)

Będziemy odpowiadać powoli na wszystkie pytania, tylko już nie tylko...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Profesorze, na wszystkie pytania za chwilę odpowiemy.

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Ale ja nadal...)

Będzie mowa o stomatologii – pani senator poruszała sprawę stomatologii. Rejestr usług omówi pan prezes Kondracki. Pan prezes Majewski powie o kosztach psychiatrii i punktach. Nie wiem, kto jeszcze. Chyba to wszystko...

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dobrze, w takim razie proszę, tylko w tempie. Bardzo proszę.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Bardzo proszę, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to pani dyrektor Petryna, Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.)

**Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Oddziału
Narodowego Funduszu Zdrowia Irena Petryna:**

Dziękuję serdecznie.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Zaproszeni Goście! Drodzy Państwo! Panie Prezesie! Panie Ministrze!

Zanim zwrócę w szczególny sposób uwagę na stomatologię, co pan prezes był uprzejmy mi zaproponować, chciałabym, po prostu, Szanowni Państwo Senatorowie, podkreślić, że materiały, które były podstawą dyskusji, dotyczyły dwóch województw. A trzeba powiedzieć, że wiele dobrego dzieje się w innych zakątkach kraju – do takich województw należy między innymi warmińsko-mazurskie, podkarpackie. Myślę, że wnioski, które są wysuwane tylko na podstawie Łodzi i Warszawy, za daleko idą i często są błędne. Chciałabym państwu powiedzieć, że ja na przykład uważam – a jest na sali pani konsultant do spraw opieki długoterminowej z Olsztyna, pani Eżbieta Szwalkiewicz – że opieka długoterminowa, nawiązując do wypowiedzi pani przewodniczącej komisji, jest modelowo zorganizowana, w zasadzie, na Warmii i Mazurach. Myślę, Pani Konsultant, że będę podzielała pani opinię. Z przyjemnością zresztą będziemy gościć komisję senacką, aby zapoznała się z tym, jak można dobrze zorganizować opiekę długoterminową. Inna kwestia, że ilość środków finansowych na pewno powinna być o wiele większa, żeby zapewnić opiekę w takim zakresie, jak byśmy tego chcieli.

Jeśli chodzi o stomatologię, myślę, Pani Senator, że wkraść się tu mały błąd. Otóż, jeśli chodzi o refundację protez, to ten warunek, że raz na pięć lat, wynika z rozporządzenia ministra zdrowia, a na przykład na Warmii i Mazurach na protezę czeka się około miesiąca, w skrajnym przypadku trzy, cztery miesiące – myślę, że jest to stosunkowo krótki okres.

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Ale ma prawo mieć raz na pięć lat, więc co z tego, że czeka krótko na wykonanie, jeżeli pięć lat musi czekać na następną. Przepraszam.)

(Głos z sali: Minister zdrowia to reguluje.)

Pani Senator, to są dwie różne kwestie. Jeśli jest rozporządzenie, to naszym obowiązkiem, dyrektorów funduszy, jest je respektować i w związku z tym refundujemy raz na pięć lat, a jak będzie zmienione rozporządzenie, to oczywiście nasze działania będą dostosowane do obowiązujących dokumentów. Dziękuję bardzo.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Pan Kondracki, rejestr.)

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Marek Kondracki:

Szanowni Państwo, jeżeli chodzi o rejestr ubezpieczonych, to on w kasach chorych nie istniał, ale od września funkcjonuje w Narodowym Funduszu Zdrowia. W systemie kas chorych w podstawowej opiece zdrowotnej było przeszło milion powtórzeń PESEL. W tej chwili w rejestrze usług medycznych, który jest, cały czas funkcjonuje i cały czas jest udoskonalany, mamy trzysta tysięcy mniej ubezpieczonych niż jest ludzi – jak wynika z narodowego spisu, który się odbył w ubiegłym roku. Oznacza to, że są ludzie nieubezpieczeni z uwagi na to, że nie zgłosili się do lekarza pierwszego kontaktu bądź nie mają żadnego zatrudnienia i pozostają, jak gdyby, na marginesie społecznym.

Jeżeli chodzi o wydanie kart ubezpieczenia zdrowotnego, to oczywiście wspólnie z Ministerstwem Zdrowia nad tym pracujemy. Z uwagi na to, że wchodzimy do Unii Europejskiej i powstaje europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego, nie ma sensu w tej chwili, żeby fundusz wydawał kilkadziesiąt milionów złotych na kartę, która za parę miesięcy czy za półtora roku będzie ujednoczana w całym systemie Unii Europejskiej. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Ale nadal nie wiem, czym mam się wylegitymować, kiedy idę do przychodni, do lekarza. Czymkolwiek?

(Głos z sali: Numerem PESEL można.)

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Marek Kondracki:

Dzisiaj, z uwagi na to, że każdy ubezpieczony posiada PESEL, świadczeniodawca, sprawdzając PESEL, może stwierdzić, czy osoba jest ubezpieczona, czy pozostaje poza ubezpieczeniem zdrowotnym.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Proszę bardzo... Kto następny?

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Marek Mazur:

Panie Profesorze, jeżeli chodzi o grupy pacjentów, to mogę powiedzieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia traktuje wszystkie grupy pacjentów jednakowo, również tych pacjentów, którzy są objęci opieką psychiatryczną. Te uwagi, które pan profesor przesłał, my analizujemy i w przeciągu dosłownie kilku dni, nie wiem, czy to będzie jutro, czy pojutrze, ale w przeciągu kilku dni poprosimy pana profesora do nas na rozmowy, żeby uszczegółwić procedury, bo pracujemy teraz nad procedurami i wartością poszczególnych procedur – nie chodzi tu o wysokość punktów, powiedzmy, ale liczbę tych punktów. Tak że serdecznie pana profesora zapraszamy i te wątpliwości sobie wyjaśnimy.

(Krajowy Konsultant w Dziedzinie Psychiatrii Stanisław Puzyński: Bardzo dziękuję.)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Proszę bardzo... Wiem, że państwo jesteście bardzo zmęczeni, wszyscy jesteśmy bardzo zmęczeni, ale zakończmy to w jakimś czasie.

Pan był pierwszy, potem pan i następnie pan dyrektor Wiśnicki z wojewódzkiego szpitala w Toruniu.

Proszę bardzo.

Dyrektor Biura Konfederacji Pracodawców Polskich Andrzej Jacaszek:

Andrzej Jacaszek, Konfederacja Pracodawców Polskich.

(*Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Od razu proszę powiedzieć, do kogo pan kieruje pytanie.*)

Ja chciałbym skierować pytanie do pana ministra.

Otóż w ustawie o restrukturyzacji pomocy publicznej dla zakładów opieki zdrowotnej przewiduje się, że od momentu wejścia ustawy w życie daje się dwa miesiące zakładom opieki zdrowotnej, które będą chciały, na złożenie wniosku restrukturyzacyjnego. Czy nie wydaje się panu ministrowi, że jest to termin za krótki? Chodzi mi o obowiązki, jakie nakłada na zakład opieki zdrowotnej ustawa, co do jakości tego wniosku, czyli ilości materiałów, które muszą być zgromadzone, już pominię sprawy związane z różnego rodzaju listami, listami zobowiązań, listami wierzycieli, oficjalnymi dokumentami zakładu opieki zdrowotnej, bo te kopie można bardzo szybko uzyskać. Ale znajduje się tam również plan programu restrukturyzacyjnego, który to program powinien – tak ustaliliśmy w Komisji Trójstronnej – obejmować minimum kilka lat funkcjonowania spółki użyteczności publicznej. Czy nie wydaje się, że jest to termin zbyt krótki, że kierownictwo tych zakładów, zarządy tych zakładów nie są przygotowane do złożenia takich wniosków? Czy ten termin zostanie zmieniony? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie miałem bardziej do pana ministra Sikorskiego, ale zadam je teraz. Prowadziliśmy swego czasu, jakieś trzy tygodnie temu, polemikę co do zobowiązań, ponieważ głównym celem ustawy restrukturyzacyjnej jest zatrzymanie powiększającego się zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej. Dyskutowaliśmy wówczas na temat tych trzech grup zobowiązań, które zakłady opieki zdrowotnej w tej chwili mają – to są zobowiązania publicznoprawne, zobowiązania cywilnoprawne i zobowiązania w stosunku do pracowników. Otóż okazuje się, że zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia zobowiązania pracownicze z tytułu tak zwanej ustawy 203 wynoszą około 833 miliony zł, a nie miliardy, które deklaruje strona rządowa. Myślę, że tutaj jest sytuacja taka, że część tych zobowiązań pracowniczych w międzyczasie została, przy pełnej świadomości organów założycielskich, zamieniona w zobowiązania cywilnoprawne, to znaczy zostały zaciągnięte kredyty przez kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej, przez kierowników szpitali w bankach komercyjnych i powiększono sferę zobowiązań zadłużenia cywilnoprawnego, a zmniejszono zobowiązania z tytułu zobowiązań pracowniczych.

I teraz powstaje pytanie, rodzi się taka poważna wątpliwość, ogromna wątpliwość. Jeżeli na dzisiejszym posiedzeniu, Panie Ministrze, rząd zmniejszy możliwość partycypacji podmiotów niebędących w tej chwili organem założycielskim, czyli – czytaj – wierzycieli cywilnoprawnych, do poziomu 25%, to jak te ugody – przy tym

zadłużeniu, powiedzmy, na 31 marca 2003 r. rządu 3 miliardów 500 milionów zł z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych – będą mogły być w sposób praktyczny przeprowadzane? Przyznam szczerze, że nie wyobrażam sobie, jak tego rodzaju ugody mogą być zawierane. W oparciu o co? W jaki sposób zostaną dokonane wyceny? W jaki sposób zostaną, nie wiem, wydrukowane papiery dłużne, które będą służyły jako zabezpieczenie tego rodzaju ugody? To jest takie drugie zasadnicze pytanie.

No i trzecie miałbym może do pana prezesa.

(*Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Ale do mikrofonu proszę. Do pana prezesa, ale również do mikrofonu.*)

Może to takie troszeczkę prowokacyjne pytanie, bo powiedział pan prezes, że jakiś plan awaryjny państwo macie przygotowany, jeżeli...

(*Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Nie mamy żadnego, odpowiadam, ponieważ zakładamy, że podpiszemy kontrakty do końca roku.*)

Ale jeżeli 30% do końca roku tylko przystąpi, to co?

(*Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Ale skąd pan to wie?*)

No, ale ja tak...

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Ja już teraz wykluczam taką dyskusję pomiędzy panami, bo w Senacie dyskutuje się nad projektami...

(*Dyrektor Biura Konfederacji Pracodawców Polskich Andrzej Jacaszek: Dziękuję. To wszystko.*)

...wówczas kiedy są złożone przez rząd. Dopóki jest to w sferze planów – nie ma mowy. Ja panu nie przerywałam, bo bardzo mnie interesuje los tej ustawy, w związku z którą już dzisiaj na ulicach ludzie protestują. Dlatego panu nie przerywałam, ale dla mnie ustawa nie istnieje, dopóki nie wpłynie tu dokument, że jest to projekt, z podpisem Leszka Millera. Do tego czasu projekt dla mnie nie istnieje. A pan może o tym dyskutować w Komisji Trójstronnej, tam jest odpowiednie forum, chyba że wicepremier Hausner powołał, ukonstytuował Komisję Trójstronną i nie korzysta z niej – to byłby już bardzo niepokojący i ważny dla nas sygnał.

Pan minister ustosunkuje się do całego bloku pytań – o taki model dyskusji chciałabym poprosić – i oczywiście do tych, które pan zadał przed chwilą.

Ale, tak gwoli wyjaśnienia: wiem już, co jest niejako na dnie pańskiego pytania, podzielałam te opinie, ale dla nas dopóki nie ma skierowania nie istnieje ta sprawa.

Bardzo proszę pana, a następnie będzie mówił pan dyrektor Wiśnicki.

Wiceprezes Zarządu Głównego

Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej Jarosław Kozera:

Jarosław Kozera, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej i także dyrektor szpitala wojewódzkiego imienia doktora Bizziela w Bydgoszczy.

Ja chciałabym zadać jedno krótkie i czytelne pytanie do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Mówimy o zasadach kontraktowania na 2004 r., więc chciałabym się zapytać, co zamierzacie zrobić z nadwykonaniami w 2003 r. To jest jedno pytanko.

I drugie. Muszę powiedzieć, że w naszym stowarzyszeniu mamy duży przegląd, jeśli chodzi o kwestie związane z kosztami systemu. Doceniam to, bo to jest naprawdę

duży krok do przodu, że przed negocjacjami mniej więcej wiemy, jakie są ceny maksymalne – to trzeba docenić. Doceniamy szczerłość i rozumiemy, że nie ma więcej pieniędzy w systemie. Ale też z całą stanowczością mogę stwierdzić, że brakuje 20% i w kontekście projektów, które są w tej chwili, bardzo ciekawych, jako przyszły może prezes spółki użyteczności publicznej mam pytanie, proste pytanie: kto sfinansuje ten deficyt? Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Pan dyrektor Andrzej Wiśnicki, wojewódzki szpital w Toruniu.

**Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Toruniu
Andrzej Wiśnicki:**

Dziękuję bardzo.

Andrzej Wiśnicki, wojewódzki szpital w Toruniu.

Reprezentuję szpital, który ma prawie siedemset łóżek, trzydzieści tysięcy pacjentów, budżet około 50 milionów zł. W składzie jest: jeden profesor, to jest największe szczęście mojego szpitala, dwóch docentów, trzydziestu lekarzy z tytułem doktora nauk medycznych, pracuje tu stu dziesięciu lekarzy, czterysta pięćdziesiąt pielęgniarek. Jeśli otrzymałbym pieniądze za usługi, które wykonywałem, wyszedłbym mniej więcej na zero, w tej chwili mam nieznacznie ujemny wynik. Chciałbym, żeby to koresponowało ze stwierdzeniem, że dyrektorzy są nieudolni czy mało udolni. Były kontrole NIK, były różne kontrole, nikt nie stwierdził błędów.

Mam zrobić plan na rok 2004, bo to jest mój obowiązek, Panie Ministrze. Tego planu nie zrobię, dopóki nie podpiszę kontraktu – jest to oczywiste. Będę podpisywał plan pracy na przyszły rok w sytuacji niezadowolenia pracowników i pacjentów z tego systemu, z tego, co się dzieje, w sytuacji zagrożenia zarówno po stronie pracujących, jak i leczących się. W momencie, kiedy przystępuję – być może ja to źle rozumiem – do podpisania kontraktu z narodowym funduszem, podpisuję cyrograf, czyli oświadczenie, że wszelkie porozumienia ze strony narodowego funduszu przyjmuję jako fakt. Jak na tym tle mają wyglądać nasze negocjacje? Chyba są to tylko hasła.

Nie mogę się dowiedzieć od dłuższego czasu, dlaczego – to znaczy ja wiem, bo nie ma pieniędzy – zmniejsza się liczba punktów w poszczególnych procedurach i to w istotny sposób, czasami nawet o 50%. Oczywiście odpowiedź może być jedna: brak pieniędzy. Ale w dalszym ciągu nie będziemy mogli wraz z zespołem pogodzić się z tym, że winę zrzuca się na to, że źle się ordynuje, wydaje się na leki et cetera.

Nieznana jest wycena punktów. Proszę państwa, dzisiaj na tej sali usłyszałem, że narodowy fundusz dopiero poszukuje sposobu na policzenie faktycznych kosztów. Otóż, w moim szpitalu od wielu lat, praktycznie od początku mojej dwunastoletniej praktyki, było to badane i ja wiem, ile mnie co kosztuje, dlatego zdziwiony jestem, kiedy się mi proponuje, daje ofertę, nie wiedząc, ile to może kosztować. Część procedur, też ze zdziwieniem to przyjąłem, nie jest podana w konkursie, choć konkurs powinien być ogólnopolski, czyli wszystkie procedury powinny być podane, a i ja mam prawo zgłosić do tego konkursu swój akces. W związku z tym, że brakuje pieniędzy, co dzisiaj też usłyszeliśmy, przerzuca się odpowiedzialność na dyrektorów – jesteśmy

niby nieudolni – a przecież punktacja procedur, która maleje, niska wycena punktów, o czym mówiłem, to są te czynniki, które spowodowały w trzecim, kolejnym roku obniżenie naszych budżetów od 10 do 20%. Ponadto niewyjaśniona jest tak do końca, choć pan minister o tym opowiadał, sprawa tak zwanej ustawy 203, jak również kwestia nadwykonań.

Proszę państwa, ratownictwo pochłania olbrzymie koszty. Uważam, że ten problem też do końca nie jest rozwiązany. Wielu, w tym i ja, wybudowaliśmy ratownictwo i nie wiemy, co dalej robić.

Pragnę w puencie powiedzieć tak: obojętnie czy złożymy oferty, czy nie, w służbie zdrowia jest źle i w kolejnym roku widzę pogarszanie się tego stanu. I nie dostaję odpowiedzi na moje wątpliwości. Jutro na spotkaniu z moim zespołem nie bardzo mogę im, po dzisiejszym spotkaniu, cokolwiek powiedzieć. Żebyśmy nie mieli takiej Wigilii jak przed trzema laty i żeby nie podejmowano podobnych, niebezpiecznych kroków... Przepraszam za długie wystąpienie. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.
Pani senator Olga Krzyżanowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

Ja może powtórzę teraz to, co powiedziałam na początku: niedobrze, że ruszyliśmy tak szeroki krąg zagadnień. Ja przynajmniej wychodzę, przepraszam, z uczuciem niedosytu. Właściwie nie tylko żadnych problemów nie rozwiązaliśmy, ale nawet nie usłyszeliśmy informacji na jakiś jeden konkretny temat. I chciałabym właściwie powtórzyć to, o co pytał pan dyrektor, który w ogromnej części wyręczył mnie. Pan dyrektor, który przede mną mówił, pytał o konkrety, o problemy, z którymi w najbliższych tygodniach i miesiącach służba zdrowia i pacjenci będą się stykać.

Plan pracy. Jak można robić plan pracy na przyszły rok, nie znając realiów finansowych? Jak mają to zrobić nawet najlepsi menedżerowie? Nie wiedzą, czy będą musieli płacić z racji tak zwanej ustawy 203, czy wszystkie ich prośby będą spełnione. Przecież to będzie fikcja planu pracy, powiedzmy sobie szczerze.

Następna sprawa. Czy nadal fundusz może wnosić aneksy? To też jest niebezpieczeństwo, to też powoduje niepewność wszystkich placówek.

A co z podstawową opieką zdrowotną i tym nieszczęsnym problemem całodobowej opieki? Ciągłe się o tym mówi, ale nie uzyskałam dzisiaj odpowiedzi na pytanie tego dotyczące. Jest to w pewnym sensie niezgodne, proszę państwa, i z kodeksem pracy, i z wieloma innymi rzeczami. Ale proszę o konkrety: jak to ma naprawdę wyglądać?

Następnie: co z pogotowiem? Też usłyszeliśmy, przepraszam, ogólniki.

(Głos z sali: Że mają sobie same radzić.)

Że mają sobie same radzić, tak.

Proszę państwa, niestety, okropnie mnie zaniepokoiła też wypowiedź pana prezesa, że w ogóle się nie przewiduje, że mogą nie wszyscy podpisać. No, na litość boską, to już jest za kilka tygodni! Ministerstwo Zdrowia czy fundusz muszą mieć jakieś wyobrażenie, co się robi. Bo moim zdaniem, w tej chwili – już kończę – najgorszym problemem nie jest brak pieniędzy, bo tych pieniędzy w tym roku jest może mniej, mo-

że trochę więcej, ale: bałagan, niejasność i niepewność. I niestety, my tutaj, przepraszam, przynajmniej ja, nie otrzymaliśmy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, Panie Prezesie, chyba mam prawo mieć własne zdanie i rozumiem, że pan prezes będzie uprzejmy odpowiedzieć. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Ja nie zgodzę się do końca z panią senator, która absolutnie ma prawo mieć własne zdanie, że na wszystkie pytania nie uzyskaliśmy odpowiedzi czy że żaden problem nie został rozwiązany. Myślę, że już zaproszenie pana profesora Pużyńskiego na rozmowę jest pewną zapowiedzią, że przynajmniej finansowanie leczenia chorych psychicznie zbliża się ku finałowi, być może satysfakcjonującemu. I mogłabym jeszcze kilka spraw wymienić. Ja po prostu nie wychodziłam ani razu, dlatego też słyszałam i o problemach pogotowia, i podstawowej opieki zdrowotnej, i o kilku innych. Po prostu jestem do tego miejsca przypisana i muszę ogarnąć to, o czym się mówi. Choć niektóre problemy to pan spłycił, poślizgał się pan po nich, Panie Prezesie. Ale ja to rozumiem, skoro nie ma pieniędzy...

Pani senator Janowska i przystąpimy do odpowiedzi.

Senator Zdzisława Janowska:

Ja chciałabym jeszcze zadać pytania właściwie w sprawie leków, ponieważ też nie uzyskałam odpowiedzi, choć moi koledzy pytali już o leki cukrzycowe. Jesteśmy zasypywani listami od różnego rodzaju stowarzyszeń w zasięgu regionalnym, krajowym. Wszyscy pytają o lek, którego nie mogą stosować i który zapewnia im normalne funkcjonowanie, jak również pytają o podniesienie ceny – bo o tym, że wzrosła cena z 2 zł 50 gr do 20 zł jeszcze nikt z panów tutaj nam nie powiedział. Dlaczego ta cena wzrosła? Ludzie biją na alarm. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy refundacji leków antykoncepcyjnych. Środowiska kobiece, kobiety, po prostu, w różnym wieku pytają o refundację leków antykoncepcyjnych, a rząd lewicowy jakby się wstydzi zająć tym problemem. Pani wiceminister zdrowia, pani Kralkowska, też nie umiała kobietom przez dwa lata na pytania na ten temat odpowiadać. Wiem, że są tylko dwa leki, które do tej pory służą kobietom, kobietom w różnym wieku, bo te leki również leczą w wieku bardziej dojrzałym. To jest drugie pytanie.

Trzecie: rejestr usług medycznych. W tej kwestii też było takie szybkie wyślizgnięcie się. Otworzyłam „Służbę Zdrowia”, którą dzisiaj dostaliśmy i przeczytałam tutaj coś bardzo niezwykle alarmującego: „RUM powstanie czy runie?” 159 milionów dolarów z umowy offsetowej na wdrożenie systemu RUM może nie zostać skonsumowane. Ministerstwu Zdrowia trudno dogadać się z konsorcjum mającym wdrożyć system. A więc jest następna mina, na której siedzimy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Była bardzo obszerna sekwencja wypowiedzi, taka aż wręcz wnikająca w hermetyczną wiedzę o leczeniu cukrzycy, udzielona pani senator Koszadzie.

(*Głos z sali: Ale bezcenna...*)

Oczywiście, to była wypowiedź, że tak powiem, bezcenna.

Ale teraz proszę udzielić już odpowiedzi, odnosząc się do konkretów.

Bardzo proszę – pan minister, pan prezes i w razie potrzeby pan dyrektor – proszę udzielić odpowiedzi.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wiktor Masłowski:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Faktycznie, wydaje się, że pan minister Sikorski dość obszernie wypowiedział się na temat wątpliwości, które państwo zgłaszali, mnie pozostał jedynie jakiś drobny fragment i pewne szczegóły związane chociażby z projektem ustawy. Oczywiście, jest to projekt i projekt ten będzie przepracowywany podczas prac parlamentarnych. Doświadczenia jednostek, które takie procesy przekształceń przeszły, oraz doświadczenia z prac nad innymi ustawami, dotyczącymi pomocy publicznej dla przedsiębiorców, nad tak zwaną ustawą Kołodkową, gdzie te ramy były takie same, wskazują, że nie było problemu z wykonaniem zadań zgodnie ze stosownymi dokumentami czy też z przygotowaniem planu restrukturyzacji. Myślę, że każdy dobry menedżer plan... To były inne obwarowania, to były duże zakłady, tysiąc pracowników itd. Sądzę, że te ustawy też nie były specjalnie popularne wśród zakładów opieki zdrowotnej – mówię tu o ustawach dotyczących restrukturyzacji podmiotów prywatnych, restrukturyzacji hutnictwa, górnictwa, znacznie większych zakładów niż szpitale itp. Tam tych problemów nie było. W moim przekonaniu każdy szanujący się menedżer taki program restrukturyzacji ma. Są zawsze dwa problemy: pierwszy – pieniądze, drugi – możliwości prawne i akceptacja działania danego regionu. My, proponując tę zmianę ustawową, pokazujemy możliwości. Przede wszystkim jednak należy odpowiedzieć sobie, czy zasoby w danym regionie spełniają potrzeby zdrowotne i czy wykorzystanie łóżek jest właściwe – wiemy z wielu informacji, że nie. I taki plan restrukturyzacji poszczególnych zakładów, tak naprawdę, musi być zweryfikowany na poziomie regionu przez regionalny komitet sterujący – taka jest też rola tego komitetu. I tu oczekujemy pewnego wsparcia na poziomie danego regionu. W naszym przekonaniu pewne trudności praktyczne związane z tymi dwoma miesiącami może budzić procedura podejmowania decyzji na poziomie samorządów, na poziomie województwa. Niemniej będzie program pilotażowy, prowadzone będą prace parlamentarne, wydaje się, że życie te wątpliwości zweryfikuje. Daliśmy taki okres, bo każdy uważa, że czas minął. W naszym przekonaniu jest to najkrótszy możliwy okres, podkreślam: możliwy, by móc rzetelnie wypełnić stosowne zobowiązania wynikające z tej ustawy. Rozumiem, że listy zobowiązań, dokumenty zakładu, to wszystko jest w zakładzie, pozostaje tylko kwestia, być może, uaktualnienia tego. Tak że na pewno nie mamy takich wątpliwości.

Co do tych 25%, które mogą ewentualnie pójść do obrotu poza sektorem publicznym, to chciałbym podkreślić, że przekształcenie tych wszystkich SP ZOZ w spółki użyteczności publicznej w pierwszym wariantcie, w pierwszym ruchu, zgodnie z pierwszą decyzją, jest przekształceniem w stuprocentową własność publiczną. I chciałbym podkreślić również to, że warunkiem tego przekształcenia jest wycena

rynkowa majątku pozostającego w dyspozycji SP ZOZ. Wszyscy wiemy doskonale i mamy pełną tego świadomość, że tak naprawdę fundusz zakładów w zakładach samodzielnym polegał na niczym innym jak na po prostu biernym przepisaniu wartości księgowych z jednostki budżetowej, które na pewno nie odpowiadają, szczególnie w dużych miastach, wartościom rynkowym danych obiektów, działek czy też chociażby sprzętu, często w danych jednostkach SP ZOZ wyzerowanego, że tak powiem. Tak że w naszym przekonaniu jest to również pewnego rodzaju zabezpieczenie przed, być może, prywatyzacją jednostek. Takie było oczekiwanie strony społecznej, myśmy to oczekiwanie uznali. Uważamy, że to w pełni zapewnia realizację zobowiązań dotyczących wszelkich działań, związanych z podejmowaniem decyzji strategicznych, o zamknięciu zakładu, zmianie statutu itd., które są wszystkim powszechnie znane. Pula 25%, jak wynika z naszej obserwacji, naszych wyliczeń i doświadczeń, wskazuje na fakt, że zobowiązania, na których nam najbardziej zależy, żeby były uregulowane w jakiś sposób, to są zobowiązania pracownicze – przestrzeń tych wartości w zupełności na to wystarcza.

Przy okazji chciałbym wrócić do tej słynnej ustawy 203. Panie Dyrektorze, Szanowni Koledzy ze Stomozu, mamy wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który jasno i wyraźnie pokazuje prawną stronę tego problemu, jasno i wyraźnie pokazuje strony, które w problemie uczestniczą. My od tego wyroku nie odchodzimy i staramy się go respektować, między innymi pokazując w tej ustawie sposób rozwiązania. Jeżeli państwa nie stać na finansowe zadośćuczynienie temu problemowi, do czego nawet nie zobowiązuje wyrok Trybunału Konstytucyjnego, bo nie wskazuje tam Skarbu Państwa jako strony w tym procesie, to dajemy wam, jako menedżerom, narzędzia, możliwość dysponowania własnością zakładu, którym kierujecie, w całym tego słowa znaczeniu, zgodnie z treścią tejże ustawy.

Pan dyrektor mówi, że nie jest w stanie zrobić takiego planu. Trudno mi z tym polemizować, bo rozumiem, że jest to indywidualna ocena sytuacji pana dyrektora i pana zakładu, być może sytuacji nadzwyczaj skomplikowanej. Ja z doświadczenia, które mam, dość znacznego w tym zakresie, wiem, że taki plan jestem w stanie zrobić, bo są szacunki, są wskaźniki z lat poprzednich i na podstawie tych szacunków, ja przynajmniej, robię plany finansowe w połowie roku na następny rok i tak to robi wiele zakładów, które stosują budżetowanie wewnętrzne w zakładzie. Dość dużo o tych szczegółach rozmawialiśmy na spotkaniach, na wielu spotkaniach ze stowarzyszeniem menedżerów, ale nie do końca musimy ze wszystkim się zgadzać. Przedstawiłem nasz punkt widzenia w sprawie problemu, który poruszał pan dyrektor.

Kwestia rejestru usług medycznych. Oczywiście, przekazaliśmy bardzo rzetelną i uczciwą informację sejmowej Komisji Zdrowia w zakresie informatyzacji ochrony zdrowia i tam wskazanych było jednaście punktów, które są mylnie w tym artykule napisane, że są to kwestie, których się nie uzgodni. To nie jest tak, te kwestie dzisiaj są już uzgodnione, były specjalne posiedzenia zespołu offsetowego, było 5 listopada specjalne spotkanie z przedstawicielem Lockheeda, zajmującym się projektem offsetowym. 6 listopada było spotkanie zespołu ekspertów ministra zdrowia, na którym te jednaście punktów zostało uporządkowanych, wyjaśnionych. Firma zobowiązała się, wykonawca, offsetobiorca zobowiązał się do ich realizacji, do ich wykonania. Przyjęto pewien harmonogram realizacji tych zadań. I zupełnie inaczej, można powiedzieć, jest pokazana możliwość realizacji tego projektu. Tak że te jednaście punktów, które jesz-

cze parę tygodni temu przedstawialiśmy na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, jest przyjętych do realizacji, łącznie z harmonogramem.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to poprosiłbym pana dyrektora Błaszczyka, żeby zabrał głos powtórnie i jeszcze uzupełnił tę informację w zakresie leków cukrzycowych. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.
Bardzo proszę.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej
w Ministerstwie Zdrowia Piotr Błaszczyk:**

Dziękuję ślicznie.

Na pytanie pani senator Janowskiej chciałbym odpowiedzieć w ten sposób: ceny detaliczne insulin nie wzrosły, wręcz spadły o parę punktów procentowych, jednak faktycznie wzrosło współpłacenie pacjentów z powodu obniżenia limitów do wysokości ceny równoważnego leku, czyli takiego samego leku, który jest produkcji krajowej. Pacjenci będą mieli dostępność do leków za 2 zł 50 gr, tak jak do tej pory mieli, a za leki brandowe będą dopłacali, jeżeli wybiorą tę drogę leczenia, około 20 zł miesięcznie. Jest to realizacja zasady jeden limit na jedną cząsteczkę, jeden limit na jedną grupę terapeutyczną. Nie chciałbym znaleźć się na obradach szanownej komisji w momencie, kiedy zarzucano by mi ustawienie dwóch limitów i faworyzowanie droższych leków i zachodnich koncernów farmaceutycznych.

Odpowiem teraz na drugie pytanie dotyczące refundacji leków antykoncepcyjnych. Funkcja urzędnika państwowego nie pozwala mi odpowiedzieć na to pytanie do końca, mogę tylko powiedzieć o profesjonalnym wyliczeniu skutków regulacji. Cały czas przez wszystkie dyskusje, nie tylko na temat leków, przewija się aspekt finansowy. Chciałbym powiedzieć, że skutki refundacji leków antykoncepcyjnych to paręset milionów złotych. I w tym momencie chciałbym skończyć moją odpowiedź, gdyż nie czuję się upoważniony do dalszych odpowiedzi. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Okazuje się, że lawina kosztów przysypuje opiekę zdrowotną, profilaktykę i antykoncepcję i że budżet Stanów Zjednoczonych pewnie też z trudem by sobie z tym poradził.

Ja sobie nie wyobrażam, w jaki sposób bez obecności państwa, tylko w obecności senatorów, przedstawię Prezydium Senatu – które jednak kierowało się światłą mądrością, cedując na senatorów z komisji odbycie tego posiedzenia – rezultat naszego posiedzenia, wnioski i powiem, czy istnieje potrzeba przeniesienia tej dyskusji na poziom Senatu. Ale na te pytania, po pierwsze, będę musiała sobie odpowiedzieć wraz z koleżankami i kolegami, a po wtóre, jeszcze przecież nie zakończyliśmy, bo pan prezes jest już gotowy odpowiedzieć na pytania pani senator Krzyżanowskiej – widzę tę pana gotowość.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

No właśnie.

Pani Przewodnicząca! Pani Senator!

Aneksowania nie będzie, żeby jeszcze wrócić do tych kwestii. Nocna pomoc zaś była omawiana – stacjonarna pomoc nocna jest w czternastu oddziałach, w dwóch nie ma, w związku z tym nie ma o co kruszyć kopii, tym bardziej że w tych dwóch oddziałach narodowego funduszu, które jej nie mają, nie ma w związku z tym protestów. Pomoc wyjazdowa funkcjonowała, to jest obowiązek ustawowy i nie mogę niczego innego zrobić, powiedzmy sobie, mogę tylko postawić taki warunek w kontraktowaniu, ponieważ kontraktujemy na podstawie ustawy.

To nie jest tak, że mamy czy nie mamy, nie chcę, żebyśmy się teraz pasjonowali tym, czy podpiszą, czy nie podpiszą, złożą, nie złożą. Jest 21 listopada, 23 listopada dopiero powiemy, jak to wygląda, i będziemy mówić o naszych ewentualnych zachowaniach. Proszę mi powiedzieć, czemu ma służyć dyskusja na temat tego, czy podpiszą, czy nie podpiszą, złożą, czy nie złożą. Przerzucaniu się kolejnymi liczbami, które się zmieniają z godziny na godzinę? Przerzucaniu się liczbami, kiedy gros ofert składanych jest w ostatnim dniu, a nawet w ostatnich godzinach? Pracujemy w piątek, mogę to powiedzieć, wszyscy do godziny 24.00, w sobotę też pracujemy, analizujemy. W poniedziałek będziemy mieli pierwsze dane i podamy, jak to wygląda. Wówczas będziemy mówili o tym, co chcemy zrobić w tej konkretnej sytuacji. Dzisiaj, moim zdaniem, powinna być atmosfera służąca składaniu ofert. Przecież jest jeden ubezpieczyciel, który ma tyle środków, ile ma. Teraz trzeba zrobić wszystko, żeby był spokojny, jeśli chodzi o tę sprawę, bo zostały już tylko trzy dni i za chwilę wszystkie karty odkryjemy. I nie to, że nie mam pomysłu, czy nie mamy, nie chcę po prostu na ten temat teraz rozmawiać, bo nie wiem, o czym mam mówić, o jakiej sytuacji. To byłoby po prostu wróżenie z fusów.

Chciałbym się odnieść jeszcze do nadwykonań 2003 r. Do tej sprawy musimy wrócić po zakończeniu roku finansowego. Narodowy fundusz chce płacić nadwykonania, ale nie wiemy, jakie będą środki, i dzisiaj nie możemy powiedzieć, czy będą płacone koszty stałe i zmienne, dlatego że wszystko będzie zależało od środków i od analizy. Skłaniamy się do tego, żeby płacić za koszty zmienne, a koszty stałe byłyby zakontraktowane w całym kontrakcie. Ale zakładamy, że te nadlimity, które są... W każdym razie w dobrej wierze przyjmujemy, że świadczenia zostały wykonane, bo musiały być wykonane.

Brakujące odsetki – to kwestia dyskusji. Polega to po prostu na tym, że mówimy o czymś, co będzie w roku przyszłym, przyjmując kryteria tego roku. Panie Dyrektorze, jeżeli brakuje panu do budżetu 20%, według tych nowych zasad rozliczeń, to przecież my mówimy tak: chcemy panu dać budżet na pierwsze półrocze w wysokości takiej jak w roku bieżącym, ale pan musi zrobić wszystko, żeby uzupełnić te brakujące 20%, czyli po prostu przyjąć pacjenta, wykonać na jego rzecz diagnostykę, leczenie, bo za tego pacjenta my zapłacimy. Ale jeśli pan dyrektor mi mówi, że panu dzisiaj brakuje, to znaczy, że pan zakłada, że procedura leczenia będzie taka sama jak dzisiaj i z tych wyliczeń wynika, że brakuje 20%. Panie Dyrektorze, nie toczmy tej dyskusji tutaj, niech pan przyjedzie do nas, po prostu, to na ten temat porozmawiamy.

Pan dyrektor z Torunia mówi, że zmniejszają się punkty w procedurach. Nie znam takich procedur. Panie Dyrektorze, Senat nie jest akurat miejscem do tego, żeby

rozmawiać na temat szczegółów. Niech pan przyjedzie, o procedurach możemy rozmawiać do połowy grudnia, a może nawet i dłużej. Pogadajmy o szczegółach, nie zajmujemy czasu wszystkim.

Panie Dyrektorze, pan mówi o swoich kosztach rzeczywistych, a ja nie twierdzę, że pan nie mówi prawdy, ale nie pozwala mi dzisiaj ustawa, Panie Dyrektorze, wnikać w pańskie koszty. To przecież jest absurd. Ja powinienem dowiedzieć się, dlaczego pan uważa, że pańskie koszty są rzeczywiste. Ponieważ to ja płacę, powiedzmy sobie kolokwialnie, to chciałbym panu przyznać rację, ale muszę wcześniej wnikać w koszty, muszę przeanalizować i powiedzieć: Panie Dyrektorze, ma pan rację, albo: nie ma pan racji, bo... Musimy dyskutować na tym samym poziomie. Pan tworzy koszty, ja ich nie mogę analizować, w związku z tym ciężko nam jest dogadywać się. Ale nie twierdzę, że pan nie ma rzeczywistych kosztów. Mówię, że zaczynamy od tego, że dajemy równe stawki w POZ, równe stawki w punktach, ale przecież nie mówię, że finalnym produktem będzie równy wszędzie koszt leczenia, bo to będzie absurd. Jeżeli ktoś zoperuje wyrostek robaczkowy w szpitalu powiatowym, a ktoś inny w klinice, bo tak może być, bo przecież to jest tylko medycyna, to ten koszt nie będzie równy. Ale dajmy się temu rozwinać, dojdźmy do czegoś, przeanalizujemy. Tam, gdzie mogą być niższe koszty, dajmy mniejsze środki, a gdzie wyższe, dajmy większe środki. Chcę płacić za koszty rzeczywiste i taki jest pomysł docelowy. Będziemy to osiągać, ale musimy zmienić ustawę o zozach. I w tym kierunku idziemy, żebyśmy mogli te koszty analizować. Inaczej zawsze nasze zdania będą się różniły.

Panie Dyrektorze, nigdy nie mówiłem o nieudolności dyrektorów i nigdy pan tego ode mnie nie usłyszysz, bo sam byłem dyrektorem, mam przynajmniej zielone pojęcie, jak to wygląda. Nie używajmy takich wytrychów słownych, bo z naszych ust one nie padają. W każdym razie pod moją prezesurą żaden pracownik narodowego funduszu tak nie mówił i nie powie, bo mam pełny szacunek do środowiska medycznego, do pracodawców i pracujących. Znam ten trud, potrafię go docenić. W dyskusji możemy sobie racji nie przyznać, ale dyskusję na pewno obiecuję.

Pani Przewodnicząca, dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Panowie dyrektorzy będą mieli szansę sforsować sekretariaty, bariery itd. i z panem się co do tego rozmówić. To są dyrektorzy, których znam i których interesów będę strzegła, zresztą jestem zobowiązana strzec także interesów innych dyrektorów.

Pan dyrektor ze szpitala Biziela chciałby jeszcze zabrać głos.

Proszę bardzo.

Wiceprezes Zarządu Głównego

Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej Jarosław Kozera:

Dziękuję bardzo.

Przyjmuję zaproszenie, zawsze jesteśmy otwarci na rozmowy, dlatego że tak naprawdę z tym wszystkim zostanie fundusz i zarządzający szpitalami. Będziemy musieli wspólnie, po prostu, w jakiś sposób ten problem, niełatwy, rozwiązać. Taka jest prawda.

Ale chciałbym po prostu zapytać, może to pytanie retoryczne, kto ten deficyt sfinansuje – w świetle planowanych zmian związanych ze spółkami. Ja się bardzo cieszę, że pan prezes powiedział, że będą weryfikowane po półroczu, bo akurat dla mnie – odnoszę się już do mojego szpitala, bo przez przyzmat szpitala wcześniej się nie wypowiedziałem – to jest radosna nowina, dlatego że naprawdę, w momencie kiedy fundusz otworzył granice województw, o 100% wzrosły świadczenia dla ludzi, którzy są spoza rejonu województwa kujawsko-pomorskiego. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Pani Przewodnicząca, można jeszcze?)

Tak, bardzo proszę, Panie Prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Istota rzeczy polega po prostu na tym, że problemy, które były w Zakopanym, problemy, które są w Koszalinie, wynikają z tego, że środki zostały przyznane na pacjentów, którzy w międzyczasie zmienili miejsce pobytu. Oni po prostu pojechali na wczasy do Koszalina, oni pojechali do Zakopanego, a nikt środków za nimi nie posłał, kiedy musieli być tam leczeni. My proponujemy tak: będziemy obserwować i damy środki tam, gdzie leczy się pacjent, czy to będzie w jego województwie, czy zmienił granicę województwa – i to jest cały pomysł. Istota rzeczy polega na tym, że żeby je dać, trzeba je zabrać z tego miejsca, gdzie pacjent po prostu nie był. I to tyle. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No pewno, że się dopiero rozgrzali. Pan tak cały czas komentuje, że mam już podzieloną uwagę: jednym okiem patrzę na salę, a drugim przyglądam się panu.

(Głos z sali: Przełamaliśmy kryzys, Pani Przewodnicząca.)

Długo to trwało i nie jestem pewna, czy do końca ten kryzys przełamaliśmy. Ale systemy ochrony zdrowia chwieją się w najbogatszych państwach świata. Pamiętam, jak pani Hillary Clinton, za pierwszej prezydentury swojego męża, potknęła się na próbie reformowania ochrony zdrowia i już więcej nawet prób nie podejmowała, zresztą miała potem zupełnie inne problemy. Jest taka chluba Anglii, są róże Anglii... I ta chluba Anglii, narodowy system opieki zdrowotnej, w związku ze spiralnie rosnącymi kosztami również znalazł się w zupełnie ślepych zaułku. Narzekają wszyscy: zmuszeni czekać w kolejkach pacjenci, pracownicy nieusatysfakcjonowani ani płacą, ani pracą. Zmiany zapowiadał też Tony Blair i miały one być równie radykalne jak zmiany gospodarcze za rządów Margaret Thatcher. Nasze zmiany, może nie tak radykalne, częściej sprowadzają się do zmiany nazwy ustawy, kilku artykułów, zmiany ministrów lub prezesów i też są niezwykle dynamiczne, i w tej dynamice pozostaniemy jeszcze do dwudziestego pierwszego. Panowie prezesi nie byli świadkami tego, co się dzisiaj

dzieje z wpływem ofert, ale wróćcie do domów, to się zorientujecie, a za parę dni będzie już wszystko wiadomo.

Nam było trochę lżej, że ten sam był poziom wiedzy, tym samym językiem mówi centrala i oddziały, bo do tej pory w tej kwestii, szczególnie w tej komisji, która dotyka najdelikatniejszej materii, były zgrzyty. Przepływ informacji był zupełnie różny – co innego centrala, co innego dowiadaliśmy się z oddziałów i jeszcze co innego mówiło ministerstwo. Niezwykle nam zależało na tym, żeby zgromadzić w jednym pomieszczeniu wszystkie te ważne podmioty i żeby w naszej dyskusji uczestniczyli aktywnie przedstawiciele świadczeniobiorców, organizatorzy ochrony zdrowia, dyrektorzy, związki zawodowe, samorządy zawodowe.

Wiem, że dzisiejsze posiedzenie nie miało nic wspólnego z dobrą organizacją pracy, z higieną pracy, z tym, czego wymaga Państwowa Inspekcja Pracy, że odbywało się w jednym zamkniętym pomieszczeniu bez dobrej wentylacji i to przez wiele godzin. Dla senatorów to jest standard pracy, dla nas to jest standard, nam wyborcy dali mandat, legitymację i my absolutnie nie możemy narzekać. Państwa jednak za wszystkie trudy z tym związane, za wszystkie potknięcia, za wlokącą się czy tracącą w pewnych momentach tempo dyskusję, za przerwy wymuszone dzisiejszym dniem, za to wszystko bardzo przepraszam. I bardzo dziękuję za to wspólne wzbogacenie naszej wiedzy i za to poszukiwanie najefektywniejszych rozwiązań.

Bardzo wszystkim państwu dziękuję.

Zamykam sto dwudzieste drugie posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 41)

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Magdalena Radkowska

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851