



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(287)

15. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 29 czerwca 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (druk nr 176).
2. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat propozycji nowelizacji rozporządzeń w sprawie wykazów leków refundowanych.
3. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat zasad refundacji leków w terapii dzieci z ADHD.
4. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 06)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Witam państwa. Witam panią i panów senatorów oraz przybyłych gości: pana Serafina, pana Wesołowskiego i pana Twardowskiego z Narodowego Funduszu Zdrowia; pana Warczyńskiego, panią Halinę Budziszewską i panią Huk z Ministerstwa Zdrowia; pana Sebastiana Sikorskiego z Banku Gospodarstwa Krajowego; pana prezesa Andrzeja Włodarczyka z Naczelnej Rady Lekarskiej i panią Agnieszkę Tralkiewicz z Ministerstwa Finansów. Witam panią mecenas i panie z komisji. Jeszcze raz witam państwa serdecznie.

Otwieram posiedzenie komisji. W rozestłanym projekcie porządku obrad przewidzieliśmy rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jest to druk senacki nr 176, omówienie propozycji nowelizacji rozporządzeń w sprawie wykazu leków refundowanych oraz zasady refundacji leków w terapii dzieci z ADHD, a w punkcie czwartym – sprawy różne.

Czy panie i panowie senatorowie mają uwagi do tego porządku obrad? Nie widzę. Przyjeliśmy go zatem.

Przystępujemy do punktu pierwszego.

Dzwonił do mnie pan minister Wojtyła z przeprosinami, że kończy jakieś swoje urzędowe czynności i dojedzie do nas później. W imieniu pana ministra będzie występował obecny tu pan dyrektor.

Bardzo proszę o zaprezentowanie zmian w ustawie.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym zaprezentować projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jest to projekt zmiany ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o tożsamej nazwie.

Projekt ten ma na celu wprowadzenie zmian, które mają się przyczynić do zwiększenia efektywności prowadzonych procesów restrukturyzacji finansowej wynikających z tejże ustawy, a w konsekwencji do wydania pozytywnych kończących postępowanie restrukturyzacyjne decyzji i do umorzenia części pożyczki z budżetu pań-

stwa. Chodzi zatem o bardziej efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na wykonanie tej ustawy.

Teraz bardziej szczegółowo omówię zmiany proponowane w nowelizacji. Po pierwsze, w ustawie proponuje się udzielanie pożyczek również jednostkom badawczo-rozwojowym, które realizują zadania z zakresu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Na mocy uchwalonej 15 kwietnia 2005 r. ustawy te zakłady mogły rozpocząć restrukturyzację finansową, jeżeli spełniały określone w tej regulacji warunki, jednak nie mogły skorzystać z pożyczki z budżetu państwa. Pożyczka ta, jak państwo wie, była przeznaczona wyłącznie dla zakładów opieki zdrowotnej, które były zobowiązane do wypłaty środków z tak zwanej ustawy 203, czyli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ponieważ jotbeery prowadzą zakłady publiczne, a nie SP ZOZ, nie mogły ubiegać się o taką pożyczkę, a ta nowelizacja im to umożliwia.

Warunkiem dostępu do tych środków jest uczestniczenie jednostek badawczo-rozwojowych w procesie restrukturyzacji, wobec tego ta nowelizacja dotyczy dwóch jednostek: Instytutu Matki i Dziecka z Warszawy i Instytutu Matki Polki z Łodzi. Jak wynika z informacji finansowych przekazanych przez dyrektorów tychże jednostek, bez dodatkowego wsparcia finansowego nie jest możliwe pomyślne zakończenie procesu restrukturyzacji. Warunkiem uzyskania pożyczki oprócz uczestnictwa we wspomnianym procesie jest pozytywna opinia ministra skarbu państwa. Obie jednostki już ją pozyskały. Zgodnie z ustawą muszą one także uzyskać zabezpieczenia na rzecz Skarbu Państwa w postaci zabezpieczenia rzeczowego na majątku własnym, weksla in blanco lub zabezpieczenia udzielonego przez inny podmiot. Pożyczka, o którą mogą się ubiegać, udzielana jest w kwocie nie wyższej niż wyliczona według wzoru wskazanego w projekcie nowelizacji. Wzór ten uwzględnia przeciętne miesięczne zatrudnienie w ZOZ w roku 2004 oraz minimalne wynagrodzenie za pracę w tym roku.

W 2004 r. według danych na dzień złożenia wniosków o restrukturyzację zatrudnienie w tych jednostkach wynosiło trzy tysiące trzysta trzydzieści dwa pełne etaty. Biorąc pod uwagę proponowany wzór wyliczenia maksymalnej wysokości pożyczki oraz minimalne wynagrodzenie za pracę w 2004 r., a było to 824 zł, szacujemy, że pożyczka dla obu tych zakładów wyniesie łącznie około 33 milionów zł.

Podobnie jak w przypadku pożyczki dla SP ZOZ, określono, na co może ona zostać przeznaczona. W przypadku jotbeerów będzie to spłata zobowiązań obejmujących należności główne wraz z odsetkami za zwłokę z tytułu niektórych zobowiązań publicznoprawnych, chodzi tutaj o składki na ubezpieczenie emerytalne, ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego i składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także zobowiązań cywilnoprawnych objętych ugodą restrukturyzacyjną z wyłączeniem odsetek za zwłokę, oraz pokrycie kosztów opłaty prowizyjnej z Banku Gospodarstwa Krajowego.

Bardzo ważne jest, że projekt ustawy dopuszcza spłatę odsetek za zwłokę od zobowiązań publicznoprawnych określonych w art. 7 ustawy matki, które w przypadku jednostek badawczo-rozwojowych uczestniczących w procesie restrukturyzacji finansowej wynoszą około 19 milionów zł.

Czy pan minister chciałby kontynuować?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Jeżeli można, Panie Przewodniczący, prosiłbym, żeby dyrektor mówił dalej.*)

Kolejnym celem ustawy jest zwiększenie kwoty pożyczki z budżetu państwa udzielanej samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej na podstawie art. 35 ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji. Zgodnie z projektem pożyczka ma być zwiększona o kwotę nie wyższą niż suma należności głównych i odsetek za zwłokę z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez zakład. Chodzi tutaj o należności główne związane z indywidualnymi roszczeniami pracowników wynikającymi z tak zwanej ustawy 203.

Warto pokreślić, że zobowiązania z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne od wypłaconych ze środków z pożyczki budżetu państwa należności głównych w związku z tak zwaną ustawą 203 w przygotowanych przez zakład programach restrukturyzacji już zostały przewidziane do umorzenia. Tak więc umorzeniu podlegają zobowiązania spełniające warunki określone w art. 4 ustawy. Musiały one powstać i być znane na dzień 31 grudnia 2004 r. Uwzględniając obowiązujące przepisy prawne, za znane na dzień 31 grudnia 2004 r. zobowiązania płatnika składek wobec ZUS uznać należy te wynikające ze złożonych do tego dnia deklaracji rozliczeniowych. Jeżeli miało to miejsce w 2005 r., to takie zobowiązania nie spełniają warunku określonego w ustawie, jako że powstały i są znane dopiero w chwili złożenia deklaracji rozliczeniowych.

Warunkiem zwiększenia pożyczki jest uzyskanie przez zakład decyzji o warunkach restrukturyzacji i ustanowienie na analogicznych zasadach, jak w przypadku udzielenia pożyczki, zabezpieczenia odpowiadającego kwocie tego zwiększenia.

Ustawa precyzyjnie określa cele, na które będzie można przeznaczyć uzyskaną kwotę. Będą to: spłata zobowiązań obejmująca w pierwszej kolejności należności główne i odsetki za zwłokę z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez zakład po wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego należności głównych związanych z indywidualnymi roszczeniami pracowników; należności główne i odsetki za zwłokę z tytułu zobowiązań publicznoprawnych, o których mówi art. 7, chodzi tutaj o składki na ubezpieczenie emerytalne, ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz ubezpieczenie zdrowotne; w następnej kolejności spłata zobowiązań cywilnoprawnych objętych ugodą restrukturyzacyjną z wyłączeniem odsetek za zwłokę.

Podkreślenia wymaga, że projekt nowelizacji ustawy w przeciwieństwie do samej ustawy przewiduje możliwość spłaty odsetek od zobowiązań publicznoprawnych. W przypadku SP ZOZ uczestniczących w procesie restrukturyzacji finansowej odsetki te oraz odsetki z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez zakład w związku z zaspokojeniem należności głównych z tytułu indywidualnych roszczeń pracowników wynoszą 91 milionów 500 tysięcy zł. Szacuje się, że skutki finansowe z tytułu dodatkowej pożyczki wynosić będą nieznacznie ponad 400 milionów zł. Dwa omówione wyżej cele będą realizowane w ramach środków przeznaczonych na pożyczki z budżetu państwa – już skierowanych na wykonanie tej ustawy – i nie przekroczą pierwotnej kwoty 2 miliardów 200 milionów zł.

Wnioski o pożyczkę, o której mówimy, złożyły pięćset pięćdziesiąt dwa publiczne zakłady opieki zdrowotnej na łączną kwotę około 1 miliarda 650 milionów zł.

(Głos z sali: Jeszcze raz: ile?)

1 miliard 650 milionów zł. Tak więc do wykorzystania pozostaje kwota około 550 milionów zł. Jak już mówiłem, jest to 400 milionów zł plus prawie 100 milionów zł w przypadku jednostek... To znaczy plus 33 i 19 w przypadku jednostek badawczo-rozwojowych.

(*Głos z sali: 400 plus 33...*)

Tak, 433 miliony zł.

Ponadto projekt ustawy przewiduje zwiększenie umorzenia należności głównej z tytułu pożyczki z 50% do 70%. Dotyczy to zarówno pożyczki udzielonej SP ZOZ, jej zwiększenia, jak i tej udzielonej jednostkom badawczo-rozwojowym. Szacuje się, że zwiększenie umorzenia z 50% do 70% przy założeniu, że wszystkie zakłady spełniłyby wymogi i skorzystały z tego, spowoduje zmniejszenie wpływów do budżetu państwa z tytułu zwrotu pożyczki z około 1 miliarda 100 milionów do około 1 miliarda 500 milionów zł. Niemniej jednak przyniesie ona wymierne korzyści restrukturyzowanym podmiotom, zwłaszcza jeśli chodzi o poprawę ich sytuacji i kondycji finansowej, gdyż zmniejszy dług długoterminowy, jakim jest pożyczka z budżetu państwa.

Ponadto chcielibyśmy zaznaczyć, że w trakcie prac sejmowych zgłoszono poprawkę mającą na celu uregulowanie sytuacji, jaka powstała po dniu 30 marca bieżącego roku, to jest po tym, jak Sąd Najwyższy na rozprawie w Izbie Cywilnej rozstrzygnął, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją, do której można kierować roszczenia z tytułu tak zwanej ustawy 203. Ponieważ w konsekwencji mogło to skutkować uzyskaniem przez SP ZOZ zarówno umorzenia znacznej części należności głównej z tytułu pożyczki, jak i uzyskaniem środków od Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu, zaproponowano dodatkowe zapisy w ustawie. Przewidują one, że SP ZOZ uczestniczący w procesie restrukturyzacji finansowej może uzyskać, bez konieczności zrzekania się roszczeń z tytułu tak zwanej ustawy 203, umorzenie 70% należności głównej z tytułu pożyczki i ewentualnie jej zwiększenia, jeżeli uzyska decyzję o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego i w okresie pięciu lat spłaci pozostałe 30%. W razie zrzeczenia się roszczeń z tytułu tak zwanej ustawy 203 uzyska umorzenie w wysokości pozostałej do spłaty pożyczki albo tej kwoty i środków uzyskanych z jej zwiększenia, co oznacza de facto stuprocentowe umorzenie, jeżeli kwota pożyczki była mniejsza bądź równa roszczeniom związanym ze zobowiązaniami z tej ustawy, lub umorzenie wysokości roszczenia, z którego nastąpiło zrzeczenie, jeżeli kwota pożyczki albo ta kwota i środki uzyskane ze zwiększenia były wyższe od roszczeń związanych ze zobowiązaniami zakładu wobec pracowników z tak zwanej ustawy 203.

Tak więc warunkiem umorzenia kwoty pożyczki stuprocentowego albo w wysokości roszczenia, z którego nastąpiło zrzeczenie, jest zawarcie z Narodowym Funduszem Zdrowia, Skarbem Państwa lub inną jednostką sektora finansów publicznych umowy, w której samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zrzeka się roszczeń z tak zwanej ustawy 203.

Podkreślenia wymaga, że zakład opieki zdrowotnej nie jest zobowiązany do zawarcia takiej umowy i zrzeczenia się roszczeń, decyzja należy do uczestniczącej w procesie restrukturyzacji jednostki. Może ona skorzystać po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego z oferowanego dotychczas siedemdziesięcioprocentowego umorzenia i dochodzić roszczeń albo zrzec się ich i uzyskać natychmiastowe umorzenie bez konieczności zakończenia postępowania, ponieważ w tym przypadku wystarczającą jest decyzja o warunkach restrukturyzacji.

Tak więc, podsumowując, powiem, że projektowana ustawa, poprawiając kondycję publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie tylko powinna wpłynąć na poprawę finansów jednostek ochrony zdrowia i pomyślnie zakończenie procesu restruktury-

zacji, ale również przeniesie się pośrednio na sytuację rynku pracy w tychże zakładach i wpłynie na zwiększenie wynagrodzeń czy zatrudnienia w zakładach uczestniczących w procesie restrukturyzacji. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy pan minister chce coś dodać?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Nie, dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący, pan dyrektor dosyć wyczerpująco to przedstawił.)

Tak. Dziękujemy bardzo za przedstawienie stanowiska rządu i ministerstwa w tej sprawie.

Rozumiem, że niewykorzystanie dostępnych środków otwiera furtkę do poszerzenia katalogu i poprawy warunków w odniesieniu do tych jednostek, których ta ustawa może dotyczyć.

Mamy opinię prawną pani mecenas, że ustawa nie budzi zastrzeżeń legislacyjnych poza drobnymi nieścisłościami terminologicznymi i błędami gramatycznymi.

Są pytania.

Bardzo proszę, pani senator Gelert.

Senator Elżbieta Gelert:

Moje pytanie dotyczy przelicznika dla jednostek naukowo-badawczych. Dlaczego jest zastosowana do nich zupełnie inna metoda obliczania możliwości uzyskania pożyczki, niż było to w pierwotnej wersji? Jak widzę, jest to więcej o około 300 tysięcy zł na etat. To jest jedno pytanie, odnośnie do tych jednostek.

Drugie pytanie też się z tym wiąże. Państwo mówią, że jednostki, które są już w trakcie procesu restrukturyzacji, będą mogły dopożyczyć pieniądze, ale tylko do wysokości należności głównej. Jak to wygląda w przypadku jednostek naukowo-badawczych?

I trzecia sprawa. Jak wygląda obecnie faktyczna sytuacja tych dwóch jednostek? Na pewno państwo ją znają. Jakie są ich zobowiązania?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Może odpowiem na to pytanie, bo ono cały czas się przewija: dlaczego w stosunku do tych dwóch jednostek, które weszły w proces restrukturyzacji, posługujemy się zupełnie innym przelicznikiem? Otóż z tego prostego powodu, że zgodnie z ustawą, którą realizowaliśmy i której dotyczy ta nowelizacja, jednostki badawczo-rozwojowe nie były SP ZOZ i nie mogły wypłacić należności z tytułu tak zwanej ustawy 203. W związku z tym nie można było tego wzoru zastosować wprost do jednostek badawczo-rozwojowych. Te dwie placówki weszły w proces restrukturyzacji, jednak nie wypłaciły roszczeń z tytułu ustawy 203.

Te jednostki to Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi i Instytut Matki i Dziecka. Ich zobowiązania są wymagalne. Zaraz przeliczę: 130 milionów zł, z tego zadłużenie wymagalne Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi na dzień 31 grudnia 2005 r. wynosiło 98 milionów zł, a Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie – 30 milionów 900 tysięcy zł. Są to jednostki zadłużone. Udzielenie im jakiegokolwiek pomocy w tej ustawie z założonych środków bardzo ułatwi im restrukturyzację i zejście z zadłużenia.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Były jeszcze pytania: czemu inne kryteria, dlaczego nie lata 2001–2002, lecz 2004, i z jakiego powodu wyższa kwota na etat. Tak?)

Senator Elżbieta Gelert:

Gdyby pan minister mógł, prosiłabym o wytłumaczenie, dlaczego. Bo one w ogóle nie musiały wypłacać roszczeń z tak zwanej ustawy 203, w związku z tym nie poniosły na to, jak rozumiem, wydatków. Moje pytanie brzmi: dlaczego w związku z tym przelicznik jest w tym przypadku zdecydowanie wyższy niż dla tych, którzy musieli płacić? Jak wiemy, według tego wzoru to było 203 w jednym roku plus ponad 300 w następnym, razem około 500 zł.

(Rozmowy na sali)

Nie wiem, czy państwo mnie słuchają. To było ponad 500 zł na jednego pracownika, a tu mamy przelicznik 834 zł, czyli prawie o 300 zł więcej. Wiem, że został wzięty inny wzór, ale dlaczego akurat taki? Nie widzę tu równości. Jeżeli tych jednostek nie obejmowała ustawa 203, to nie rozumiem, dlaczego zastosowano taki przelicznik.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Musieliśmy przyjąć jakąś stałą statystyczną. 2004 r. był ostatnim ujętym w procesie restrukturyzacji. Wobec tego tak założyliśmy.

(Senator Elżbieta Gelert: Ale dlaczego? Jest to zdecydowana różnica, bo to jest około 300 zł na etat przeliczeniowy.)

Tak, w przypadku tych jednostek to się kształtowało podobnie, wcześniejsze lata były de facto na niekorzyść, tak że te etaty... W 2004 r. były mniejsze. Po prostu takie przyjęliśmy założenie, ponieważ jakieś musieliśmy wybrać. Nie kierowaliśmy się...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Elżbieta Gelert:

Mnie nie zadowala do końca takie wyjaśnienie, ale odbędzie się nad tym głosowanie i chyba na tym się skończy, aczkolwiek nie widzę tu równości podmiotów.

Moje następne pytanie jest następujące. Otóż ustawa o restrukturyzacji zakładała również pewną część dotacji. Dlaczego państwo tego w ogóle nie ruszyli? Z tego, co tu słyszę, pozostanie znowu około 100 milionów zł, tak wynika z państwa wyliczenia. Zostanie zagospodarowane nawet 120 milionów zł.

Z tym się wiąże kolejne moje pytanie. Ci, którzy otrzymali pożyczkę, jeżeli się zrzekną – to jest związane oczywiście z niepłaceniem podwójnym zobowiązań z ustawy 203, pan minister o tym mówił – roszczeń wobec Narodowego Funduszu Zdrowia, mogą nie spłacać tych 30%, bo wiadomo, że będzie to 100%, jeżeli oni de facto to pożyczycy. Nie wiadomo przecież, jaką kwotę który ZOZ pożyczał. Jak się ma do tego kwestia szpitali, które otrzymały dotacje, często to było 15–20% tego, co im się należało? Było to różnie, ale mniej więcej tyle.

I jeszcze takie pytanie, może do pana ministra: co w takim razie będzie z roszczeniami wobec Narodowego Funduszu Zdrowia w przypadku, gdy sądy orzekły niesłuszność i wydały już werdykty wobec szpitali o odsunięciu sprawy? To się chyba będzie ciągnęło i jeżeli się tego raz nie załatwi globalnie, to na okrągło będzie ta nierówność.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Chciałbym najpierw odpowiedzieć na pytanie w sprawie dotacji. Na początku ustawa matka mówiła o 100 milionach zł dotacji, potem zwiększono to do 200 milionów zł. W tej chwili nie możemy już rozmawiać o tych środkach, ponieważ zostały one rozdysponowane wcześniej. W większości jednostki badawczo-rozwojowe – te, które mogły uzyskać dotację – ją wtedy otrzymały. Te dwie placówki weszły w proces restrukturyzacyjny i one nie mogły uzyskać dotacji, ponieważ były zadłużone.

W tej chwili mówimy o zupełnie innych środkach. To, co nam zostało, te 550 milionów, to nie jest gotówka, którą możemy rozdysponować, bo środków na dotacje już nie było. To są pieniądze przeznaczone na pożyczki, są one realizowane przez Bank Gospodarstwa Krajowego. Trzeba było w inny sposób pomóc tym jednostkom, bo pieniędzy dotacyjnych już nie było.

Jeżeli chodzi o werdykty sądowe, powiem tylko, że decyzje sądu są niezawisłe i nie możemy w to ingerować. Chcieliśmy uniknąć sytuacji, kiedy ktoś otrzymał pożyczkę i jednocześnie zaskarża Narodowy Fundusz Zdrowia do sądu. Byłoby to podwójne uzyskanie tych samych środków. Pieniądze, o których mówimy, nie są żywą gotówką, którą możemy wydać w formie dotacji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są jeszcze pytania?

Bardzo proszę, pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Wróć jeszcze do sprawy umorzenia restrukturyzacyjnego. Jak pamiętamy, w 2005 r. Sojusz Lewicy Demokratycznej chciał w ustawie uzależnić możliwość wzięcia pożyczki od zrzeczenia się wszelkich roszczeń wobec Narodowego Funduszu

i Senat mogą to robić, my mamy realizować prawo, przestrzegać go i w tym zakresie się poruszamy.

Jeżeli chodzi o kwestie merytoryczne, chciałbym, żeby jeszcze pani mecenas się odniosła precyzyjnie do tez, które poruszył pan senator.

**Główny Specjalista w Departamencie Prawnym
w Ministerstwie Zdrowia
Alina Budziszewska-Makulska:**

Szanowni Państwo!

Różnica pomiędzy zrzeczeniem zaproponowanym przez Sejm a tym, które było w projekcie ustawy matki, jest zasadnicza. Tam, aby złożyć wniosek o pożyczkę – chodzi o wniosek, zakład niekoniecznie musi ją otrzymać w ogóle albo w wysokości, o jaką wnosi – już trzeba zrzec się wszelkich roszczeń: z tytułu ustawy 203, wobec NFZ, Skarbu Państwa, innej jednostki sektora finansów publicznych. Czyli nie dostając nic w zamian, zrzekamy się roszczeń. Zakład oczywiście składał wniosek o maksymalną kwotę pożyczki, ale wcale nie musiał jej otrzymać. Tutaj sytuacja jest taka, że w gruncie rzeczy w zamian za zrzeczenie się otrzymujemy konkretne pieniądze. Fakt umorzenia długu – bo pożyczka, jakkolwiek by na to patrzeć, jest zobowiązaniem długoterminowym – poprawia automatycznie sytuację finansową zakładu. Skoro schodzę z długu, to moje przychody w stosunku do zobowiązań rosną. Zmniejsza mi się dług.

Zatem nie jest to taka sama sytuacja, lecz zupełnie inna. Tutaj nie ma absolutnie obowiązku. Proszę zauważyć, że zakład sam decyduje, co mu się opłaca. Jeżeli uważa, że jest w stanie... W postępowaniach przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia zakład jest zobowiązany udowodnić szkodę. Musi wykazać, że pomimo prowadzenia rozsądnej i prawidłowej gospodarki finansowej i takiego, a nie innego kontraktu z kasą chorych w 2001 i 2002 r. nie mógł zrealizować zobowiązań pracowników z tytułu ustawy 203. Zatem musi wykazać, iż gdy weszła tak zwana ustawa 203, miał zbyt niski kontrakt i to spowodowało u niego szkodę, a prowadził prawidłową gospodarkę finansową. To jest w uchwale Sądu Najwyższego z 30 marca tego roku. Zatem wcale nie jest tak łatwo to uzyskać.

Zakłady składają wnioski o dosyć wysokie kwoty i nawet jeżeli w pierwszej instancji wygrywają, to nie znaczy, że po pierwsze, wygrają ostatecznie, po drugie, że taką kwotę sąd zasądzi. Zakład bierze pod uwagę, czy jest w stanie udowodnić prawidłowość swojej gospodarki i szkodę oraz związek przyczynowy i czy ma szansę to uzyskać, czy nie, mówiąc krótko. Jeżeli nie, to pewnie każdy realnie myślący dyrektor zrzeknie się tego w 100% i otrzyma stuprocentowe umorzenie. A jeżeli uważa, że jest w stanie to wywalczyć przed sądem, to pójdzie na umorzenie siedemdziesięcioprocentowe, jeżeli spłaci 30% maksymalnie w okresie pięciu lat. I będzie się nadal procesował z Narodowym Funduszem Zdrowia. Tak to wygląda. To nie jest taka opcja, że możemy skorzystać z tego, i z tego. Zakład musi po prostu określić, co mu się bardziej opłaca.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Mam takie pytanie, Panie Ministrze – zwracam się głównie do przedstawicieli Ministerstwa Finansów – jaki jest koszt całej ustawy i nowelizacji, biorąc pod uwagę prowizję i odsetki od niej?

Drugie pytanie to bardziej refleksja, ale połączona z prośbą o odpowiedź. Podczas wprowadzania ubezpieczeń zdrowotnych było wiadomo, że potrzebna jest stawka ubezpieczenia w wysokości 11%, co najmniej 10%, by pokryć koszty świadczeń medycznych. Wprowadzono 7,5%, mamy teraz kolejne wzrosty o 0,5%, i nadal to nie pokrywa to kosztów świadczeń. W związku z tym widać, że takie bardzo oszczędne podejście na wstępie spowodowało potrzebę uchwalenia takiej ustawy, a koszty narastają. Czy w związku z tym Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Finansów mają jakąś refleksję, pomysł, który by pozwolił coś zmienić, coś poprawić, by nie narażać się na kolejne restrukturyzacje kosztów zadłużenia czy oddłużenia? Bo tutaj jest chyba jakiś problem.

Trzecia sprawa. Wiadomo, że jednym z elementów oszczędności jest dobre zarządzanie. Mamy coraz więcej dyrektorów, menedżerów ochrony zdrowia, którzy dobrze sobie radzą, ale jeszcze nie wszyscy się odnaleźli w tej sytuacji. Myślę, że jest tutaj jakiś problem, który można byłoby przemyśleć. Czy jest może jakieś nowe podejście do tego, jakiś pomysł, aby wprowadzić szkolenia dla menedżerów ochrony zdrowia?

I czwarta sprawa. Na Mazowszu mamy taką sytuację, że wiele zakładów opieki zdrowotnej pozostaje w sporze z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponieważ idzie o zwrot nadpłat, środków za nadwykonania czy inne tego rodzaju nieporozumienia. Sprawy są w sądzie. Przyspieszenie ugody spowodowałoby, że można byłoby uwolnić środki na to, by te żądania finansowe pracowników służby zdrowia wcześniej zaspokoić. Czy jest w tej sprawie jakaś koncepcja, by przyspieszyć działania? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Kto odpowiada?

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pani senator dotknęła właściwie sprawy kosztów tej ustawy. Pan dyrektor mówiąc o tym, jak będziemy wykorzystywali te dodatkowe 550 milionów zł, powiedział – i państwo to również poruszają – że zostanie tam niecałe 100 milionów zł. Chciałbym jednak również powiedzieć, że do tego trzeba doliczyć zwiększenie umorzenia należności głównej z tytułu pożyczki z 50 do 70%. I tutaj zmniejszenie wpływu do budżetu państwa będzie wynosiło nie 1 miliard 100 milionów zł, tylko 1 miliard 540 milionów zł. Czyli uchwalając tę ustawę, przekraczamy limit, który był pierwotnie w ustawie matce, i to bardzo.

Zgadzam się z panią senator, że składka jest zbyt niska. W tej chwili pracujemy nad stroną podażową rynku świadczeń. Przede wszystkim zajęliśmy się częścią, która pożera większość pieniędzy, czyli hospitalizacjami. Okazuje się, że oprócz tego, iż składka jest za mała i brakuje środków, to – wyszło nam to teraz, w trakcie tych prac –

wykorzystanie łóżek szpitalnych w Polsce wynosi średnio 71%, a zgodnie ze standardami światowymi powinno to być minimum 75, a optymalnie 85%. To się zmieniło przez ostatnie piętnaście lat, restrukturyzacja postępuje, ale na przykład łóżka okulistyczne są wykorzystane w 50% czy nawet mniej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To jest bardzo różnie.

Oprócz tego, iż musimy zwiększać składkę, to do nas należy zadbanie o to, by środki publiczne – to jest nasz obowiązek, ale również państwa – były efektywnie wykorzystane. Posługujemy się wskaźnikami międzynarodowymi, bo tylko takie mamy. Musimy dojść do minimalnego wskaźnika. Jeżeli analizujemy liczbę łóżek tak zwanego przewlekłego pobytu, to widzimy, że mamy ich dziesięć razy mniej niż w innych krajach. Ten proces rozpoczął się w latach 1999–2000, powstały zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, ale to jeszcze trwa. Pracujemy nad siecią szpitali, ale jest jeszcze wiele do zrobienia. Mamy taką mapę, rzetelnie opracowaną, która pozwoli zrestrukturyzować również część podażową.

Co zrobić z długiem, który ciąży na wszystkich placówkach ochrony zdrowia, to zupełnie co innego. Dotyczy to procesu oddłużenia całej służby zdrowia, wszystkich jej placówek. Cieszy nas, iż ustawa, nad którą pracujemy, spowodowała po raz pierwszy spadek zadłużenia, ta tendencja praktycznie się utrzymuje od trzech kwartałów. Monitorujemy to co trzy miesiące, zadłużenie placówek ochrony zdrowia spada. Mamy nadzieję, że będzie się to posuwało naprzód.

Jako rząd myślimy również o oddłużeniu, ale to jest kwestia ponad 4 miliardów 500 milionów zł. Zresztą przedstawiałem tutaj zadłużenie placówek ochrony zdrowia, wtedy była mowa o 5 miliardach zł czy o niewiele wyższej kwocie. To było pod koniec ubiegłego roku. W tej chwili jest to uwzględnione w dokumencie, który był przedstawiony Sejmowi w trakcie debaty nad służbą zdrowia – 4 miliardy 600 milionów zł. Czyli wyraźnie zadłużenie się zmniejszyło.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę o powtórzenie pytania.

Senator Janina Fetlińska:

Chodzi mi o to, czy Narodowy Fundusz Zdrowia ma jakiś pomysł na przyspieszenie ugody między nim a zakładami, które składają wnioski do sądu. Są to sprawy o zapłacenie za nadwykonania.

**Dyrektor Biura Rady Narodowego Funduszu Zdrowia
Adam Twarowski:**

Pani Senator, fundusz nie składa wniosków o żadne ugody. Mówimy tu tylko o ustawie 203. Jest propozycja zawierania ugód, ponieważ jest około pięciuset sporów w skali kraju na kwotę przeszło 2 miliardów 450 milionów zł według stanu – powiedzmy – na poniedziałek. Taka jest wartość tych roszczeń.

Jeżeli chodzi o nadwykonania, to są to sprawy indywidualne, trudno je ocenić, bo jedna jest nierówna drugiej. Są procedury ratujące życie bądź świadczenia nielimitowane, i to jest zupełnie inna sytuacja, a są takie, gdzie nadwykonania nie są uprawnione. Sądy też różnie do tego podchodzą – jedne stwierdzają, że każde przyjęcie do szpitala jest świadczeniem ratującym życie i podlegającym finansowaniu z funduszu, inne, kierując się stanowiskiem Sądu Najwyższego, uznają, że jest jednak limit wynikający z planu finansowego, wtedy traktują roszczenie jako niezasadne. Zatem nie ma tutaj jednolitego podejścia. Trochę inaczej to wygląda niż w sprawach dotyczących ustawy 203. Dziękuję.

Senator Janina Fetlińska:

Jeżeli chodzi o sprawy dotyczące ustawy 203, czy w tej sytuacji, jaka jest w tej chwili w służbie zdrowia, państwo nie postanowili, by przyspieszyć dążenie do ugody przed sądami?

**Dyrektor Biura Rady Narodowego Funduszu Zdrowia
Adam Twarowski:**

Szanowni Państwo, jak powiedziałem, przeciwko funduszowi skierowano sprawy na kwotę 2 miliardów 450 milionów zł. Abstrahuję od tego, czy te roszczenia są zasadne, czy nie uległy przedawnieniu. Taka jest kwota, która trafiła już po weryfikacji sądowej jako pozew do funduszu. Środki, jakimi dysponujemy, to rezerwa w wysokości 100 milionów zł, więc jest to zupełnie nieadekwatne do zgłoszonych roszczeń i tylko w najbardziej oczywistych sprawach można podejmować dyskusję na temat ugody. W tych, które się wydają nieoczywiste, trudno prowadzić dyskusję, zwłaszcza, że nie ma argumentów. A jeszcze trzeba wziąć pod uwagę, że fundusz ma ponieść koszt podwyżki wynagrodzeń w służbie zdrowia, jest on szacowany na co najmniej 800 milionów zł w tym roku i przeszło 4 miliardy zł w przyszłym. Zatem to są inne, bardzo poważne zobowiązania. Powtarzam: kwota, którą dysponujemy, nie jest adekwatna do skali problemu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Czy są jeszcze pytania?

Proszę bardzo. Proszę o przedstawienie się.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie
Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”
Krzysztof Filip:**

Krzysztof Filip, Sekretariat Ochrony Zdrowia „Solidarności”.

Mam pytanie do przedstawicieli funduszu: 2 miliardy 2 milionów zł to kwota roszczeń z tytułu ustawy 203, tak?

(*Głos z sali:* Tak. 2 miliardy 450 milionów zł.)

Tylko z tego tytułu? Wyodrębnione?

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz:* Niech państwo odpowiedzą. Bardzo proszę, ile?)

(*Dyrektor Biura Rady Narodowego Funduszu Zdrowia Adam Twarowski: 2 miliardy 457 tysięcy zł, to jest kwota z poniedziałku, powiedzmy.*)

(*Głos z sali: Milionów*)

(*Dyrektor Biura Rady Narodowego Funduszu Zdrowia Adam Twarowski: 2 miliardy 457 milionów zł.*)

Czyli rozumiem, że państwo – bo to jest państwa poprawka – zgłaszając takie rozwiązanie, proponując tę możliwość umorzenia, przez „roszczenie” rozumieli to, o którym teraz pan mówi? Bo są pewne trudności; im dalej w las, tym więcej drzew. Teraz dyrektorzy i pracownicy zastanawiają się, co to znaczy „roszczenie” w rozumieniu tej nowelizacji ustawy. Czy to jest to samo, co określano w ustawie matce jako należność główną? Tam jest stosunkowo prosty wzór, mnoży się zatrudnienie przez wzrost wynagrodzenia. Czy to jest to samo? Może ministerstwo albo...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Do kogo jest skierowane pytanie?*)

Do przedstawiciela funduszu, bo to on kierował propozycję, a jeśli nie, to do ministerstwa.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Do ministerstwa.

Bardzo proszę.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący. Chciałbym, żeby pani mecenas to wyjaśniła, my również w tym uczestniczyliśmy.*)

**Główny Specjalista w Departamencie Prawnym
w Ministerstwie Zdrowia**

Alina Budziszewska-Makulska:

Nie, to nie jest to samo, aczkolwiek kwota, którą podał pan dyrektor Twarowski, była oczywiście brana do szacunków, odpowiednio na tamten dzień, że tak powiem. Bierze się pod uwagę wysokość... Narodowy Fundusz Zdrowia, zawierając umowę z zakładem, w którym będzie miało miejsce zrzczenie się roszczeń, będzie brał pod uwagę kwotę, jaka jest wskazana w pozwie wobec Narodowego Funduszu Zdrowia. Ale w związku z tym, że charakter tej umowy jest taki, iż to Narodowy Fundusz Zdrowia i zakład mają to zbadać, umowa w gruncie rzeczy będzie miała charakter ugody. Mówiąc krótko, strony dojdą wspólnie do określenia tego roszczenia. Może to być kwota roszczenia z pozwu, jeżeli strony dojdą do wniosku, że faktycznie jest ona uzasadniona, a może być znacznie niższa. W związku z tym nie jest to równoznaczne z wzorem na należność główną, który występował w przypadku pożyczki.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania?

Dyskusja. Czy są głosy w dyskusji?

Bardzo proszę, pani senator Gelert.

Senator Elżbieta Gelert:

W dyskusji dalej bym się jednak skłaniała do tego... Chciałabym może pociągnąć to jeszcze w formie zapytania. Wiadomo, że musimy poprzeć tę ustawę, głosować za nowelizacją. Za tym, że umarza się 70%, tak. Dlaczego nie? Każdy nam zarzuci, że nie chcemy.

Dalej podtrzymywałabym pytanie o jeden z punktów, któremu służy ta ustawa. Chodzi o jednostki badawcze. Mimo wszystko nie potrafię zrozumieć, dlaczego wzięto akurat taki... Pan powiedział, że trzeba było coś wziąć. Ale dlaczego akurat to, a nie co innego? Dlaczego ktoś ma być wynagradzany?

(Rozmowy na sali)

Panie nawzajem się przekonują, a nie słuchają mnie.

Nadal tego nie rozumiem. Niech ktoś mi wytłumaczy, dlaczego ktoś ma być wynagradzany i dostać 300 zł miesięcznie więcej na pracownika pomnożone razy dwanaście i razy trzy tysiące trzysta. To mi jakoś nie pasuje. Jak mówię, wszystkie zakłady, które brały pożyczkę... Znają państwo ten przelicznik, wiedzą państwo, jaki był. Globalnie to było ponad 500 zł, a tu – około 800 zł. Dla mnie to już jest jakaś nagroda, tylko nie wiem, za co i dlaczego. Jest to nierówność traktowania podmiotów. Mimo wszystko chciałabym usłyszeć, dlaczego, bo tylko dlatego, że ktoś przyjął taki przelicznik... Nie wiem, czemu to ma służyć, to nie jest sprawiedliwe podejście.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę o odpowiedź przedstawiciela ministerstwa.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Panie Przewodniczący, jeżeli można, chciałbym, żeby wyjaśniła to pani mecenas.)

Bardzo proszę, Pani Mecenas.

**Główny Specjalista w Departamencie Prawnym
w Ministerstwie Zdrowia**

Alina Budziszewska-Makulska:

Jeśli mogę się wytłumaczyć: słuchałyśmy pani senator, jak najbardziej, właśnie o tym rozmawiałyśmy. Wiadomo, że jotbeery nie były zobowiązane do wypłaty roszczeń z tytułu ustawy 203, w związku z tym ten wzór byłby bezprzedmiotowy w stosunku do nich. Ale założenie było takie: sprawdzmy, co by było, gdyby te dwie jednostki miały takie zobowiązania. Biorąc pod uwagę ich zatrudnienie w latach 2001 i 2002 – jest minimalna różnica w stosunku do roku 2004 – zakładając, że byłyby zobowiązane do wypłaty tych 203 plus 110 z kawałkiem czyli 315 zł i uwzględniając to, że SP ZOZ otrzymają zwiększenie, mniej więcej wychodzi taka sama kwota.

(Rozmowy na sali)

Z tym, że za dwa lata. Gdyby założyć, że te dwa jotbeery w latach 2001 i 2002 były zobowiązane do wypłaty 203 zł, to mnożąc tę kwotę trzysta trzynaście i dwadzieścia cztery razy...

(Głos z sali: Razy dwanaście. Dodając 203 to jest razem jest 523 razy dwanaście.)

Dokładnie. I razem z tym zwiększeniem to wychodziło troszeczkę więcej, bo tam było około sześciuset.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie, zakładając... Proszę zauważyć, że SP ZOZ otrzymują zwiększenie kwoty pożyczki. To nie jest tylko kwota z pierwotnego wzoru, trzeba wziąć też pod uwagę te ponad 400 milionów z projektu. Tak naprawdę na pracownika wychodzą bardzo podobne kwoty. Fakt, że przy jotbeerach jest nieco więcej, ale wychodzi na to samo. I najbardziej zbliżoną kwotą, by uzyskać ten sam wzór, było te 824 zł. Do różnego rodzaju wzorów musimy brać zawsze pewne stałe, które są ogłaszane do wiadomości publicznej. Minimalne wynagrodzenie było najbardziej zbliżone, by uzyskać podobny wynik finansowy na jednego pracownika.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są głosy w dyskusji w tej sprawie?

Czy są wnioski legislacyjne zgłaszane przez państwa senatorów do tej ustawy?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wracamy jeszcze do pytań, tak?

(Senator Elżbieta Gelert: Mam pytanie, bo nie wiem, czy coś zgłosić, czy nie.)

Dobrze, to jeszcze pracujemy. Wątpliwości pani senator budzi zasada kalkulacji, w której państwo podają 21% wzrostu, tylko czego i kiedy.

Proszę bardzo o wyjaśnienie.

**Główny Specjalista w Departamencie Prawnym
w Ministerstwie Zdrowia**

Alina Budziszewska-Makulska:

Biorąc pod uwagę pożyczkę już uzyskaną przez SP ZOZ, zwiększenie to jest... 400 milionów zł to jest mniej więcej 21% tej sumy.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Andrzej Włodarczyk:

Przyjęcie tej ustawy spowoduje, że SP ZOZ dostaną pożyczkę zwiększoną o 21% w stosunku do poprzedniej wysokości.

(Senator Elżbieta Gelert: Czy wszystkie SP ZOZ to dostaną ?)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Senator Elżbieta Gelert: Jeżeli wziął należność główną, to jak może to otrzymać?)

Wtedy nie dostanie.

Senator Elżbieta Gelert:

Nie, bo jeżeli ktoś już wziął pożyczkę równą należności głównej – a takie przypadki przecież były – to w jaki sposób dostanie 21% więcej? On nie może się ubiegać o...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

No i co wy na to, Szanowni Państwo z Ministerstwa?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

W tej chwili jeżeli nie ma on zobowiązań publicznoprawnych, spłacił je, to może mieć cywilnoprawne. Ustawa dopuszcza taką wysokość, w jakiej ma te zobowiązania. Jeżeli chodzi o to, co się nie umarzało w ustawie matce, to tutaj dochodzi ponad 20%. Chodzi o zobowiązania publicznoprawne, które nie były umarzone ustawą matką. Jest to 20% zobowiązań, które zakład wypłacił za pracownika. W tej chwili dopuszczamy również taką możliwość.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest jeszcze pytanie.
Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję.

Panie Ministrze, mam pytanie. Pan mówi o tych 20%, a ja rozumiem tutaj niepokój pani senator. Czy państwo robiliście kalkulację, z której jasno wynikałoby, jaki procent zakładów, które uzyskały zgodę na restrukturyzację i uzyskały pożyczkę, obejmie ten drugi punkt, który zmienia treść ustawy, a pozwala jeszcze na dodatkowe pozyczenie pieniędzy? Jaki procent tych zakładów dostanie te pieniądze? Czy państwo przeprowadzali taką kalkulację?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest kalkulacja?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Analizowaliśmy to i praktycznie 100% zakładów, które weszły w proces restrukturyzacji, mają zobowiązania cywilnoprawne. W związku z tym skorzystają z tego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pani senator Gelert.

Senator Elżbieta Gelert:

Ale ja, proszę państwa, dalej jeszcze czegoś nie rozumiem. Przecież według tamtej ustawy nie można było otrzymać więcej niż wynikało z podanego wzoru. Nie można było więcej dostać. I teraz zakładamy, że ten, kto dostał to wszystko, czyli 100% należności wynikającej z tego wzoru, to on nie może w tej chwili dostać od państwa więcej.

(Głos z sali: Może.)

No jak może? To ja już czegoś w ogóle w takim układzie nie rozumiem. To co państwo powiecie o równości tych podmiotów, które nie były zadłużone? Przed chwilą pani senator mówiła o tym, jak to trzeba być dobrym menedżerem i jak to trzeba dobrze zarządzać i może jeszcze szkoły pootwierać dla nich. Tylko po co? Po co? To w takim układzie niektóre jednostki dostaną teraz zdecydowanie więcej, a jednostki, które nie miały zadłużenia z różnych powodów, między innymi dobrego zarządzania – nie wiadomo po co – co otrzymały od państwa? 10% tego, co wydały na ustawę 203? 10–15%, niektóre 25%. W związku z tym ja tu czegoś nie rozumiem. Dopłaca się ciągle, coraz więcej, coraz bardziej zadłużonym. Jeżeli teraz państwo twierdzą, że tamte jednostki będą mogły dokończyć ponad ten wskaźnik, to jest to przecież więcej niż wydały w związku z ustawą 203. To ja już w ogóle nie wiem, czego one mają wtedy żądać przed sądem. Jeżeli dostaną więcej niż wydały na ustawę 203 – bo teraz państwo twierdzą, że 100% będzie mogło uzyskać więcej – to ja dalej czegoś tutaj nie rozumiem.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ad vocem senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Ponieważ wiem, że pani senator jest dobrym dyrektorem szpitala wojewódzkiego, który jest dobrze zarządzany i nie ma zadłużenia, chcę powiedzieć właśnie...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie wiem, czy w świetle tej ustawy jest dobrym menedżerem.)

I ja właśnie rozumiem te wszystkie pytania. One pokazują bezsens dobrego zarządzania. Ale myślę, że gdyby w skali Polski było więcej takich dyrektorów...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dwieście.)

Dwieście.

...to ta ustawa byłaby po prostu niepotrzebna. Pytanie, które tu przedstawia pani senator, rzeczywiście, może denerwować każdego dobrego menedżera. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

No, jest to trudna sprawa. Te zadłużenia brały się nie tylko ze złego gospodarowania, ale też z pewnej skłonności do chomikowania. Część kupowała sprzęt, którego na przykład ci dobrzy dyrektorzy nie kupowali, zaciskając pasa. I teraz jest raczej pytanie kierunkowe: czy we właściwy sposób nagrodzono naszych dobrych zarządzających, czy też po raz kolejny znaleźli się w grupie tych, którzy – dla dobra ojczyzny – raczej nie są najsprytniejsi w tym układzie. Ja sam znam takich dyrektorów, którzy spokojnie brali, mówiąc: prędzej czy później nam umorzą, ktoś to spłaci. To jest więc ogromny problem.

Pani senator Gelert, proszę bardzo.

Senator Elżbieta Gelert:

Ja już teraz spokojnie. Chciałabym uzyskać od państwa informację: czy zakłady, które uzyskały – według tego wzoru – 100% pożyczki, w tej chwili będą mogły jesz-

cze więcej tej pożyczki dobrać? Ja tak rozumiałam. Czy to tak ma być? Jeżeli bowiem tak, to wtedy jest zasadny współczynnik dla jotbeerów.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Jeżeli można, Panie Przewodniczący, za chwilę na to pytanie odpowiemy. Chciałbym powiedzieć, że ustawa matka była uchwalana 15 kwietnia 2005 r. i to była ustawa poselska. Uczestniczyłem w tej dyskusji, Pani Senator. Ja tę ustawę wtedy, będąc posłem, krytykowałem – to mogą potwierdzić protokoły – stwierdzając, że po raz kolejny dobrzy menedżerowie zostaną tak zwanymi frajerami, bo nie warto było oszczędzać. Nasze prace dotyczą ustawy, która była uchwalona w 2005 r. Było przeznaczone 2,2 miliarda zł, zostało 550 milionów zł i musimy zgodnie z zapisami ustawy matki te środki wykorzystać. One będą kierowane do zakładów opieki zdrowotnej, które są w trudnej sytuacji.

Chciałbym powiedzieć, że takich zakładów, które są dobrze zarządzane i wzięły dotacje w wysokości 200 milionów zł, bo więcej w tej ustawie nie było uchwalone, było ponad trzysta. A w tej chwili mamy ponad 30% zakładów, które nie przynoszą długów. I to jest pozytywny trend. Ja zgadzam się, że powinniśmy nagradzać tych, którzy dobrze zarządzają.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Na razie dobrym słowem.)

Na razie, niestety, to nam się nie udaje. Sukcesem było zwiększenie dotacji ze 100 do 200 milionów zł. A w tej chwili nie mamy już o czym mówić, bo te 200 milionów zł zostały skonsumowane.

Chciałbym, żeby jeszcze pani odpowiedziała na pytanie pani senator.

**Główny Specjalista w Departamencie Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia Anna Huk:**

Otóż zakłady, które otrzymały czy też wnioskowały i otrzymały środki z tej pierwotnej pożyczki w wysokości należności głównych za lata 2001–2002 teraz będą mogły otrzymać dodatkową pożyczkę w wysokości należności dla ZUS po stronie pracodawcy, związanych z tą pożyczką i stanowiących koszt własny pracodawcy.

(Głos z sali: Nie było ich?)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie było.)

(Senator Elżbieta Gelert: Były różne metody przeznaczania tych pożyczek.)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie było. Składki do ZUS miał opłacać zakład. To był warunek wejścia do programu. Co więcej, niektóre zakłady miały kłopoty z wejściem w proces restrukturyzacji, bo nie miały środków na ZUS.)

Tak że tutaj zakłady zawsze otrzymają pieniądze w wysokości, o której mowa w ustawie. Tylko jest kwestia tego, na co mogły je przeznaczyć. Jeśli nie mają takich zobowiązań, to na inne zobowiązania, na przykład cywilnoprawne.

(*Senator Elżbieta Gelert*: Ustawa 203 to było 5 milionów zł kosztów i 5 milionów zł dostali od państwa. To bowiem tyle ich kosztowało. I teraz dalej jeszcze mogą dostać.)

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Na ZUS.)

Tak. Należności dla ZUS, będące po stronie kosztów pracodawcy.

(*Głos z sali*: Wtedy te zakłady nie dostały na ZUS.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Śłuchajcie, myślę, że popracowaliśmy trochę nad zrozumieniem intencji tej zmiany. Pytam, czy są wnioski legislacyjne do tej ustawy? Czy ktoś zgłasza je? Nikt nie zgłasza.

Przechodzimy więc do głosowania. Zgłaszam wniosek o przyjęcie projektu ustawy bez poprawek jako opinię komisji.

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

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał? (2)

Wyznaczamy jeszcze referenta tej uchwały. Kto z państwa chciałby referować tę uchwałę w imieniu komisji? Może tym razem poprosimy pana senatora Karczewskiego.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Proszę bardzo. Dobrze.)

Głosujemy, kto z państwa zgadza się, żeby to był pan senator Karczewski?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

Jednogłośnie za.

Jest wyznaczony... Bardzo dziękuję.

Punkt pierwszy mamy za sobą. Bardzo dziękuję.

Nie taję, że też mam mieszane uczucia co do tej ustawy, ale...

Przystępujemy do punktu drugiego: omówienie propozycji nowelizacji rozporządzeń w sprawie wykazów leków refundowanych.

Kto w imieniu ministerstwa będzie nam referował?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła*: Dyrektor Błaszczyk, jeżeli można, Panie Przewodniczący.)

Bardzo proszę pana dyrektora Błaszczyka o zreferowanie projektu rozporządzenia. Ja właśnie tu mam sporo wątpliwości.

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

Dziękuję.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym przedstawić informację na temat prowadzonych prac...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Dziękuję osobom, które uczestniczyły w tej części posiedzenia i przystępujemy do punktu drugiego. Bardzo proszę.)

...nad nowelizacją rozporządzeń dotyczących listy leków refundowanych. Rozporządzenia te są nowelizowane zgodnie z upoważnieniem ustawowym ministra zdrowia. Są to cztery rozporządzenia obejmujące wykaz leków refundowanych, ustalenie cen urzędowych na leki refundowane, ustalenie wykazu leków w chorobach przewle-

kłych, a także ustalenia limitu na leki refundowane. Zgodnie z upoważnieniem ustawowym takie nowelizacje powinny odbywać się nie rzadziej niż co sześć miesięcy i takie poprzednie rozporządzenie było wydane w grudniu 2004 r. Dlatego zostały podjęte prace, zgodnie z przyjętym harmonogramem prac Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji nad nowelizacją tych rozporządzeń, czego efektem są podpisane przez ministra zdrowia – a jeżeli chodzi o ceny urzędowe w porozumieniu z ministrem finansów – cztery rozporządzenia z mocą wejścia 1 lipca 2006 r.

Nadrzędnym celem zmian było obniżenie cen urzędowych na leki refundowane, biorąc pod uwagę w szczególności równowagę interesów konsumentów – czytaj: pacjentów – oraz możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia. W przedmiotowym projekcie dokonano obniżenia cen urzędowych dla produktów leczniczych i wyrobów medycznych znajdujących się na wykazach leków refundowanych. I tak dla produktów wytwarzanych za granicą, w przypadku których cena urzędowa została ustalona na dzień 1 stycznia 2004 r. – o 13% i dla produktów wytwarzanych za granicą, w przypadku których cena urzędowa została ustalona na dzień 1 stycznia, a w międzyczasie została obniżona...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale którego stycznia?)

1 stycznia 2004 r., przepraszam. A w międzyczasie została obniżona cena urzędowa, w taki sposób, aby w stosunku do ceny z dnia 1 stycznia 2004 r. łączna obniżka wynosiła nie mniej niż 13%.

Minister zdrowia dokonał przeglądu cen urzędowych wszystkich leków znajdujących się na listach leków refundowanych, biorąc pod uwagę w szczególności to, czy warunki makroekonomiczne usprawiedliwiają utrzymanie cen urzędowych na niezmienionym poziomie oraz wpływ leku na bezpośrednie koszty leczenia. Za listę bázową przyjęto wykaz refundacyjny obowiązujący na dzień 1 stycznia 2004 r.

Obniżono ceny urzędowe z uwagi na długofalowe i systematyczne umacnianie się kursu złotego względem innych walut. Z analiz wynikało, iż kurs złotego w okresie od IV kwartału 2003 r. do I kwartału 2006 r. umocnił się względem euro o 17,14%, a względem dolara średnio o 18,03%. Ponadto uwzględniono założenia ustawy budżetowej na 2006 r. Prognozowany średnioroczny kurs euro wynosił 3,97 zł, a średnioroczny kurs USD wynosił 3,38 zł. Wszystkie wymienione przesłanki wskazały na nieuzasadnione dochody z reszty kursowej dla producentów leków wytwarzanych za granicą oraz nadmierne wydatki NFZ na refundację.

I tak w wykazie, na którym znajduje się dwa i pół tysiąca produktów, dokonano następujących zmian. Dla tysiąca stu produktów obniżono poziom ceny ze względu na wyżej wymienione elementy, a dla osiemdziesięciu produktów ze względu na...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: O 13% dla tysiąca stu?)

13%, tak. I dla osiemdziesięciu produktów ze względu na wnioski podmiotów odpowiedzialnych o obniżenie cen. Dla tysiąca trzystu produktów pozostawiono poziom cen bez zmian. W obecnych nowelizacjach również usunięto...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale czemu? Czemu bez zmian, skoro była aprecjacja?)

Pozostawiono bez zmiany, gdyż nie posiadano informacji na temat, w jaki sposób – gdyż są to podmioty, które wytwarzają w Polsce – zmiana warunków makroekonomicznych wpłynęła na koszty produkcji. Jednocześnie chciałbym poinformować, że wysłano zapytanie do wszystkich odpowiedzialnych podmiotów, ażeby takie analizy

nam przedstawili, co będzie z kolei przedmiotem analizy Zespołu do spraw Gospodarki Lekami i ewentualnych zmian cen przy kolejnej nowelizacji.

Usunięto dwadzieścia siedem produktów ze względu na wygaśnięcie terminu ważności pozwoleń na dopuszczenie do obrotu.

Jednocześnie wprowadzono kolejne uporządkowanie grup limitowych, a także podstaw limitów dla trzynastu grup terapeutycznych. Określono limit na poziomie najtańszej dawki dobowej dla danej substancji w danej grupie terapeutycznej. Dało to efekt wypadkowy, że spośród dwóch i pół tysiąca leków, znajdujących się obecnie na listach leków refundowanych, dla dziewięciuset pozycji została obniżona odpłatność pacjenta. Średnia obniżka wynosi około 5 zł.

Dla około pięciuset produktów odpłatność dla pacjenta wzrosła, przy tym średnia podwyżka wynosiła około 3 zł. Jednakże trzeba nadmienić, że dla około połowy produktów ta podwyżka nie przekracza 1 zł, czyli jest kilkudziesięciogroszowa. Wzrost odpłatności pacjenta spowodowany jest wypadkową pomiędzy obniżeniem ceny urzędowej – bo nie było żadnego przypadku, żeby wzrosła cena, a były tylko obniżki cen – a obniżeniem limitu na dany lek. Wzrost odpłatności będzie dotyczył jedynie sytuacji pozostawiania pacjenta przy droższym odpowiedniku.

Jednocześnie chciałbym powiedzieć, że skutki regulacji powinny spowodować w skali roku zmniejszenie wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia o 400–500 milionów zł, jak również zmniejszenie współpłacenia pacjenta w skali około 100 milionów zł.

Jednocześnie chciałbym też nadmienić, że przyjęty przez ministra zdrowia harmonogram prac nad kolejnymi listami leków refundacyjnych wskazuje na następujące kroki, które będą podejmowane jeszcze w tym roku. A więc w okresie lipiec – sierpień opracowanie wykazu kolejnych leków, które będą objęte cenami urzędowymi stosowanymi w lecznictwie zamkniętym. Jest to kontynuacja prac, które odbyły się rok temu, a dotyczyły w tamtym stanie trzynastu części – poszerzenie tego o kolejne części i objęcie ich cenami urzędowymi. Jesienią tego roku, czyli po kolejnych sześciu miesiącach, wydanie kolejnej listy leków refundowanych, która rozpatrzy wszystkie wnioski generyczne, które nie zostały objęte obecną zmianą rozporządzenia. Planowane jest także rozpatrzenie wniosków o wpisanie nowych części innowacyjnych. Ten ruch racjonalizujący wydatki powinien znaleźć fundusze, które będą mogły sfinansować kolejny postęp w dziedzinie innowacyjności na listach leków refundowanych. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Mam tutaj, proszę państwa, korespondencję, która stoi u źródeł tego dzisiejszego spotkania w tej sprawie. Stowarzyszenie Przedstawicieli Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych do mnie, ale też to było do wiadomości pana ministra Piechy, który odpowiedział także nam... Stowarzyszenie ma pretensje do państwa nowelizujących o to, że są dyskryminowani. Jeśli aprecjacja jest bowiem uwzględniana w polityce lekowej państwa, to zachodzi pytanie, dlaczego aprecjacja nie jest uwzględniana w polityce cenowej dotyczącej produktów krajowych, które są robione z komponentów importowanych. Ta aprecjacja więc też przecież w jakiejś mierze powodowała tańszy import substancji. To jest jedno pytanie. Skarżą się, że naruszają państwo ustawę o cenach.

Ale także są kolejne pytania do państwa. Czemu nie zostały uwzględnione wnioski o wyższe niż 13% obniżki cen leków? Na przykład jedna z firm, nie pamiętam w tej chwili jaka, produkująca statynę – simvacard, chciała mieć wyższą obniżkę cen leku niż 13% i nie zostało to zrobione. Dotyczy to też takich produktów, dla których wygasają patenty, czyli generyków, na przykład z grupy, które są używane w psychiatrii – risperidon. Dlaczego nie została obniżona cena? W przypadku niektórych starych produktów, których ceny zostały ustalone bardzo dawno – na przykład chlorprotixen czy ciphin, urologiczny lek – istnieje ryzyko, że obniżka cen spowoduje, iż firmy będą chciały wycofać te produkty. Ceny były ustawiane bardzo dawno na niskim poziomie. W odpowiedzi do nas pana ministra Piechy, którą gdzieś tu miałem, nie bardzo się państwo odnoszą do tych uwag. Ani Narodowy Fundusz Zdrowia nie za bardzo mi to tłumaczy, ani też w pana wypowiedzi nie znalazłem odpowiedzi na to pytanie.

Proszę bardzo.

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

Dziękuję.

Jeżeli chodzi o pytanie pierwsze, dotyczące nierówności traktowania podmiotów, jak wskazałem pokrótce w mojej wypowiedzi, minister zdrowia wystąpił do wszystkich podmiotów z pytaniem o komponenty produktów produkowanych w Polsce. Otrzymuje już odpowiedzi na temat i będzie to przedmiotem prac przy pracach nad kolejną listą leków refundowanych.

Chciałbym nadmienić, że w ramach uzgodnień zewnętrznych ten dokument był opiniowany również przez Urząd Komitetu Integracji Europejskiej. Nie wskazano na nierówność traktowania podmiotów. W dyskusji na temat podjęcia tych kroków wskazywana była jedna, podstawowa zasada, że możemy mówić o nierówności podmiotów tylko wtedy, kiedy podmioty w tej samej sytuacji są różnie traktowane. A tutaj wszystkie podmioty w tej samej sytuacji, czyli wszyscy importerzy leków, zostali dotknięci tą obniżką. Nie zachodzi więc zdaniem ministra zdrowia – który ostatecznie tę decyzję podejmował – nierówność podmiotów.

Co do niezgodności z ustawą o cenach, na wszystkie te zarzuty została stowarzyszeniu udzielona odpowiedź. Minister zdrowia pozostaje na stanowisku, że posiadał wszelkie informacje, ażeby działać z urzędu w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o kolejne obniżki cen, tak jak wskazałem...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Czemu nie większe obniżki? Właśnie, czemu na przykład nie większe obniżki statyn?)

Ja nie znam przypadku, żebyśmy nie rozpatrzyli...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pozytywnie?)

...pozytywnie wniosku, który wpłynął przed uzgodnieniami. To są przypadki, które wpływały już w ramach uzgodnień wewnętrznych. I teraz weszlibyśmy w konflikt z zasadami techniki legislacyjnej, jeżelibyśmy uwzględnili te wnioski. Musielibyśmy ponownie skierować do uzgodnień zewnętrznych te rozporządzenia. Takie praktyki znamy, ale znamy je w kontekście taktyk, w jaki sposób można opóźnić działania

ministra zdrowia. Dlatego te wszystkie wnioski zostaną rozpatrzone przy pracach nad kolejną listą.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Czy są pytania do państwa? Ja swoje pytania i swoją opinię, na podstawie której działałem, wypowiedziałem. Czy są głosy w dyskusji? Kto z państwa chciałby zabrać głos w dyskusji w tej sprawie?

Bardzo proszę.

**Prezes Zarządu Polskiego Związku
Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
Cezary Śledziwski:**

Cezary Śledziwski, reprezentuję Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Związek reprezentuje największych wytwórców krajowych niezależnie od kapitału właścicielskiego.

Chciałbym odnieść się tutaj może do tego zarzutu o nierównym traktowaniu. Otóż, uważamy, że ten wsad importowy, który jest rzeczywiście w naszej produkcji, wynoszący średnio kilkanaście procent w zależności od zakładu, jest konsumowany przez inflację, która w Polsce w tym czasie wyniosła 7% w ciągu pół roku. Tak że to jest znacznie więcej niż wynika to z aprecjacji złotówki.

Chciałbym zauważyć tylko jedną rzecz, że byliśmy trochę zaskoczeni, iż nie uwzględniono na wykazie leków refundowanych pięciu substancji czynnych, pierwszych generyków, które dają poważne oszczędności dla budżetu. Poza tym, co pan senator wymienił – risperidonem, to jest lek na schizofrenię oporną...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak.)

...mamy jeszcze itraconazolium – to jest lek na grzybicę, glimepiridum – lek na cukrzycę, tamsulosinum – lek na prostatę i venlafaxinum – lek na choroby psychiczne. W sumie tych pięć substancji w skali roku mogło przynieść oszczędności 100 milionów zł i wydaje nam się, że to powinno być uwzględnione jak najszybciej, niezależnie od jesiennego programu.

Chciałbym też powiedzieć, że w przypadku leków generycznych dla firm jest istotne, który pierwszy wchodzi na rynek. Cena jest wtedy wyższa i nakłady, które zostały poniesione na szybkie wprowadzenie leku, często walkę z koncernem, jeśli idzie o patenty, tak jak było to w przypadku risperidonu – to były poważne kwoty – firma chciałaby odzyskać. Tu każdy miesiąc opóźnienia to jest poważna strata. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

A zysk dla firmy.

(Prezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Cezary Śledziwski: Tak, dla koncernu produkującego leki oryginalne.)

Dla koncernu.

Bardzo proszę.

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

Oczywiście, ten postulat pod względem racjonalizacji wydatków jest bardzo zasadny. Nad zmianą harmonogramu prac będziemy pracować. Jeżeli siły i środki, tak bym powiedział – czyli zdolności nasze pod względem wydania jeszcze kolejnej listy dodatkowo, oprócz tego harmonogramu – pozwolą, to oczywiście będzie to priorytet w działaniach ministra zdrowia. To bowiem jest racjonalne.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W moich pytaniach jeszcze, pomijając to, była kwestia starszych substancji typu chlorprotixen czy ciphin, w przypadku których obniżenie ceny naraża je na wycofanie, bo po prostu przestają być dla firm opłacalne. Nie boicie się państwo tego? Z tego, co ja pamiętam, to są produkty o niskich cenach. Nie boicie się, że wycofają je firmy i co wtedy?

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

Oczywiście, zawsze występuje zagrożenie. Przy tak dużej nowelizacji obniżenia cen ponad tysiąca produktów istnieje zagrożenie takiego działania – wycofania produktów. Tutaj takie stwierdzenia padały również ze strony tych firm. Ale każdy wniosek, jeżeli wpłynie, zostanie jednostkowo rozpatrzony. Chciałbym powiedzieć, że został zwołany na przyszły tydzień Zespół do spraw Gospodarki Lekami, który będzie rozpatrywał pierwsze pięć wniosków o wycofanie. Czyli procedura zostaje uruchomiona...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pilnujcie państwo tego.)

Jesteśmy świadomi tego, że mogą być... Ja już nie chcę mówić – to jest trudniejszy element – przy monopolistycznych zachowaniach o pewnego rodzaju...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Naciskach.)

...szantażu wobec pacjentów.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To rozumiemy.

Bardzo proszę, pan prezes Włodarczyk.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Andrzej Włodarczyk:**

Przepraszam, że zabieram głos, Panie Senatorze... Nie zajmuję się lekami w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Miał być pan profesor Chruściel, ale jest w określonym wieku i ma problemy zdrowotne. Widocznie coś spowodowało, że go nie ma. W związku z tym nie będę komentował, że w kraju czterdziestomilionowym nie wprowadzono na listę leków refundowanych ani jednej nowej cząsteczki w ciągu sześciu miesięcy. Rozumiem, że na świecie w medycynie nic się nie zmieniło w tym

czasie. Nie mogę natomiast zrozumieć jako obywatel tego kraju płacący podatki, dlaczego nie można na przykład dzisiaj po wniosku pana i wymienieniu pięciu leków, które są generykami i są zarejestrowane, wprowadzić je na listę natychmiast, po to, żeby Skarb Państwa miał wymierne oszczędności, o których mówił pan Śledziwski, w wysokości około 100 milionów zł.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Już słyszę wnioski komisyjne. Za chwileczkę do nich wrócimy. Najpierw dyskusja i wnioski. I widzę, że już jest wniosek.

Bardzo proszę, pan senator Ślusarz jeszcze.

Senator Rafał Ślusarz:

Ponieważ byliśmy skazani tylko na referat ustny, a zajmujemy się tematem, który przeżarty jest patologią i trudno nie popierać działań czyszczących, prosiłbym, żebyśmy mogli zapoznać się ze skrótownym może materiałem, jakie państwo prowadzicie w tym kierunku prace. Myślę bowiem, że w tym momencie łatwiej będzie się odnosić choćby do konkretnych zgłaszanych tutaj problemów.

Przypominam – to, co już padło na tej komisji – dlaczego jakaś substancja nie została obniżona do takiej ceny, jaką zgłosił wnioskodawca. Chodziło o to, żeby nie opóźniać procedury. A więc, powiedzmy, żyjemy w rzeczywistości bardziej skomplikowanej, niż ona się wydaje. Warto natomiast by było, abyśmy znali główne wytyczne, bo my też jesteśmy pytani o pewne sprawy i chcielibyśmy je wspierać, posiadając wiedzę, a nie wspierać, nie posiadając tej wiedzy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Czy są jeszcze głosy w dyskusji?

(Senator Michał Okła: Jeszcze...)

Bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Może głos w dyskusji, a zarazem zapytanie. Czy państwo przy tej nowelizacji rozporządzeń, dotyczących refundacji leków zasięgaacie opinii właśnie takich stowarzyszeń, jak...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Uczestniczą państwo, tak? To dlaczego te wnioski nie są uwzględniane? To bowiem są jednak wnioski, które naprawdę dają pewne oszczędności. Myślę, że moglibyśmy na ten temat trochę podyskutować.

(Senator Janina Fetlińska: Chciałabym jeszcze prosić o głos.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Też mam pytanie. Często Polacy przebywający za granicą twierdzą, że niektóre leki, które są w Polsce sprzedawane, są znacznie tańsze za granicą. Czy te leki, które są tutaj wymienione, to są właśnie takie, które są za granicą znacznie tańsze? Czy jakieś badania w tym kierunku były przeprowadzone? Czy są jakieś analizy porównawcze?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

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

Odpowiadam na pytanie pana senatora. Do ponad czterdziestu podmiotów są rozsyłane projekty w ramach konsultacji. Oczywiście i do Związku Firm Polskich Farmaceutycznych, również Stowarzyszenia Zagranicznych Firm Farmaceutycznych. Jest to rozporządzenie wydawane po zaopiniowaniu przez Naczelną Radę Lekarską czy Naczelną Radę Aptekarską. Jednakże minister zdrowia, wydając rozporządzenie, podejmuje decyzję, gdyż czasami interesy są tutaj rozbieżne. Jeżeli chodzi o główne elementy, które państwo wskazali, dlaczego nie zostały uwzględnione w trakcie uzgodnień pewne leki, to jest to spowodowane również pewnego rodzaju filozofią tych list, ale także respektowaniem zasad techniki legislacyjnej. Jeszcze raz powtórzę, każdy dzień opóźnienia wejścia rozporządzenia w życie powoduje straty...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Rozumiemy.

(Senator Stanisław Karczewski: Jeszcze ja.)

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

Senator Stanisław Karczewski:

Nawiązując do tego, o czym pan mówił, chcę zapytać, jak wyglądało to w przeszłości. W jaki sposób były te listy tworzone? Był pan uprzejmy powiedzieć o oszczędnościach w Narodowym Funduszu Zdrowia w granicach 400–500 milionów zł i tańszych lekach dla pacjentów o 100 milionów zł. Jak wcześniej wyglądały te listy i czy były takie efekty czy nie było takich efektów finansowych?

Druga sprawa, którą chciałbym poruszyć i zapytać się, nawiązując do wypowiedzi pani senator Fetlińskiej. Nie wiem, jak jest na Zachodzie, czy niektóre leki są faktycznie tańsze. Być może tak. Jeśli natomiast chodzi o leki – tutaj już pan był uprzejmy wspomnieć o liście leków w lecznictwie zamkniętym – to na przykład leki anestetyczne są u nas, o czym wiem, zdecydowanie droższe niż na Zachodzie. I takie pytanie: czy tutaj w tym aspekcie państwo będziecie również coś zmieniać?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Wiąże się to z pytaniem także pani senator Fetlińskiej, na które jeszcze nie dostaliśmy odpowiedzi.

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

Może rozpocznę od pierwszego pytania. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, czy przedtem kas chorych, na refundację w latach 1997–2003 uległy podwojeniu bez wprowadzania żadnych nowych części. Od 2003 r. działania ministra zdrowia dążyły w kierunku racjonalizacji wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, przy jednoczesnym staraniu się o niezwiększanie tych wydatków przez pacjentów, czyli ich współudziału w ponoszeniu kosztów. I to się udało. Od 2003 r. do dnia dzisiejszego można wręcz powiedzieć, że zatrzymaliśmy wzrost wydatków przy całym czasie starzejącym się społeczeństwie, a – co wynika z badań – coraz większym dostępie do leków, szczególnie w chorobach przewlekłych, jaką jest cukrzyca, jakimi są choroby psychiczne.

Tutaj wprowadzenie generyków w sposób wspaniały zwiększyło dostępność do leków. Jednakże za żadnym razem nie udało nam się uzyskać efektu, którym byłoby zmniejszenie współpłacenia pacjentów, gdyż pomimo obniżania limitów, wprowadzania nowych generyków, zachowania preskrypcyjne nadal pozostawały na takim poziomie, że jednak ta promocja generyków nie była na tyle silna...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Skuteczna.)

...i skuteczna.

Minister zdrowia podejmuje wszelkie, w zakresie swoich możliwości i środków, działania. Chociażby przygotowano informator o lekach refundowanych, który na stronach internetowych – niestety, tylko na stronach internetowych – mówi o tym, jakie są tańsze odpowiedniki.

Tutaj chciałbym również prosić Wysoką Izbę o apel, kierowany może również do Naczelnej Izby Lekarskiej, o podjęcie działań promujących możliwość przepisywania tańszych odpowiedników.

I teraz, jeżeli chodzi o ceny generyków w Polsce.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ceny leków.)

Ceny leków.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tu i na Zachodzie.)

Tu i na Zachodzie.

Proszę państwa, możemy czuć się dumni, że dla wielu krajów jesteśmy krajem referencyjnym pod względem cen leków. Tak jest na poziomie prawnych zachowań. Dla Czeskiej Republiki jesteśmy krajem referencyjnym, gdzie najpierw sprawdzają, ile kosztuje w Polsce i później odpowiadają na ofertę firm.

Z ostatnich badań holenderskiego ośrodka wynika, że Polska jest na przedostatnim – przedostatnim, ale w dobrym tego znaczeniu – miejscu pod względem ceny jednostkowej opakowania leku, jeżeli chodzi o dwadzieścia pięć krajów Unii Europejskiej.

Oczywiście, zawsze możemy znaleźć jednostkowe produkty, które w innych krajach są tańsze.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: I to jest, jak rozumiem, wyzwanie dla polityki cenowej ministerstwa.)

To jest wyzwanie dla polityki cenowej ministerstwa. Przy opracowywaniu zeszłorocznej listy leków w lecznictwie zamkniętym porównywanie tych cen znalazło odzwierciedlenie w obniżeniu o ponad 20% cen. Znajdowaliśmy bowiem w różnych krajach europejskich niższe ceny i wtedy je obniżaliśmy.

Przy okazji znaleźliśmy również, co jest – można powiedzieć – praktyką niechlubną, że szpital obok szpitala potrafił kupować ten sam lek za zupełnie inne ceny. Co gorsze w niektórych szpitalach zakupy leków były po cenach detalicznych, to znaczy szpital kupował w hurcie leki po cenach wyższych niż ceny detaliczne w aptece obok. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Maziarz zgłaszał się do głosu... Przepraszam, to senator Kraska.
Pan senator Waldemar Kraska, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, mam jedno pytanie.

Panie Ministrze, czy w ogóle jest prowadzona jakaś polityka preferencyjna dla polskich firm farmaceutycznych? Czy to jest w ogóle brane pod uwagę? Czy tylko jest ważna cena leku i to nie jest dla was ważne, czy to jest polski lek czy zagraniczny.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

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

Nie, nie jest prowadzona żadna polityka preferencyjna dla Polski...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Bo nie wolno.)

...dla polskich podmiotów. Nie wolno. To jest w gestii polityki przemysłowej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan prezes Włodarczyk i potem pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Ja jeszcze chcę zapytać, gdyż kiedyś była taka sytuacja, że zwiększono marżę hurtowniom, obniżając marżę aptekom. Apteki miały po prostu na niektóre leki, te drogie, stałe marże, prawda? Tam nie było procentowych wielkości.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie, marże miały być degresywne.)

Czy państwo po prostu rozważacie też możliwość, po pierwsze, unormowania, regulacji marży jakimś rozporządzeniem czy wręcz ustawowo? Druga sprawa, czy rozważacie państwo możliwość wprowadzenia cen urzędowych na leki, szczególnie na leki dla przewlekle chorych i antybiotyki onkologiczne?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

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

Odpowiadam na pytanie dotyczące marż. Obecnie marże są degresywne dla aptek, a jeżeli chodzi o hurtownie, to wprowadziliśmy w 2004 r. obniżkę marż hurtowych. W założeniach zmian w systemie refundacji rozważany jest model wprowadzenia marż degresywnych dla hurtowni.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: No tak mniej więcej od dziesięciu, dwunastu lat jest to rozważane. Ciężka sprawa.)

To jest dokument przyjęty przez Radę Ministrów, no i oczekuje teraz na...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

My byśmy chyba go poparli.

Bardzo proszę, pan prezes Włodarczyk się zgłaszał.

**Zastępca Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej
Andrzej Włodarczyk:**

Chcę ad vocem wypowiedzi pana dyrektora.

Panie Ministrze!

Chcę zadać jedno pytanie i odpowiedzieć na apel à propos udziału Naczelnej Rady Lekarskiej w prowadzeniu działań zmierzających do obniżenia cen leków przepisywanych przez lekarzy i lekarzy dentystów. Pytanie brzmi: kto ustala programy na akademiach medycznych? Nie znam bowiem takiego przedmiotu na wydziałach lekarskich, czy dentystycznych, który by się nazywał farmakoeconomia. A przydałby się. W wielu krajach jest taki przedmiot.

Moja uwaga dotycząca apelu pana dyrektora. W 2002 r. jako izba lekarska w Warszawie razem z Mazowiecką Kasą Chorych wydaliśmy informator leków refundowanych, który otrzymał każdy lekarz. Zapłaciła za to mazowiecka kasa i z tego, co wiem od dyrektora Koronkiewicza, spowodowało to przejściowe obniżenie kosztów przepisywanych leków. Lekarz nie wie, ile jaki preparat kosztuje. Sam omeprazol występuje w dwudziestu jeden, o ile dobrze pamiętam, postaciach handlowych, które się różnią ceną.

Dziwię się natomiast również polityce płatnika – nie ma nikogo z Narodowego Funduszu Zdrowia – ale kiedyś namawiałem pana...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jest ktoś z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest rzecznik prasowy mazowieckiego oddziału.)

Jest? Dobrze. Namawiałem więc kiedyś pana prezesa Millera do tego, żeby skorzystał z możliwości, które w tej chwili prezentujemy, czyli internetowej płaszczyzny edukacyjnej, jaką jest platforma cyfrowa. Chodziło mi o to, żeby płatnik dał z siebie jakiś wysiłek i może przygotował ze dwa, trzy filmy na platformę internetową, szkolące lekarzy w zakresie właśnie list, tych cen i leków, które są alternatywne, nie gorsze, a tańsze. Nie było żadnego zainteresowania. Tak że z naszej strony, Panie Dyrektorze, takie próby i działania były podejmowane.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Maziarz.
Bardzo proszę.

Senator Mieczysław Maziarz:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chcę zapytać dlaczego z rynku znikają pewne preparaty w ogóle dobrych leków. Mogę podać przykład – doksycyklina w nefrologii. Nie mogę zrozumieć dlaczego w ogóle została wycofana. W niewydolności nerek jest po prostu w ogóle jedynym stosowanym lekiem. Jedyny lek. Można dać każdą cenę, ale nie można go zastąpić żadnym innym lekiem, bo ten lek jest wydalany przez wątrobę, prawda, i te nerki jednak w ostrej niewydolności można...

Następny lek. Dlaczego w ogóle utrudnia się zakup takich leków, jak nepresol, stosowany przy obrzęku płuc czy w niewydolności nerek itd. Też jest wycofany. W ogóle nie wiadomo – jest czy nie ma? I jest wiele takich preparatów. Dihydralazyna. Mówią, że będzie wycofany polpresin. Podstawowe leki w leczeniu, jeżeli chodzi o nadciśnienie tętnicze. To są tanie leki.

Jeżeli chodzi o wszystkie inne, to po prostu te leki są znacznie droższe, a są niektóre leki... Pamiętam, że był taki lek lotensin, prawda, który został w ogóle wycofany, a przecież on zastępował dopegyt. Cztery leki rozszerzające naczynia i nie sprowadza ich się, a kosztuje 60 zł za granicą i trzeba robić jakies... Czy to jest w ogóle kontrolowane? Są porządne leki, pramolana na przykład, i mówią, że będzie wycofany. Ja tego w ogóle nie mogę pojąć. To w ogóle nie jest drogi lek. Bardzo korzystnie działa przy różnych zaburzeniach nerwicowych w przewodzie pokarmowym. I ten jest wycofywany. Można przytaczać inne przykłady. Czy to w ogóle jest gdzieś kontrolowane przez specjalistów? Wiadomo, że profesorowie mogą wycofywać, bo są preparaty – dusphatalin itd. – które kosztują 100 zł, ale są preparaty, które kosztują 4–5 zł. Dlaczego w ogóle wycofuje się te preparaty, które mogą zastąpić tamte leki? Jeżeli pacjenta w ogóle nie stać na drogie leki, to ja w tym wypadku te leki w ogóle bym utrzymał. Ja tylko podaję przykłady – dihydralazyna, polpresin, pramolana, doksycyklina...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy pan dyrektor jest w stanie odpowiedzieć? Jest odpowiedź.
Bardzo proszę, pan minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:

Panie Przewodniczący, jeżeli można, na niektóre precyzyjne pytania odpowie pan dyrektor Błaszczyk. Ja chciałbym tylko powiedzieć o jednej rzeczy. U nas wydatki na leki od trzech lat oscylują w granicach 25% wszystkich wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia. I jest to druga pozycja po szpitalnictwie. Od początku lat dziewięćdziesiątych walczymy przede wszystkim o to, żeby globalne wydatki na leki nie ulegały nadmiernemu zwiększaniu. Jeśli chodzi o dostępność do leków, to tutaj nie ma dwóch zdań, wszyscy, którzy jesteśmy lekarzami i pracowaliśmy w dawnym systemie, wiemy, że ta dostępność jest porównywalna z dostępnością do leków w innych krajach rozwiniętych czy w Stanach Zjednoczonych. Po 1990 r. nasi lekarze zaczęli być poddawani marketingowi firm farmaceutycznych, z czym się do tej pory nie zetknęli. Analizowałem zachowanie lekarzy, świadczeniobiorców w innych krajach i tam były obserwowane takie same zjawiska. W Stanach Zjednoczonych też nie mogą sobie poradzić z wydatkami na leki.

Zablokowaliśmy wydatki na leki na poziomie nieco ponad 20%, a chciałbym powiedzieć, że w takich krajach jak na przykład Korea 50% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia to są wydatki na leki. Do Chin, Rosji weszły firmy i odniosły sukces. U nas udaje się utrzymać wydatki na tym poziomie. Myślę, że ten poziom można nieco zmniejszyć, ale kraje rozwinięte również wydają na leki 15–17% ogólnych wydatków. A część tych leków jest lekami, które mają te same ceny, bo są lekami niegenerycznymi w Polsce i one muszą być sprzedawane po tych samych cenach. Wiemy, że wydatki w krajach rozwiniętych na ochronę zdrowia są generalnie dziesięć- czy siedmiokrotnie wyższe, aniżeli w Polsce.

Następna rzecz to jest partycypacja pacjentów w kosztach leków. Pan minister również się z tym zetknął na początku lat dziewięćdziesiątych. Robiliśmy różne zabiegi. Wprowadziłem zielone recepty, co potem nie wyszło. Partycypacja pacjentów w kosztach leków powinna wynosić około 40%. W tej chwili jest 60% i to, trzeba mieć świadomość, zagraża bezpieczeństwu pacjenta. Jest prawdą, że często pacjent, który powinien otrzymać lek, nie otrzymuje go, bo go na to nie stać. My również o tym, jako ministerstwo, myślimy.

W Polsce problemem jest również generalne zużycie leków przez pacjentów, i tych leków, które są refundowane, i tych, które nie są refundowane. To zależy od przyzwyczajień naszych pacjentów i od tego, co nazywamy młodą demokracją. Nie było leków. Pacjenci w tej chwili kupują leki i jesteśmy...

(Głos z sali: I nie było reklam...)

Nie było również reklam. I te reklamy są...

(Głos z sali: A co z tymi reklamami, Panie Ministrze?)

Reklamy są kierowane do lekarzy i lekarze w tej chwili...

(Głos z sali: Chodzi o te, które są kierowane do pacjentów.)

(Głos z sali: Leki OTC.)

Leki OTC mogą być reklamowane.

(Głos z sali: Mogą.)

To jest zgodne z prawem. No i, faktycznie, jesteśmy drugim krajem w Europie, jeżeli chodzi o konsumpcję leków. Ale przede wszystkim musimy dbać o to, żeby pacjentów ostrzegać, że nadmierne używanie leków też szkodzi itd., itd.

Teraz, jeżeli chodzi o ceny urzędowe. Widzę tutaj pana prezesa, z którym wspólnie pracowaliśmy nad obecnie obowiązującą ustawą o świadczeniach. Tam chcieliśmy wprowadzić, i to była moja poprawka, tak zwane sztywne ceny. Wtedy to nie przeszło. W tej chwili przeciwników sztywnych cen jest tak samo dużo, jak było wtedy. My nad tym pracujemy. Myślę, że w tym kierunku trzeba iść.

Jeżeli chodzi o farmakoekonomię, to każda uczelnia jest odpowiedzialna za program. Ale chcę powiedzieć panu prezesowi, że ja miałem cały semestr farmakoekonomii na Akademii Medycznej w Poznaniu. Prowadził to pan profesor Drobnik. To nie jest tak, że żadna uczelnia takiego przedmiotu nie wykłada, bo są również studia podyplomowe na wielu uczelniach, nie tylko medycznych, z zakresu farmakoekonomii. Faktycznie, trzeba to propagować i nowoczesna medycyna polega na tym, żeby leki stosować efektywnie, a to powinno być oparte na farmakoekonomii.

Jeszcze były pytania szczegółowe, które...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pana senatora Maziarza, dotyczące wycofywania.
Proszę bardzo.

**Pamięć Obowiązki Dyrektora
Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
w Ministerstwie Zdrowia Piotr Błaszczuk:**

Proszę państwa, my tę sprawę monitorujemy i jeśli chodzi o wycofywanie produktów z obrotu, to nie było w ostatnich latach żadnego wycofania z urzędu, z inicjatywy ministra zdrowia. To są wszystkie sprawy podmiotów odpowiedzialnych, które występują o skrócenie ważności dokumentu dopuszczającego lek do obrotu, a nawet bez takiego wniosku czekają na wygaśnięcie terminu jego ważności co prowadzi do zaprzestania produkcji. Tutaj jesteśmy w pewnym sensie bezsilni wobec przyczyn z powodu których oni zaprzestali produkcji.

Jedną rzeczą, która jest bardzo ważna, a która zależy od nas, to jest sprawa sprawności działania Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych. Podjęte działania spowodowały, że górka rejestracyjna maleje. Ważny element, z którym się teraz borykamy, czyli harmonizacja, która – trzeba dostosować wszystkie produkty do bardzo wyśrubowanych standardów europejskich – musi zakończyć się do 2008 r. Z moich wiadomości wynika, że pod względem organizacyjnym jesteśmy do tego przygotowani. Jednakże podmioty odpowiedzialne, produkujące te leki, w wielu przypadkach nie będą po prostu podchodziły do tego procesu ze względu na niespełnianie wielu wysokich standardów europejskich. I tu możemy się liczyć z tym, że część leków będzie ulegała wycofaniu. Ale tutaj nie mamy żadnych środków...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze są głosy, pani senator Fetlińska i pan senator Karczewski.
Szykujecie nasze wnioski?
(*Głos z sali: Kolega...*)
Kolega senator Okła szykuje wnioski?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Były dwa. Podam je za chwilę.

Bardzo proszę, już króciutko.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.

Chcę zapytać. Tylko z literatury przedmiotu wiem, że na przykład w Stanach Zjednoczonych lista leków refundowanych jest znacznie krótsza niż nasza. Z czego to wynika i jaka jest u nas pod tym względem polityka? Powinniśmy oszczędzać, prawda? Czy tu głównie chodzi tylko o bezpieczeństwo zdrowotne, czy może są tutaj jeszcze inne motywy? Dziękuję.

(Senator Stanisław Karczewski: Można?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

W nawiązaniu do wypowiedzi pani senator, chcę właśnie tutaj panu dyrektorowi powiedzieć, że Czechy zgłaszają się do nas, biorąc nas za wzór, ale – czego? U nas po wpuszczeniu tak olbrzymiej liczby firm – to, o czym pani senator mówi – jest właściwie wszystko. Oni dlatego odwołują się do naszych cen, bo te leki po prostu są. I oni odnoszą się do tych cen. Nie szczyciłbym się tym, bo to akurat nie jest chyba najlepszy przykład. To nie świadczy o tym, że jesteśmy wzorcem, tylko po prostu u nas te leki są i oni dowiadują się, ile ten lek kosztuje. A to nie znaczy, że my jesteśmy dla nich wzorem. Ja bym tego tak nie rozumiał.

Zazdroszcząc panu senatorowi Maziarzowi, chcę jeszcze zapytać – to takie szczegółowe pytanie, nie wiem, czy pan minister, czy pan dyrektor będzie mógł odpowiedzieć...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Może poprosimy na piśmie.)

Ale to jest jakiś tam problem i jeśli nie teraz, to bardzo bym prosił o odpowiedź na piśmie. Jestem chirurgiem, co prawda w tej chwili mniej praktykującym, ale czasami... Słyszę, że w tej chwili nie ma esperalu. Czy zostanie zupełnie wycofany? Nie wszywa się go, a sporo jest pacjentów...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To jest pytanie, na które prosimy o odpowiedź.)

Sporo jest pacjentów, którzy się zgłaszają. Na pewno to nie jest lek leczący, ale lek blokujący. To nie dla mnie, proszę państwa, proszę się nie uśmiechać.

Jeśli natomiast chodzi o farmakoekonomię, to my się uczymy. Muszę powiedzieć, że lekarze, którzy dużo pracują, dużo praktykują, znają ceny leków. Po te leki przychodzą pacjenci, jeśli nie przychodzą firmy... Bo firmy zawsze przychodzą z najtańszym i najlepszym lekiem. Tak mówią. Pacjenci natomiast przychodzą z takimi faktami, do których można się już odnieść. Przychodzą z receptą niezrealizowaną, lekarze więc uczą się. My douczamy się. Aczkolwiek też należałoby zwrócić uwagę na te programy. Ja nie miałem farmakoekonomii w warszawskiej Akademii Medycznej, którą kończyłem.

Następne pytanie. Pamiętam propozycję zakazu reklam na jednym z pierwszych naszych spotkań z przedstawicielami ministerstwa. Czy jest proponowany był jakiś zakaz wszystkich reklam? Przecież to, co się w tej chwili dzieje, to jest szaleństwo. Myślę, że była tutaj taka myśl. Pan minister Religa – sam słyszałem – mówił o wprowadzeniu całkowitego zakazu reklam leków. Jeśli to jest dozwolone prawnie, to ja byłbym zwolennikiem takiego rozwiązania. Absolutnie te leki nie powinny być reklamowane.

Przychylałbym się do propozycji pana prezesa Włodarczyka odnośnie do przesyłania informacji właśnie elektronicznej. Nie wiem, w jaki sposób to rozwiązać, ale podejrzewam, że każdy z lekarzy ma już adres e-mailowy i tutaj też jest jakieś zadanie dla izby lekarskiej. Przy współpracy Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia można byłoby właśnie reklamować te leki w ten sposób. Nie reklamować, ale polecać te leki, które są faktycznie tańsze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, ale w tej chwili nie mówię o dojściu do jakiejś platformy, o jakimś linku. To jest propozycja do izb lekarskich, gdyż podejrzewam, że 90% lekarzy, może już niedługo 100%, będzie miało pocztę elektroniczną. Dostaję jako polityk wiadomości polityczne codzienne, jako lekarz bardzo chętnie też bym otrzymywał jakieś informacje.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wszyscy nie mają. Mam kolegów, którzy jeszcze nie mają.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tutaj w gruncie rzeczy były dwa pytania. Ponieważ było trochę dyskusji, powtórzę je. Pierwsze pytanie dotyczyło długości naszej listy refundowanej w porównaniu z listą amerykańską. Drugie pytanie, to była konkretna kwestia, dotycząca esperalu i trzecia, to jest kwestia...

(Głos z sali: Disulfiran to się nazywa)

Tak, disulfiran.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Odpowiem pani senator Fetlińskiej. Mówimy o listach leków, czyli tak zwanych receptariuszach. Nasze listy leków to jest taki ogólnopolski receptariusz. Chciałbym powiedzieć, że w Stanach Zjednoczonych ten receptariusz dlatego jest krótszy, że tam na tych listach znajdują się substancje, a nie leki. Dlatego tych substancji jest mniej. U nas są leki. Nie wiadomo, czy to jest lepiej czy gorzej. W każdym razie u nas zastosowaliśmy taką metodologię, dlatego jest to o wiele szersze. W Stanach Zjednoczonych receptariusze są ustalane przez ubezpieczalnie i to jest zależne od tego, na jaką opcję ktoś jest ubezpieczony. Jeżeli jest *high option*, to ma szerszą listę, potem jest *basis option* i minimalne ubezpieczenie ma jeszcze niższe... Tak samo stopień odpłatności jest zupełnie różny.

Jeżeli chodzi o reklamy, to może odpowie pan dyrektor Błaszczuk. Zajmuję się w Ministerstwie Zdrowia zdrowiem publicznym i sprawami walki z alkoholizmem, narkotykami, nikotynizmem oraz AIDS. Może odpowiemy w sprawie esperalu pisemnie. To jest temat, o którym pierwszy raz usłyszałem. Takich sygnałów w Departamencie Zdrowia Publicznego nie mieliśmy.

(Senator Stanisław Karczewski: Reklama?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

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

Jeżeli chodzi o reklamę, to reklama – zgodnie z dyrektywami dotyczącymi reklamowania produktów leczniczych – dopuszczona jest na poziomie Unii Europejskiej dla produktów OTC. Tutaj nie możemy jej ograniczyć. Próbowaliśmy ograniczyć zachowania patologiczne w postaci reklamy produktów na receptę – bo do tego też dochodziło – w projekcie ustawy o świadczeniach, gdy był w konsultacjach zewnętrznych. Jednakże te zapisy nie do końca odpowiadały intencjom. Wycofano się z tego pomysłu przy tej nowelizacji, która jest skierowana do Rady Ministrów, i przekazano do kolejnego opracowania.

O co tam chodzi? Chodzi o to, ażeby w sposób pośredni nie reklamować na przykład poprzez leki za grosz czy w gabinetach lekarskich pośrednio nie reklamować głównie leków refundowanych, ale także na receptę. I takie zapisy przygotowujemy w ministerstwie. Chcę tutaj również powiedzieć, że obecne przepisy dają dużo możliwości... Chodzi tutaj też o egzekucję. Teraz myślę, że będzie prowadzona w sposób bardziej restrykcyjny. To tyle w sprawie reklamy. W kwestii esperalu odpowiemy pisemnie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ten punkt chciałbym zakończyć dwoma wnioskami, które padały wcześniej, mianowicie żeby zwrócić się do ministerstwa z prośbą o przyspieszenie wprowadzenia tych pięciu substancji, o których mówił pan prezes...

(Prezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Cezary Śledziewski: To nie chodzi tylko o pięć substancji.)

Dobrze i innych substancji.

Bardzo proszę, pan dyrektor pomoże nam w formułowaniu wniosku do ministerstwa. Będziemy bardzo wdzięczni. *(Wesołość na sali)*

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

Rozumiejąc intencje pana prezesa Śledziewskiego, prosiłbym w tym sformułowaniu o ogólne stwierdzenie „pierwszych generyków”. Lista tych pięciu substancji nie wyczerpuje wszystkich, które są.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy senatorowie się zgadzają, żeby ten wniosek brzmiał tak, jak to tutaj sugeruje pan dyrektor? Mnie się zdaje, że tak.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Panu prezesowi też pasuje. Dobrze, pierwsze generyki.

I drugi wniosek jest taki, zgodny z sugestią pana senatora Ślusarza, że bardzo prosilibyśmy o założenia polityki lekowej. Chcę państwu powiedzieć, że przede mną leży pismo Fundacji Batorego, które w imieniu lekarskiej grupy roboczej przesłano do nas 12 czerwca. Ja to więc dopiero dzisiaj widziałem w poczcie. Pan prezes Włodarczyk jest pewnie poinformowany o pracach tej grupy? Nie.

(*Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej Andrzej Włodarczyk: Tego materiału nie znam.*)

Nie zna pan. Teza tego pisma, kierowanego do pana ministra Religi, jest taka, że urząd rejestracji powinien być niezależny. Nie powinien być zakładem budżetowym. Jeszcze jest w tej sprawie pismo... Chcę tylko państwu przypomnieć, że z państwa upoważnienia wystąpiłem do ministerstwa, na wniosek tej grupy innowacyjnej. Zajmowaliśmy się w tej części polityką lekową jako odpowiedzią na wniosek.

I jeszcze jedną mamy dzisiaj sprawę w ramach spraw lekowych. Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym wystąpiło do naszej komisji i z państwa upoważnienia wystąpiłem do Narodowego Funduszu Zdrowia i do ministerstwa o odpowiedź, dlaczego nie są refundowane leki skuteczne w leczeniu ADHD, czyli tego zespołu nadpobudliwości. I odpowiedź, jaką uzyskaliśmy od Narodowego Funduszu Zdrowia, potwierdza fakt, że nie ma refundacji. Chcę zapytać pana dyrektora, czy pan dyrektor coś wie na ten temat i czy przewidują państwo wprowadzenie na listę refundacyjną pewnych preparatów, które mają udowodnioną skuteczność w ADHD?

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

Szanowni Państwo, Ministerstwo Zdrowia jest świadome problemu chorych na ADHD. Cała ta korespondencja trafiła również do ministra zdrowia w postaci listu otwartego Polskiego Towarzystwa ADHD, pacjentów, a także i środowisk lekarskich. Minister zdrowia podjął działania na temat skonkretyzowania, jaki jest to problem, również jakie preparaty i jakie by to powodowało koszty.

I tak zgodnie z opinią profesora pana Marka Jaremy, konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, jest to według badań epidemiologicznych problem dotyczący 3–10% populacji ogólnej w wieku szkolnym. Jeżeli przyjąć ostre kryteria kwalifikowania do leczenia, można to ograniczyć do 1,5% populacji dzieci w wieku szkolnym. Obecnie dwa leki oczekują na refundację – concerta i strattera – które są zaliczane do leków skutecznych w leczeniu ADHD.

Analiza farmakoekonomiczna została dokonana na podstawie tych danych i przy proponowanych cenach na te leki od 300 do 500 zł za kurację miesięczną. Departament zawsze jest zobowiązany, dbając o wydatkowane środki publiczne, przedstawić czarny scenariusz. Czarny scenariusz, przy obecnych możliwościach wpisywania leków na listy refundacyjne, musi się liczyć z tym, że 8% dzieci będzie przyjmować te leki. Przy tych cenach, które są proponowane przez firmy farmaceutyczne, daje to gigantyczną kwotę około 2 miliardów zł wydatków.

Chciałbym nadmienić, że obecnie na wszystkie leki, na wszystkie choroby...

(*Głos z sali: Ile?*)

2 miliardy zł. To jest prosta analiza. Obecnie w wieku od siedmiu do czternastu lat jest około czterech milionów dzieci. Jeżeli wziąć z tej liczby 8%, jeżeli wziąć 500 zł razy dwanaście miesięcy, to daje to taką sumę. Przy ograniczeniu do 1,5% populacji i przy założeniu, że ustalilibyśmy tę kwotę na podstawie ceny najtańszego produktu, co obecnie daje 300 zł miesięcznie... Cały czas ceny są tak wysokie, gdyż one są objęte patentem. Monopolistyczne zachowania. Ceny więc są bardzo wysokie. To wszystko razem powoduje wydatki na poziomie ponad 200 milionów zł. Ale do wprowadzenia tego w takim wymiarze potrzebny jest lek specjalistycznego stosowania. Dlaczego? Gdyż tylko w takiej formule możemy skonkretyzować grupę tych 1,5% pacjentów, a nie 8%, przy danych wskazaniach, a również skonkretyzować lekarzy, którzy potrafią to schorzenie rozpoznać.

Dlatego podjęte zostały działania ministra zdrowia w kierunku zmiany ustawy o świadczeniach i wprowadzenie nowej kategorii... Prosimy o poparcie tych działań. To trafi również do państwa. To tyle.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan minister Wojtyła jeszcze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Chcę tylko krótko powiedzieć, że spotkałem się zarówno z przedstawicielami stowarzyszeń, które reprezentują te osoby, jak również z lekarzami, którzy są odpowiedzialni za to. Chciałbym powiedzieć, że sprawa dotyczy przede wszystkim rozpoznawania zespołu ADHD. Tego zespołu nie rozpoznaje się tak łatwo, jak mukowiscydozę czy fenyloketonurię, bo tam można zrobić jedno badanie i wiadomo – to jest. Jestem pediatrą i wiem, jak trudno jest diagnozować dziecko, które posiada zespół ADHD. To musi rozpoznać psycholog, psychiatra, który potrafi to robić. Spotkałem się z konsultantem krajowym do spraw psychiatrii dziecięcej i mamy żądanie, żeby finansować leczenie dzieci z ADHD. Z drugiej strony mamy taką sytuację, że jest bardzo mała liczba miejsc specjalizacyjnych z zakresu psychiatrii dziecięcej i psychologii. Jeżeli wprowadzamy taki system, o którym mówił pan dyrektor, musimy mieć pewność, że to będzie prawidłowo rozpoznawane. Nie możemy bowiem dopuścić do tego, żeby każdy lekarz rozpoznawał zespół ADHD, gdyż będziemy mieli 8 czy 10, czy nawet 15% rozpoznań i tu jest problem. W związku z tym pracujemy nad tym, żeby wprowadzić cały system nie tylko finansowania leków, ale również prawidłowego rozpoznawania i wyselekcjonowania tej grupy specjalistów, którzy mogą to robić.

(*Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej Andrzej Włodarczyk: Nie ograniczajcie, Panie Ministrze, ordynacji. Ograniczacie ordynację leków. Ograniczcie liczbę ludzi uprawnionych do postawienia rozpoznania, ale pozwólcie lekarzom wypisywać leki, jeżeli jest postawione rozpoznanie.*)

Ale ktoś musi rozpoznać.

(*Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej Andrzej Włodarczyk: Lek jest realizowany na podstawie rozpoznania, a nie wprowadzenia kategorii ograniczania ordynacji leku.*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie mamy jeszcze ciągle nowocześniejszych systemów – recepta powrotna itd. Mamy tutaj jeszcze pewne rezerwy. Rozumiem pewne oczekiwania od ministerstwa, żeby uwzględniło realia specjalistyczne.

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Chcę odpowiedzieć na uwagi, które tutaj zgłosił pan prezes Włodarczyk. Wcale nie mówiłem o tym, że nie dopuszczamy wszystkich do przepisywania leków, tylko musimy mieć takich specjalistów, którzy prawidłowo rozpoznają...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To jest problem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Prezesie, ja tu prowadzę obrady.

Są jeszcze pytania.

Proszę bardzo.

Senator Janina Fetlińska:

Panie Przewodniczący, króciutko.

Szanowni Państwo, chcę zapytać jeszcze o jedną rzecz. Zwróciło się do mnie stowarzyszenie osób chorych na przewlekłe stany zapalne jelit. Jest takie Stowarzyszenie „J-elita”. Są problemy też właśnie z lekami dla osób chronicznie chorych. Czy państwo macie jakiś program dla leczenia tych schorzeń i jakie to są leki?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Może umówmy się, że odpowiedź będzie na piśmie. Bardzo proszę.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Pani Senator, ja żałuję, do mnie nie zgłosiła się ta grupa...)

(Senator Janina Fetlińska: Może będę prosiła o umówienie się z tą grupą.)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Myślę, że to może być wrzodziejące zapalenie jelit. Nie wiem, jaki jest procent osób chorych...)

Czy są jakieś inne sprawy?

(Głos z sali: Różne?)

Różne.

(Senator Stanisław Karczewski: To ja mam jeszcze pytanie, wykorzystując obecność pana ministra.)

Bardzo proszę.

Panie Ministrze, do pana pytanie.

Senator Stanisław Karczewski:

Jeszcze tak myślę o tym, o czym mówiła pani senator, mając zastrzeżenia do równego traktowania poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej. Słyszałem już jedną wypowiedź ministerstwa na temat reklamy i mieliśmy w tej chwili sprostowanie. Kilkrotnie natomiast słyszałem o propozycji rozwiązania sprawy zadłużenia. Ze strony ministerstwa padało takie stwierdzenie, że jest wiele zakładów, które same nie wyjdą z zadłużenia, którym trzeba będzie pomóc i że to jest około pięćdziesięciu szpitali. No więc wtedy pani senator będzie dopiero wzburzona, kiedy taka ustawa, takie rozwiązanie zostanie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, nie, ja nie mówię o wzburzeniu... Nawiązując do tego, pytam się, czy są już na ten temat jakieś wstępne prace?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Panie Senatorze, prace są prowadzone. Ja o nich nie chcę mówić, bo to wykracza poza kompetencje ministerstwa. To należy do kompetencji przede wszystkim ministra finansów. My pukamy, rozmawiamy i dopiero kiedy będziemy mieli zgodę całego rządu, upublicznimy to.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Jeśli nie ma innych spraw różnych, to zamykam posiedzenie.

Dziękuję państwu za udział w posiedzeniu.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 25)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851