



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(477)

28. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 16 listopada 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Posumowanie posiedzenia komisji poświęconego profilaktyce i leczeniu chorób nowotworowych w województwie świętokrzyskim, a także Narodowemu Programowi Zwalczenia Chorób Nowotworowych.
2. Informacja Ministerstwa Zdrowia oraz głównego inspektora farmaceutycznego na temat sytuacji w Przedsiębiorstwie Farmaceutycznym Jelfa SA w związku z decyzją o wstrzymaniu produkcji leków.
3. Informacja Narodowego Funduszu Zdrowia na temat finansowania opieki długoterminowej.
4. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat uruchomienia systemu ratownictwa medycznego.
5. Sprawy bieżące.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę o zajmowanie miejsc. Jak widać, mamy pewne problemy z pomieszczeniem tu osób uprawnionych, tak że jeszcze bym prosił młodzież, żeby przesiadła się troszeczkę do tyłu i zrobiła miejsce dla pana wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia... No dobrze, to już możecie tu siedzieć.

Szanowni Państwo, otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Chciałbym serdecznie powitać pana ministra Pinkasa wraz z dyrektorami. Serdecznie państwa witam.

(Głos z sali: Witamy serdecznie.)

Witam serdecznie przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia z panem wiceprezesem na czele. Witam oczywiście koleżanki i kolegów senatorów. Witam także inne osoby, które uczestniczą w naszym spotkaniu: przedstawiciele związków, Naczelnej Izby Lekarskiej, reprezentowanej przez pana wiceprezesa, a także obserwatorów, młodzież, która chce zobaczyć, jak wyglądają prace legislacyjne.

I może teraz dwa zdania do tej młodzieży.

Komisje są ciałami opiniodawczymi Senatu. Tutaj trafiają z Sejmu ustawy, które branżowo wiążą się z tematyką zdrowotną. Opinia, którą wydajemy, nie jest wiążąca dla Senatu, aczkolwiek zgromadzenie Senatu poważnie traktuje wnioski komisji, na ogół je uwzględnia. Tyle może do młodzieży.

A teraz, Szanowni Państwo, przystępując już do procedowania – porządek obrad senatorowie otrzymali – przypominam, że w pierwszym punkcie jest podsumowanie wniosków z wyjazdowego posiedzenia Komisji Zdrowia w Kielcach. W drugim punkcie – informacja Narodowego Funduszu Zdrowia na temat finansowania opieki długoterminowej. W trzecim – informacja Ministerstwa Zdrowia dotycząca uruchomienia systemu ratownictwa medycznego. W czwartym – sprawy bieżące. Pan senator Ślusarz prosił o dopisanie punktu: informacja o sytuacji w Jelfie. W tej sprawie do komisji wpłynęło wiele pism.

Czy panie i panowie senatorowie mają uwagi do takiego porządku obrad? Jeśli nie, to przystępujemy do pracy.

Szanowni Państwo, punkt pierwszy. Przypomnę, że komisja na swoim dwudniowym posiedzeniu w Kielcach miała okazję wizytować piękny szpital, który z pewnością jest na miarę XXI wieku. Nie tylko infrastrukturę tego szpitala poznałem, miałem też okazję i przyjemność zapoznać się w Kielcach ze znakomitym zespołem specjalistów. Jednym z wniosków z tamtego posiedzenia komisji była decyzja, by zaprosić

tu filary gwarantujące wysoką merytoryczną jakość pracy tamtej instytucji, po to, byśmy mogli zapoznać się z ich wnioskami, z wnioskami ludzi, którzy są zaangażowani w realizację Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. I chciałbym, żeby ta sprawa mogła być przedstawiona właśnie w takim gronie. Dla pana ministra Pinkasa, który jest jednocześnie przewodniczącym rady i uczestniczył z nami w posiedzeniu Kielcach, te wnioski pewnie nie będą nowe. A może będą? Nie wiem. W każdym razie, z panem senatorem Okłą, który był organizatorem naszego wyjazdowego posiedzenia komisji, zwróciliśmy się z prośbą do państwa z Kielc o skonkludowanie swoich wystąpień w pigułce. Tam mieliśmy okazję obejrzeć bardzo porządnie przygotowane prezentacje, które są dostępne w formie elektronicznej i jeśli ktoś z państwa tu obecnych będzie tym zainteresowany, możemy je udostępnić. Teraz natomiast chciałbym, żebyście państwo otworzyli swoimi wnioskami posiedzenie komisji.

Bardzo proszę pana dyrektora o przejęcie na jakiś czas pałeczki. Chciałbym, żeby potem pan minister i przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia oraz inni zaproszeni goście do nich się odnieśli. Bardzo proszę.

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Gózdź:**

Dziękuję serdecznie, Panie Senatorze, Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, za zaproszenie. I, żeby nie przedłużać, bardzo bym prosił pana doktora Jerzego Giermka o uwagi odnośnie do skryningu raka piersi.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Kierownik Programu Zapobiegania Rakowi Piersi
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Jerzy Giermek:**

Króciutko. Ponieważ w ostatnim czasie jest dużo dyskusji na temat koordynacji programu, jako przedstawiciel centralnego ośrodka koordynującego ten program widzę zagadnienia, które trzeba rozwiązać. Część jest rozwiązana, część trzeba rozwiązać.

Przede wszystkim, musi być stała bieżąca współpraca, która już trwa, pomiędzy koordynatorem programu z ramienia ministra zdrowia, czyli centralnym ośrodkiem koordynującym dla obydwu programów: populacyjnego wczesnego wykrywania raka piersi i profilaktyki wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, a koordynatorem z Narodowego Funduszu Zdrowia, który będzie miał uprawnienia do korygowania tej działalności. W ramach tej współpracy należy rozwiązać problem z wysyłaniem zaproszeń. Obecnie sytuacja jest taka, że gdybyśmy zdecydowali się wysłać zaproszenia za środki, które były na ten rok – chodzi o siedem i pół miliona zaproszeń – naszym zdaniem więcej problemów może powstać niż się rozwiązać. Moja i naszego ośrodka propozycja jest taka, żeby tę wysyłkę zaproszeń zlecić wojewódzkim ośrodkom koordynującym na danym terenie.

Następna sprawa. Powstał system informatyczny monitorowania profilaktyki. I jest kwestia zakupu licencji. Pan prezes Sośnierz powiedział, że jeśli tej licencji nie

będzie, system przestanie istnieć 31 grudnia. A już dzisiaj pozwala on stwierdzić, ile pacjentek zgłasza się do lekarza POZ. I dzięki temu jesteśmy w stanie dotrzeć nawet do POZ. Tak więc chodzi o zakup licencji, żebyśmy w przyszłym roku mogli wejść w ten...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Sekundkę, przepraszam bardzo, że wchodzę w słowo. Chodzi o zakup licencji na co?)

Na zakup systemu informatycznego monitorowania profilaktyki, w skrócie SIMP. Ze względu na taką strukturę środków, jaka była, wykupiono tylko użytkowanie tego systemu, bez licencji natomiast de facto nie ma własności.

I teraz kwestia kontroli jakości. Właśnie jest to robione, odbywa się przekształcenie testów kontroli jakości przez fizyków medycznych w audyty kliniczne. Również lekarze będą oceniali jakość zdjęć. Chodzi o to, żeby w komisjach konkursowych brali udział przedstawiciele WOK i na podstawie kontroli jakości mieli wpływ na wybór świadczeniodawców. Niestety, nie ma jeszcze podsumowania działalności za ten rok, bo te kontrole trwają, ale już w tej chwili mam sygnały, że w dalszym ciągu jest nieodpowiednia jakość mammografii. W tym roku pilotażowo objęliśmy kontrolą jakości jedną trzecią ośrodków – w przyszłym roku chcemy objąć taką kontrolą wszystkie ośrodki. I potem to musi się przekładać na niezawieranie kontraktów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Góźdz:**

Skryning raka szyjki macicy. O wnioski proszę pana doktora Chila.

**Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka
Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy
przy Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Arkadiusz Chil:**

Dziękuję.

Przedstawię wnioski z prezentacji, którą przedstawiłem 17 października w Kielcach.

Warunkiem powodzenia skryningu raka szyjki macicy jest duża dostępność badań. Obecnie gabinetów pobierających cytologię jest mało. W województwie świętokrzyskim, na przykład, na całe województwo jest ich trzydzieści osiem. Są rozmieszczone nierównomiernie, w niektórych powiatach w ogóle nie ma gabinetów pobierających cytologię w ramach programu. Należy więc stworzyć ułatwienia lekarzom chcącym włączyć się do tego programu. Tak że, przede wszystkim, musi być duża dostępność na etapie podstawowym, ale też scentralizowanie etapu diagnostycznego i pogłębianego.

Należy zapewnić kierowanie wyników i pacjentek do odpowiedniej jakości zakładów, prowadzących etap diagnostyczny. Chodzi o odczytywanie wyników i o etap pogłębiony. Dzięki zachowaniu standardów jakości unika się niepotrzebnego powta-

rzania badań cytologicznych i niepotrzebnego, ze względu na nieprawidłowe wyniki, leczenia pacjentek. I to wszystko powoduje znaczącą redukcję kosztów.

Program powinien być wprowadzany na szczeblu centralnym, ale organizowany i zarządzany lokalnie. Ponieważ Wielkopolska czy Poznań to nie to samo, co Świętokrzyskie i Kielce, dlatego materiały informacyjne przygotowane w Poznaniu nie dostarczają informacji potrzebnych kobietom w województwie świętokrzyskim. I dlatego konieczne są większe uprawnienia dla ośrodków regionalnych. Potrzebne, chociaż być może trudne do przeprowadzenia, jest zintegrowanie informacji ze skryningu aktywnego, czyli populacyjnego i okazjonalnego, gdy pacjentkom wykonuje się badanie w czasie rutynowych wizyt. Dzięki temu można uniknąć powtarzania badań u tych samych pacjentek, co wpływa na redukcję kosztów. Zachowanie odstępów pomiędzy badaniami, wynikających z biologii nowotworu, czyli przeprowadzanie ich nie co rok, lecz co trzy lata, także znacząco redukuje koszty. Dzięki takim działaniom można otrzymać wiarygodne dane dotyczące prowadzenia skryningów i ocenić koszty. Obecnie jesteśmy jedynym z niewielu krajów w Unii Europejskiej, w Europie, który nie dysponuje danymi dotyczącymi programu profilaktyki raka szyjki macicy. Aby otrzymać wiarygodne dane, należy ważniejszą rolę przypisać laboratoriom cytologicznym, w których odbywa się odczytywanie wyników. Laboratoria cytologiczne są kluczowym węzłem skryningu, powinna być ich ograniczona liczba, ale powinny to być laboratoria wykonujące badania wysokiej jakości. W Danii i Norwegii, na przykład, laboratoria cytologiczne są prawnie zobowiązane do składania raportów z wyników z obu rodzajów skryningu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Następne wnioski.

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Góźdz:**

Ostatni problem – koszty. Tak jak powiedziałem Wysokiej Komisji w Kielcach, 9 sierpnia bieżącego roku mieliśmy możliwość spotkania się w Narodowym Funduszu Zdrowia w Warszawie z zespołem pod kierunkiem pana prezesa Grabowskiego i dyrektora Hajdasa, gdzie mogliśmy przedstawić nasze koszty. Spotkaliśmy się z wielką przychylnością i zostały już podjęte pewne kroki. Na przykład, jeśli chodzi o te procedury chirurgiczne, które są rzeczywiście niedoszacowane, zostały już podjęte działania, żeby od razu zwiększyć ich wycenę o 10%. Podobnie jest z wizytą monitorującą, która w tej chwili ma już dwadzieścia punktów. Ale to jest proces. To, co można było wykonać w tak krótkim czasie, zostało wykonane. Uważam, że ten proces urealnienia na podstawie rzeczywistych kosztów jednego ośrodka – myśmy się poddali tej weryfikacji – należałoby kontynuować, żeby po prostu można było zamknąć to „na zero”, te wszystkie nasze wydatki, oraz żeby zapewnić możliwość płynnego leczenia skojarzonego, co jest najważniejsze w onkologii.

Krótko chciałbym powiedzieć: dziękuję za to, co już uzyskaliśmy w Narodowym Funduszu Zdrowia, Panie Prezesie – zwracam się do pana prezesa Grabowskiego – i zgłaszam gotowość do dalszej ścisłej współpracy na rzecz urealnienia kosztów w onkologii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Czy z państwa strony to już wszystko w tej części? Wyczerпалиście państwo ten temat? Dobrze.

Teraz chciałbym powiedzieć, że mamy przyjemność goszczenia tutaj osoby, która jest odpowiedzialna w rządzie za ten program. Jest z nami pan minister Pinkas, bardzo się cieszę, że był z nami w Kielcach. Chciałbym, żeby odniósł się do państwa wniosków.

Nie wiem, czy tak ad hoc? Jak pan minister sobie życzy?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Zaproszeni Goście!

Po pierwsze, chciałbym bardzo podziękować za to, że mogłem uczestniczyć w wyjazdowej senackiej Komisji Zdrowia w Kielcach. To było bardzo owocne i dobre spotkanie. Pragnę podziękować dyrekcji i zespołowi szpitala onkologicznego za naprawdę bardzo profesjonalne przygotowanie materiałów, które jasno pokazują, ile mamy do zrobienia, żeby sytuacja była lepsza. Taka była sekwencja zdarzeń – pokazano nam to, co jest obecnie i to, co możemy poprawić.

Chcę powiedzieć, że ze swojej strony podjąłem pewne działania w Narodowym Funduszu Zdrowia. Poprosiłem pana prezesa Sośnierza i pana prezesa Grabowskiego o pilne zaangażowanie się w proces naprawy i wiem, że w tej chwili to trwa. Jestem głęboko przekonany, że po tym wyjazdowym posiedzeniu szereg procedur będzie po prostu lepiej funkcjonowało – przepraszam za ten kolokwializm – dlatego że będzie lepiej wycenione. Poza tym, mam także świadomość, że do katalogu zostaną doimplementowane nowe kategorie, szczególnie związane z leczeniem chemicznym pacjentów, którzy do tej pory tego leczenia byli pozbawieni. Bardzo istotne było dla mnie także to, że państwo zobaczyliście, jak funkcjonuje ośrodek, który chyba nie ma należytego miejsca wśród świadczeniodawców onkologicznych, a uważam, że należy do pierwszej trójki. I jest mi wyjątkowo miło, że znajduje się on akurat w najbiedniejszym województwie. Widać, ile można zrobić dzięki dobremu zarządzaniu i znakomitemu zespołowi, bo to jest przecież ta kategoria zdarzeń. Nie sprzęt, lecz ludzie. I to mieliśmy okazję obserwować.

Chcę powiedzieć, że przyjmujemy oczywiście do wiadomości wszystkie sugestie kierowane przez koordynatorów programu badania przesiewowego raka piersi i raka szyjki macicy. To jest pierwszy rok funkcjonowania i jesteśmy mądrzejsi o to, co państwo nam tutaj przekazujecie. To jest programem wieloletni i gwarantuję, że w drugim i trzecim roku będzie funkcjonował dużo lepiej niż w pierwszym, ponieważ będziemy po prostu chłonać informacje od państwa. I dlatego wszystkie tego typu spotkania są dla mnie nadzwyczaj cenne. Chciałbym, żeby rzeczywiście te 30% środków, które wydajemy na profilaktykę z narodowego programu, to były pieniądze dobrze wydane, żeby nie było „wycia dusz”, że część tych pieniędzy wydano, a nie ma żadnego efektu zdrowotnego, o który przecież chodzi.

Chcę też powiedzieć, że zespół, który realizuje te dwa programy, jest zaangażowany w to ponad wszelkie siły i jestem z tego powodu bardzo szczęśliwy. Praktycznie spotykamy się raz na dwa tygodnie. Ten program jest realizowany przez bardzo duży zespół ludzi. Pewną nowością jest to, że procedujemy w sposób absolutnie transparentny, wszystko jest na naszych stronach internetowych, zapraszamy też gości. Chcę podziękować przy okazji senatorom, którzy są naszymi stałymi gośćmi, praktycznie stałymi, bo ja widzę was tak często, że mogę powiedzieć, że jesteście stałymi gośćmi. Rzeczywiście jest dla nas bardzo istotne, że mamy tutaj wsparcie parlamentarzystów. Duża jest też liczba ludzi, którzy zgłaszają wnioski, sugestie i reagują na to, co się dzieje w terenie. Oczywiście nie jest to rola senatorów, ale jeżeli podejmiecie się państwo takich zadań, to naprawdę, muszę powiedzieć, że wykonujecie swoje zadanie w nadzwyczajnie dobry sposób – pro publico bono. I za to jeszcze raz chcę serdecznie podziękować.

I teraz dwie konkretne sprawy. Oczywiście popieramy wykupienie tego programu. Jest to jednak sprawa Narodowego Funduszu Zdrowia, nie mogę odpowiadać za pana prezesa Grabowskiego. Chcę natomiast powiedzieć, że rzeczywiście mamy bardzo dobre i ścisłe relacje. Proszę pamiętać o tym, że członkiem zespołu, członkiem Rady Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych jest wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zawsze. Tak że informacje przepływają bardzo dobrze. W przyszłym tygodniu spotkamy się kolejny raz, to będzie już dwudzieste spotkanie od początku roku – patrzę na pana doktora Medera, który jest członkiem tego zespołu – tak że myślę, że nie tracimy czasu.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to powiem, że bardzo istotne jest też to, że nie widzę żadnych zagrożeń, jeżeli chodzi o niewykorzystane środki. Jest jednak pewien problem do rozwiązania i poproszę kierownictwo resortu o pochylenie się nad tym. Chodzi o kwestię wydania środków na te programy w tym roku. Jeżeli wyślemy zaproszenia w tym roku, to rzeczywiście może być sytuacja, w której respons będzie mały. A niemałe środki wydajemy na zawiadomienia. Rzeczywiście w grudniu będzie pewna kumulacja, a to nie jest dobry miesiąc, żeby panie mogły pójść na badania profilaktyczne. To jest miesiąc przygotowania się do świąt, do rodzinnych świąt, a głównie kobiety biorą w tym udział, czyli odbiorcy tych zaproszeń. Musimy mieć absolutną pewność, że te środki idą na świadczenia zdrowotne. A to jest pewnego rodzaju świadczenie zdrowotne, świadczenie profilaktyczne. Jeżeli będziemy zapraszać te kobiety ponownie, to te pieniądze pójdą dla Poczty Polskiej lub też innego wykonawcy usług pod tytułem: zawiadomienie, a nie na świadczenie zdrowotne. W Polsce należy liczyć każdy grosz. I ja się schylam po każdy grosz. Gdyby było pół grosza, też bym się po niego schylił, szczególnie gdy zarządzam publicznymi pieniędzmi. Musimy mieć absolutnie pewność, że nic nie zostanie zmarnowane. I oczywiście jest pytanie, co zrobić z tymi pieniędzmi, które nie będą wykorzystane. Ponieważ nie mówimy o jakiejś bardzo dużej ilości środków, jest możliwość przekazania tej kwoty na środki niewygasające i uruchomienie jej zgodnie z procedurami Narodowego Funduszu Zdrowia w następnym roku. Jest to skomplikowane, ale możliwe do przeprowadzenia.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Niechętnie widziane przez ministra finansów.)

Niechętnie jest to widziane przez ministra finansów, tak. Ale tak się szczęśliwie składa, że premier i zarazem minister finansów jest kobietą, do niej także ta informacja

może dotrzeć. I to jest też pewna kategoria zdarzeń, łatwiej się wtedy po prostu rozmawia. Moim zdaniem, są pewne rzeczy, które są realistyczne i potrafimy je tak przekazać, że nie ma tutaj opcji, jest układ zerojedynekowy. Ale ta decyzja będzie należała do ministra zdrowia. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję panu ministrowi.

Pana prezesa Grabowskiego bardzo proszę o odniesienie się do tych części wystąpienia, które dotyczyły Narodowego Funduszu Zdrowia.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Chciałbym odpowiedzieć konkretnie na parę problemów, które się pojawiły. Otóż przede wszystkim – wysyłka zaproszeń. Fundusz zdecydowanie jest za tym, aby, jeśli to tylko możliwe, przesunąć ową wysyłkę na wiosnę i kolejne miesiące z tych powodów, które pan minister Pinkas przed chwilą przytoczył.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Był jeszcze wniosek o decentralizację tego systemu.)

Tak, po kolei odniosę się do tych wniosków.

To jest rzeczywiście możliwe. Co więcej, ta wysyłka musi być rozłożona w czasie, to nie może być jednorazowy akt wysyłania pięciu czy siedmiu milionów zaproszeń. Musi to być skoordynowane i związane nie tylko z decentralizacją, z działalnością WOK, lecz także z realną liczbą podmiotów, które uczestniczą w tym całym programie. Jeszcze nie wiemy, jaka to liczba, ponieważ zaproszenia muszą być możliwie jak najbardziej zindywidualizowane, jeśli chodzi o osoby oraz miejsca, do których zapraszamy. Bo to nie jest zaproszenie w ogóle na badanie, lecz zaproszenie do gabinetu, który jest w miarę rozpoznawalny albo przynajmniej adres jest rozpoznawalny. I w związku z tym czeka nas poważne przedsięwzięcie o charakterze logistycznym. Naprawdę serdecznie zapraszam do udziału w nim, nie chcielibyśmy tego robić sami, bo wtedy prawdopodobieństwo pomyłki jest większe.

Co do systemu informatycznego, rzeczywiście jak do tej pory nie jesteśmy właścicielem tego oprogramowania. Trwają negocjacje – następne mają się odbywać jutro – w sprawie jego zakupienia. Mamy informacje, że wiele osób ceni sobie to oprogramowanie, zwłaszcza centralne i wojewódzkie ośrodki koordynacyjne je akceptacją. O dziwo, również świadczeniodawcy, choć niektórzy skarżą się na to, że muszą ponieść koszty dostępu do Internetu, co niestety też wpływa na chęć zawierania lub niezawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Tak że akurat propozycja, by ułatwić gabinetom ginekologicznym dostępność do programu, kłóci się z obowiązkiem sprawozdawania za pomocą oprogramowania o nazwie SIMP, czyli tego systemu informatycznego. Bez wątplenia uważamy jednak, że jest to niezbędny kierunek działań, ponieważ zagwarantuje to kompletność informacji na temat realizacji programu i w rezultacie również możliwość oceny jego jakości przez poszczególne ogniwa na wszystkich poziomach. Absolutnie nie widzę możliwości odstępstwa od tego.

Co do kontroli jakości, zdecydowanie i mocno popieramy państwa dążenie do tego, żeby kontrolować jakość, zarówno w jednym, jak i drugim programie.

Jeśli chodzi o uczestniczenie w postępowaniach konkursowych, sprawa jest nieco bardziej skomplikowana i ma charakter również prawny. Musicie państwo zważyć na to, że czasem reprezentujecie konkretnych świadczeniodawców, w związku z tym, no niestety, wchodzić w pewien konflikt prawny. I praktycznie każdy, kto pracuje w WOK czy COK, jest związany z jakimś świadczeniodawcą. Fundusz zgodnie z ustawą nie może wchodzić w jakiegokolwiek relacje ze świadczeniodawcami, w związku z tym to nie jest takie proste. Jeśli natomiast państwo nas poinformujecie, że posiadacie komplet informacji o kontroli jakości, my chętnie włączymy je do materiałów konkursowych i będziemy brali to pod uwagę jako pewną ekspercką ocenę, najchętniej ilościową, która umożliwi nam odsiew tych podmiotów, które źle realizują program. Tak to widzimy. Tak więc SIMP jest narzędziem nie tylko zbierania informacji i rozliczania programu, lecz także współpracy z państwem. Na podstawie twardych, rzeczywistych danych możemy ustalać dalsze działania.

Co do urealniania kosztów. Jeśli chodzi o wizytę przedstawicieli ośrodka świętokrzyskiego w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i jej skutki, przede wszystkim państwo przedstawili dobrej jakości dane o kosztach realizacji świadczeń. Mają państwo dobry rachunek kosztów, a w związku z tym argumenty, które państwo podnosili, były bardzo przekonujące, oparte też na twardych danych i zrobiły na nas wrażenie. Ponadto, oprócz tego, że zrobiły na nas wrażenie, mogliśmy sięgnąć do konkretnych wyliczeń, na których podstawie można było wyliczyć cenę. I dlatego był taki szybki efekt. Co do efektów na szerszą skalę we wszystkich innych świadczeniach w tym roku, proszę zważyć, że realizujemy wielkie przedsięwzięcie, jakim są podwyżki. I już dzisiaj można powiedzieć, że w związku z tym przed Narodowym Funduszem Zdrowia staje niemałe wyzwanie, jakim jest utrzymanie świadczeń na dotychczasowym poziomie. Jeśli uda nam się to osiągnąć, będziemy bardzo zadowoleni. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy senatorowie mają pytania w tej części?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Za chwilę.

Nie ma pytań?

Otwieram dyskusję.

Bardzo proszę, pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Z wystąpień kolegów, z którymi się zgadzam, pozwoliłem sobie wysnuć kilka wniosków i byłbym bardzo usatysfakcjonowany, gdyby one mogły być wprowadzone w życie.

Otóż szczególnie w profilaktyce raka szyjki macicy musimy położyć zdecydowanie nacisk na zwiększoną dostępność punktów pobierania cytologii, ale wydaje mi się, że jest potrzebna centralizacja i trzeba tworzyć naprawdę duże centralne punkty diagnostyki cytologicznej podległe patomorfologii. Bo patomorfolodzy mają jednak większe doświadczenie niż ginekolodzy, jeżeli chodzi o odczytywanie cytologii. Jeżeli są ginekolodzy, którzy zajmują się patomorfologią od wielu, wielu lat, niech oni to

oczywiście odczytują. Po prostu takie scentralizowane laboratoria z pogłębioną diagnostyką cytologiczną dałyby spodziewane efekty i na pewno duże oszczędności.

Druga sprawa. Wydaje mi się, że bardzo ważną rzeczą byłoby ustalenie centralnie jednej osoby odpowiedzialnej w kraju za badania w profilaktyce raka szyjki macicy. Chodzi o to, żeby zlecić to jednemu ośrodkowi, jednej osobie centralnie, która by za to odpowiadała.

Następna sprawa. Wzorem Skandynawii należałoby wprowadzić uregulowania prawne, które miałyby na celu zmuszenie poszczególnych ośrodków do prawidłowego przekazywania tych skryningów i profilaktycznych badań cytologicznych do bazy. Tak że to byłyby te wnioski.

Teraz wniosek w kierunku uhonorowania ośrodka onkologicznego świętokrzyskiego, ponieważ tam ta profilaktyka jest na bardzo wysokim poziomie, lekarze są bardzo, bardzo zaangażowani w te działania. Proponowałbym rozważenie wniosku, czy nie wprowadzić takiego naprawdę pionierskiego projektu profilaktyki, chociaż w tych dwóch dziedzinach: dziedzinie raka piersi i dziedzinie raka szyjki macicy, na terenie województwa świętokrzyskiego. Należałoby bardzo rzetelnie przeprowadzić tę profilaktykę, albowiem tam mamy bardzo dużo do zrobienia.

I chciałbym tutaj bardzo podziękować panu prezesowi Grabowskiemu za to, że zainteresował się tak poważnie wyceną procedur. Zwiększenie kosztu procedury o 10% nic nie daje. Te procedury muszą być wycenione rzetelnie, według kalkulacji kosztów, tak jak to przedstawili koledzy ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, z zachowaniem pewnej logiki. Tyle chciałem przekazać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zabrać głos? Nie widzę chętnych. Czy ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos?

Pan prezes Grabowski jest przeze mnie dostrzeżony, ale jeszcze nie teraz udzieli mu głosu.

Bardzo pana proszę. I proszę o przedstawianie się.

Prezes Zarządu Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, trzydzieści pięć lat pracy w Centrum Onkologii w Warszawie.

Na kanwie wizytacji w Kielcach chciałbym powiedzieć, że mam wielką, gorącą prośbę, zarówno do pana ministra zdrowia, jak i do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o przyspieszenie prac związanych z poprawą obecnej sytuacji, w której otrzymujemy zwrot 70% tego, co wydajemy na onkologię. Nie da się tak dalej leczyć chorych.

Chcę powiedzieć, że piętrząca się biurokracja pochłania w coraz większym stopniu czas lekarza, który powinien być przy łóżku chorego. Lekarz już praktycznie nie ma czasu na leczenie chorych i diagnozowanie, musi wypisywać zupełnie niewiarygodne ilości, mnożące się w coraz większym stopniu, dokumentów, które właściwie niczemu nie służą. Jednym zdaniem mogę powiedzieć tak: nie może urzędnik dykto-

wać lekarzowi jak ma leczyć. Jeżeli jest specjalista, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii, który jest prawą ręką pana ministra, bo został powołany po to, żeby służyć mu swoją radą, to nie może być tak, że urzędnik nie zalicza mu procedur, na których się po prostu nie zna. Lekarz nie może wykonywać każdego schematu ściśle według standardów. On jest odpowiedzialny za życie chorego i musi modyfikować leczenie w zależności od sytuacji klinicznej, co szczególnie w onkologii ma pryncypialne znaczenie. To lekarz decyduje o tym, czy podać mniejszą czy większą dawkę leku, czy dodać czy ująć ze standardu jakiś lek i zastąpić go innym. Nie będę dłużej ciągnął tego wątku, chciałbym tylko stwierdzić, że dalej tak się nie da leczyć w onkologii. I mój głos tutaj jako prezesa Polskiej Unii Onkologii jest głosem wszystkich onkologów w Polsce. Mieliśmy wiele zebrań, zarówno w Narodowym Funduszu Zdrowia, jak i w innych miejscach, z udziałem dyrektorów regionalnych ośrodków onkologicznych, krajowych specjalistów. Przez ostatnie lata Polska Unia Onkologii zgłaszała szereg postulatów, ale do dzisiaj nie zostały one uwzględnione. Były tu oczywiście podziękowania pod adresem pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ale ja uważam, że to dzieje się za wolno. Dalej tak naprawdę nie da się leczyć. Ja nie będę w stanie utrzymać lekarzy, którzy będą się zajmowali właściwie tylko wypełnianiem kolejnych rubryczek biurokratycznych. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zgłaszał się pan prezes. Myślę, że teraz jest dobry moment, żeby zabrał głos, został niejako wywołany tą wypowiedzią.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Bardzo mi przykro, ale na ostatnią wypowiedź muszę niestety zareagować dość twardo. To są publiczne pieniądze, ich wydawanie musi być rozliczane na podstawie sprawozdawczości. Tak więc sprawozdawczość musi istnieć. Jeśli pieniądze przestaną być publiczne, będą państwo postępować według własnej woli w tym zakresie, kiedyś tak było. Być może ta sprawozdawczość mogłaby być mniej uciążliwa, ale ona musi być. Tych schematów i standardów nie budujemy sami i nie pouczamy państwa, jak je stosować, lecz czerpiemy z państwa wiedzy i informacji, starając się zrobić taki system, który będzie można zrealizować.

Początki były rzeczywiście dość trudne, ale w ciągu roku sprawozdawczość stała się generalnie kompletna, choć nie sposób nie zauważyć, że Centrum Onkologii w Warszawie ma z nią jakby największe problemy. Uprościliśmy ją, uwzględniając tylko dawki. Już nie chcę wchodzić w szczegóły, bo nie wszyscy słuchacze mogą być tym zainteresowani. Pewien standard, jeśli chodzi o sprawozdawczość, jest oczywistością we współczesnym, z informatyzowanym świecie. I nic na to nie poradzę. Prawdopodobnie są potrzebne sekretarki medyczne, aby nie odciągać lekarza od łóżka pacjenta.

Co do cytologii absolutnie się zgadzam z opiniami wypowiedzianymi przez pana senatora. Otóż musi być zapewniona pewna liczba cytologii. Bardzo długo było to przedmiotem sporu i wymiany niekończącej się korespondencji. Ostatecznie ustalono, że ośrodek musi wykonać osiem tysięcy cytologii, żeby w ogóle było to kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. I zostało to ujednolicone nie tylko w tym progra-

mie, lecz także w specjalistycy, takie wymaganie zostało postawione. Tak że generalnie Narodowy Fundusz Zdrowia postawił na taką liczbę cytologii. Oczywiście były sugestie, żeby ta liczba była większa, sięgająca dwunastu czy piętnastu tysięcy, ale z kolei prawdopodobnie byłaby zbyt duża monopolizacja. I tak w ramach systemu informacyjnego jesteśmy w stanie zebrać komplet informacji na ten temat. Nie zmienia to faktu, że na podstawie rankingu, takiej punktacji, która służy nam do wyboru poszczególnych świadczeniodawców, doceniamy tych, którzy wykonują większą liczbę tych badań, do piętnastu tysięcy, bodajże, oferent otrzymuje za to dziesięć punktów.

Co do osoby odpowiedzialnej za prowadzenie cytologii w kraju, to znaczy, za prowadzenie skryningu raka szyjki macicy w kraju. Jest taka osoba, to jest pan profesor Spaczyński, szef centralnego ośrodka koordynacyjnego. Jest to osoba, z którą Narodowy Fundusz Zdrowia ściśle współpracuje. Opinie pana profesora są dla nas wiążące, bo mamy nadzieję, że są wypowiedzane w imieniu ministra zdrowia. Profesor Spaczyński pośredniczy pomiędzy nami, Ministerstwem Zdrowia i środowiskiem w ustalaniu zasad organizacji tego programu. Tak że to jest jakby już załatwione.

Co do prawnego przymusu sprawozdawczości, chcę powiedzieć, że w wielu wypadkach jesteśmy zobligowani do sprawozdawczości, zgodnie z zapisem w prawie, na przykład jeśli chodzi o statystykę publiczną, gdzie mamy jednak kłopot z kompletnością danych. Chcę powiedzieć, że stosujemy przymus o wiele bardziej skuteczny, czyli ekonomiczny. I tam, gdzie mamy relację umowną z drugą stroną, z naszym partnerem, sprawozdawczość jest w zasadzie kompletna, jest tylko kwestia jej użyteczności. Mam wrażenie, że zbieramy za dużo danych, a później za mało je analizujemy, a jeszcze rzadziej wyciągamy wnioski na podstawie tej sprawozdawczości. Tak, że chciałbym...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam, że wchodzę w słowo, Panie Prezesie, ale tu właśnie jest coś, co najbardziej boli, jak myślę. Pan prezes unii stwierdził, że rekrutuje się dość dużą ilość danych. Co to znaczy: rekrutowanie dużej ilości danych? To znaczy, że ktoś musi te dane wprowadzić, zebrać i zamiast zajmować się wspieraniem chorego w procesie leczenia, generuje informacje, które, jak pan słusznie zauważył, potem nie są w jakiś sposób zamieniane na dobre konkluzje. I jest pytanie, czy w związku z tym centrala nie powinna się trochę samoograniczać do swoich mocy przerobowych.

Mówię o tym jako człowiek, który przyglądał się wdrażaniu tego systemu, gdy zaczynały działać kasy chorych, bo one wiele nas nauczyły, przeszliśmy ciężką lekcję edukacyjną w rachunku ekonomicznym od roku 1999. I często miałem wrażenie, wtedy już byłem wiceprzewodniczącym rady kasy na Dolnym Śląsku, że apetyty na informacje informatyków zatrudnionych w kasie chorych zdecydowanie przekraczały możliwości ich przetrwania. I rozumiem, że pan prezes unii prosił, żeby jednak uwzględniać to, iż każda decyzja sprawozdawcza oznacza generowanie kosztów po stronie wykonawcy. Wszedłem panu w słowo w momencie, w którym pan zauważył, że zbieramy dużo informacji, których potem nie potrafimy przetworzyć. Wobec powyższego jest pytanie o sens tych działań. O sens. I w związku z tym jest ogromna prośba, jak rozumiem, unii, którą myślę, że jako komisja chętnie byśmy poparli – prawda? – żeby jednak uwzględniać troszeczkę...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chwileczkę, bo wszedłem panu prezesowi w słowo. Oddaję panu głos, przepraszam, bo to było takie nieparlamentarne wejście w słowo, ale wydawało mi się, że trzeba to zrobić.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Co do zasady – zgadzam się absolutnie, choć muszę powiedzieć, że każde środowisko ma inne podejście. Chcę też państwa poinformować, że współtworzyliśmy i współrealizujemy na przykład rejestr zawałów w Polsce. Środowisko kardiologów samo narzuciło sobie zebranie takiej ilości danych, która absolutnie nie jest Narodowemu Funduszowi Zdrowia potrzebna. Te dane są przetwarzane przez środowisko kardiologiczne i jesteśmy informowani o wnioskach z tego płynących. Tak że naprawdę nie jest zasadą, że Narodowy Fundusz Zdrowia to narzuca, często środowiska tego oczekują, a my wręcz nawet stawiamy pewne ograniczenia i opór, bo to nie wynika wprost z zapisów umowy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czyli mamy takie dwie sytuacje. Z jednej strony, są środowiska, które chciałyby jeszcze więcej, a z drugiej, są też takie, które mówią: no, trochę się ograniczmy. Bardzo proszę. Przedstawiamy się do protokołu.

**Kierownik Programu Zapobiegania Rakowi Piersi
w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
Jerzy Giermek:**

Jerzy Giermek, Centrum Onkologii.

Chciałbym przypomnieć panu prezesowi nasze spotkanie z sierpnia, na którym pan powiedział, że rozważy nasz postulat, żeby dawki cytostatyków były zaokrąglane. W dalszym ciągu wymaga się od nas dokładności co do miligramów, podczas gdy nikt nigdzie, żaden pacjent, nie tylko w Polsce, lecz także na świecie, nie dostawał takiej dawki. Ta wielkość jest zaokrąglana, gdyż nie można takiej dawki wymiareczkować.

Drugi problem, o którym mówił pan doktor Meder. Sekretarki nie zastąpią lekarzy w pisaniu wniosków o niestandardową chemioterapię. W jednostkach onkologicznych pacjenci muszą być zindywidualizowani. Środowisko onkologiczne występowało do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o likwidację katalogu i mimo to w warunkach konkursu na przyszły rok ponownie jest katalog. Jeśli będzie nawet tysiąc procedur, i tak nie przewidzimy każdej sytuacji, dla danego konkretnego pacjenta. Niestety, wniosek musi napisać lekarz, bo on musi go umotywować, wyjaśnić, dlaczego podaje dwa cytostatyki z programu, który zawiera trzy albo dlaczego podaje te cytostatyki o trzy dni wcześniej niż to wynika z zapisanej procedury. Życie nie przewidzi wszystkich sytuacji i taki katalog musiałby mieć z piętnaście tysięcy pozycji. A procedura jest niezaliczona. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są jeszcze głosy w dyskusji w tym momencie?

Chciałbym zadać pani i panom senatorom pytanie, to znaczy konkludowałbym tę część punktu w taki sposób: ponieważ tutaj były tylko odpowiedzi ad hoc, na podstawie protokołu komisji sformułowałbym pismo, które wystosowalibyśmy do pana ministra i do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, prosząc o takie już może spokojne odniesienie się do tych punktów. Chodzi o to, żeby wypowiedzieć się nie ad hoc, lecz mając czas na pewnego rodzaju pogłębioną refleksję. Czy komisja poparłaby taki wniosek co do pierwszego punktu programu? Jeśli nie usłyszę sprzeciwu... A może inaczej powiem.

Kto jest za takim wnioskiem w tej części?

Jednogłośnie za. Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, chciałbym serdecznie podziękować kielczanom za dobrą lekcję onkologii, którą odebraliśmy tam na miejscu. I jednocześnie wyrażam nadzieję, że ogromny wysiłek państwa, ministerstwa, Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby ograniczyć epidemiologię nowotworów, która tak czy tak jest ryzykiem populacyjnym, wynikającym z tego, że żyjemy dłużej i w związku z tym choroby degeneracyjne, do których zaliczają się nowotwory, zbierają obfite żniwo, spowoduje, że przynajmniej dogonimy te kraje, które lepiej się zorganizowały i lepiej potrafią gospodarować środkami. Jesteśmy ogromnie wdzięcznymi, że te środki jednak są i że jest o czym rozmawiać. Miejmy nadzieję, że to będzie ku pożytkowi naszych obywateli.

Bardzo państwu dziękuję za uczestnictwo. Możecie państwo pozostać z nami, możecie też na tym skończyć.

**Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
Stanisław Góźdz:**

Serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, Panie Prezesie za czas, który państwo poświęcili onkologii i naszemu ośrodkowi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję państwu za przyjazd. Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, przystępujemy do punktu drugiego, równie niełatwego, mianowicie: informacja Narodowego Funduszu Zdrowia na temat finansowania opieki długoterminowej.

Myśmy dostali informację na piśmie od pana prezesa Sośnierza. Czy mamy ją tutaj? Tak. Nie wzięłem swojego egzemplarza... Już mam.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze. Słuchajcie, jest wniosek pana ministra, chciałbym formalnie to przeprowadzić. Pan minister wnosi o zmianę porządku obrad, proponując, byśmy informację o Jelfie uzyskali w tej chwili. Chodzi o to, że jest z nami pani wiceminister, która niebawem musi wrócić do innych pilnych zadań. A ponieważ ta sprawa jest ad hoc wprowadzona do naszego programu, chciałbym uzyskać państwa zgodę na jej rozpatrzenie.

Czy jest zgoda na to, żebyśmy teraz to rozpatrzyli? Jest zgoda na zmianę porządku obrad.

Bardzo przepraszam państwa z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale wy i tak musicie być dzisiaj z nami do końca, musicie trwać na posterunku, a ta sprawa jest publicznie bardzo trudna.

Bardzo proszę zatem panią minister o zabranie głosu. Proszę się przedstawić, bo ja nie znam pani minister.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A, najpierw pan minister zabierze głos? To może pan przedstawi panią minister i już wszystko będziemy wiedzieli.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Jarosław Pinkas:

Tak jest. Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie i Panowie Senatorowie!

Mam wielką przyjemność powiedzieć, że dosłownie godzinę albo półtorej godziny temu pani minister Ulz otrzymała z rąk pana ministra zdrowia nominację, podpisaną przez premiera, na prezesa Głównej Inspekcji Farmaceutycznej. Pani minister Ulz przez cały czas kryzysu, który pojawił się w zeszłym tygodniu, brała bardzo czynny udział w rozwiązywaniu tego problemu i wyciąganiu wniosków na przyszłość, bo taka jest sekwencja zdarzeń.

Chcę powiedzieć, że rzeczywiście minister zdrowia dowiedział się o tej sprawie kryzysu z mediów. Sprawa jest bardzo niejednoznaczna i wielowątkowa. Dotyczy funkcjonowania trzech instytucji związanych z resortem zdrowia, związanych w takim sensie, że minister zdrowia je nadzoruje, ale zgodnie z prawem one mają ogromną niezależność. Mówię tutaj przede wszystkim o głównym inspektorze farmaceutycznym czy Głównej Inspekcji Farmaceutycznej, Urzędzie Rejestracji Leków oraz Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Te instytucje otrzymały informacje o dramatycznej pomyłce w zakładach farmaceutycznych wcześniej niż minister zdrowia, który dowiedział się o tym z mediów.

Chcę powiedzieć jednoznacznie, że wczoraj w trakcie spotkania z prokuratorem krajowym minister Zbigniew Religa złożył doniesienie do prokuratury celem wszczęcia postępowania wyjaśniającego, jak mogło dojść do tego typu zdarzeń. Pan minister przyjął do wiadomości, że dwóch dyrektorów tych jednostek, to znaczy dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz prezes Agencji Rejestracji Leków, poszło na urlopy. Taka forma – przyjęcie przez ministra wiadomości o urlopie – wynika z tego, że minister zdrowia nie ma żadnej możliwości prawnej, żeby na przykład samodzielnie urlopować, odwołać lub zawiesić dyrektora, takiej formuły nie ma w administracji państwowej. Te osoby oczywiście poproszono o to, żeby złożyły podania o urlop.

Ta sytuacja postawiła cały resort w stan nadzwyczajnej gotowości. Chcę powiedzieć, że przez cały czas działał ogromny sztab antykryzysowy, którego główną rolą było zabezpieczenie wszystkich niebezpiecznych preparatów, tak aby w Polsce nie doszło do takiej sytuacji, w której od momentu, kiedy wiadomo, że jest sytuacja kryzysowa z powodu zamiany leku, ktokolwiek ten lek by otrzymał. Chcę jednoznacznie powiedzieć, że w Ministerstwie Zdrowia podjęto wszystkie możliwe działania i nie przychodzi nam do głowy – mówię to jako członek kierownictwa – żadne inne działanie, które mogłoby być podjęte, a myśmy jeszcze tego nie zrobili. Nie można więc było

zrobić nic więcej. Chcę także powiedzieć, że te działania były podjęte także w porozumieniu z innymi resortami, to znaczy z resortem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, resortem sprawiedliwości, Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zastosowaliśmy takie potrójne sito, żeby lek nie dostał się do użytku. Pierwsze sito to informacja dla lekarzy i profesjonalistów medycznych, przekazana im od razu, zabezpieczenie wszystkich tych leków w hurtowniach i wstrzymanie obrotu nimi. Drugie sito to informacja przekazana do Narodowego Funduszu Zdrowia i policji w celu odzyskania tych leków. Chcę także powiedzieć, że profesjonaliści medyczni, którzy wiedzieli o zaordynowaniu tego leku, odzyskiwali go dzięki własnej aktywności lub też aktywności pielęgniarek środowiskowych. I trzecie sito, niestety najpóźniej zastosowane, to działania Jelfy, informacyjne działania. W pierwszej godzinie, kiedy otrzymaliśmy taką informację, zrobiliśmy ogromną konferencję prasową, żeby poinformować wszystkie media. Przez kilka dni minister Religa, pani minister Gręziak, pan minister Piecha i moja skromna osoba byliśmy non stop w telewizji, w radiu i w mediach elektronicznych, informując o tym, co trzeba zrobić, jeśli ktoś ten lek posiada.

Podstawowe pytanie, jakie się rodzi, brzmi: dlaczego zajmowało się tym Ministerstwo Zdrowia? Nie znajduję na to pytanie innej odpowiedzi niż taka: po prostu dlatego, że jesteśmy porządnymi ludźmi. W prawie farmaceutycznym i generalnie w prawie nie ma żadnej delegacji dla ministra zdrowia, żeby powziął działanie na tak szeroką skalę. Zajęliśmy się tym, dlatego że mamy poczucie odpowiedzialności za państwo i za naszych pacjentów. Wszystkie działania od początku do końca powinny być podjęte przez firmę farmaceutyczną. Wszystkie, tym bardziej że firma farmaceutyczna otrzymała taką informację siedem dni wcześniej niż my. Zarząd Jelfy przez kolejne dni nie kontaktował się z nami, nikt z przedstawicieli zarządu Jelfy nie był w Ministerstwie Zdrowia, nie podjął żadnych działań.

Z budżetu państwa wydaliśmy na to gigantyczne pieniądze: na mailinig, konferencje prasowe, organizowanie sztabów antykrzysowych, inspektorów w terenie, dwudziestoczterogodzinną gotowość wszystkich służb, które mogły nieść pomoc – policji, Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Wydaliśmy na to nieprawdopodobnie dużo pieniędzy, podczas gdy w cywilizowanym kraju – mam nadzieję, że takim jesteśmy, a ta sprawa jest niechlubnym wyjątkiem – w całości finansowałaby to firma farmaceutyczna. Pragnę państwu powiedzieć, że takie sytuacje zdarzały się na świecie – na przykład sprawa leku Lipobay – wszystkie koszty poniosły wyłącznie firmy farmaceutyczne. I nikomu nie przyszło wtedy do głowy, żeby napisać artykuł, że rząd w tej sytuacji zachował się w sposób niewłaściwy, jak uczynił to dzisiejszy „Dziennik”. Zamieszczono w nim materiał, chyba jednak z powodu niewiedzy czy kierując się złą intencją, bo to jest chyba ta kategoria zdarzeń, który nas poraził, dlatego że zostaliśmy pomówieni o rzeczy, na które absolutnie nie zasługujemy. Pan profesor Zbigniew Religa, minister zdrowia, właściwie wszystkie te działania wziął na siebie, bo jest porządnym człowiekiem i spełnia swoją misję w należyty sposób. Bo inny minister... Oczywiście mam nadzieję, że żaden inny minister nie zachowałby się inaczej. Na Boga, sytuacja jest tutaj absolutnie jednoznaczna i mówię to publicznie, nie poproszę państwa o to, żeby to było *of the record*. To, co zaobserwowałem, jeżeli chodzi o działalność zarządu Jelfy, to jest arogancja i ignorancja. Dwie rzeczy. Jeżeli zarząd Jelfy poda mnie do sądu, będę się bronił.

Pani minister Ulz.

Główny Inspektor Farmaceutyczny

Zofia Ulz:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Pragnę przedstawić państwu krótki raport z sytuacji, jaka jest na dzień dzisiejszy, na tę chwilę. Króciuteńko o historii. Sześciu inspektorów do spraw wytwarzania udało się do wytwórni farmaceutycznej w poniedziałek. Chcę podkreślić, że jeszcze nigdy w historii inspekcji farmaceutycznej tylu inspektorów nie brało udziału w inspekcji w tym samym czasie. Inspektorzy farmaceutyczni Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego wrócili z Jelfy wczoraj w nocy. Od szóstego do piętnastego pracowali non stop, od rana do wieczora – do południa przeprowadzali inspekcję, po południu pisali raporty. Dzisiaj otrzymałam wszystkie raporty cząstkowe oraz raport końcowy. I na podstawie tych raportów chcę państwu powiedzieć, że decyzja o unieruchomieniu całej produkcji była słuszna, autorytatywnie to potwierdzam. Inspektorzy do spraw wytwarzania wykazali szereg nieprawidłowości i niezgodności, które zostały zapisane w raportach i te raporty Jelfa przyjęła do wiadomości i podpisała.

Procedura, która jest międzynarodowa, dotycząca inspekcji do spraw wytwarzania w przemyśle farmaceutycznym, polega na tym, że z każdej inspekcji sporządza się raport, w którym spisuje się fakty zaobserwowane przez inspektorów, a w końcowej części wymienia się niezgodności. Kategoryzacja tych niezgodności jest dokonywana na podstawie procedury kompilacyjnej, obowiązującej we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Niezgodności dzielimy według kategorii: krytyczne, ważne i inne. I tak też zrobiono. Następnie główny inspektor farmaceutyczny zobowiązuje firmę farmaceutyczną do przysłania opracowanego przez siebie harmonogramu działań naprawczych, precyzującego sposób oraz termin usunięcia niezgodności. Po weryfikacji takiego harmonogramu działań naprawczych zostaje on zatwierdzony i wtedy podejmuje się decyzję, w tym wypadku o uchylenie decyzji administracyjnej dotyczącej produkcji.

Jaki jest stan faktyczny? Piętnaście minut przed konferencją prasową firma Jelfa dostarczyła ostatni z cząstkowych harmonogramów działań naprawczych. Weryfikacja się nie skończyła, w każdym razie mnie tam nie ma z moimi inspektorami, ale na dzisiaj, na tę chwilę mogę państwu powiedzieć, że wydaje się prawdopodobne wydanie decyzji uchylającej, która będzie dotyczyła części wytwarzania, prawdopodobnie wydziału maści i wydziału tabletek. Jeżeli chodzi o wydział ampułek, niestety, harmonogram przesłany przez firmę nie może zostać zaakceptowany. Dotyczy on bowiem niezgodności krytycznej, której sposób usunięcia został opisany w tak lakoniczny sposób, że nie można po prostu tego przyjąć. Chcę państwu powiedzieć, że termin uruchomienia całej wytwórni zależy tylko i wyłącznie od tego, w jaki sposób sami wytwórcy potraktują ten raport i harmonogram.

Muszę państwu powiedzieć o jeszcze jednej sprawie, o której dowiedziałam się dzisiaj. Otóż cały czas monitorowałam warunki pracy inspektorów i one były bardzo dobre. Niestety wczoraj to się skończyło, stała się rzecz następująca: podczas pracy inspekcji zarząd firmy powiedział, że to on ustala harmonogram i inspektorzy nie wyjdą, dopóki nie omówią niezgodności. Niezgodności są zawsze omawiane, ale sposób traktowania inspektorów był nie do przyjęcia. Chciałam państwu po prostu o tym powiedzieć. Chyba tyle miałam do powiedzenia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Myszę, że pamiętamy, iż w procesie prywatyzacji Jelfy były wątpliwości, zgłaszane publicznie, czy firma litewska, która Jelfę przyjmuje, jest wiarygodnym nabywcą. Jelfa miała znakomitą opinię jako nowoczesny zakład produkcyjny, wytwarzający leki dobrej jakości. Trudno jest mi powiedzieć, na ile to nieszczęsne przejęcie Jelfy przez firmę zewnętrzną zdecydowało o obniżeniu jakości.

Dziękuję bardzo za te informacje.

I teraz zwracam się do pani senator i panów senatorów: czy są pytania do pani minister?

Bardzo proszę, pan Rafał Ślusarz.

Senator Rafał Ślusarz:

To jest mój okręg wyborczy, o czym mówię tytułem wprowadzenia.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz:* Doceniamy tutaj groźbę, jaka jest zawarta w tym oświadczeniu.)

Tym samym jakby zdradzam, że mam większą wiedzę na ten temat.

Mam takie techniczne pytanie. Jest podejrzenie, że pewna seria tego leku zawiera zamienioną substancję. Ta seria jest wycofywana z aptek. Czy przeprowadzacie państwo badania, żeby sprawdzić, czy we wszystkich ampułkach tej serii rzeczywiście jest ten lek, czy może w procesie wytwarzania zamieniono kilkanaście, czy kilkadziesiąt ampułek, umieszczając na nich złe nalepki? Krótko mówiąc, czy utrzymuje się zagrożenie, że 100% leku tej serii zamieniono i rzeczywiście każdy, kto ma tę serię, ma zły lek, czy raczej mamy do czynienia z pewnym losowym układem, czyli co setna ampułka z tej serii może zawierać omyłkowo inny lek? Czy mamy taką wiedzę?

Główny Inspektor Farmaceutyczny

Zofia Ulz:

Powiem tak: te podejrzenia do tego czasu nie potwierdziły się. To znaczy możemy mieć pewność, że jeśli chodzi o przebadane fiołki corhydronu, nie potwierdziły się podejrzenia co do obecności w nich innej substancji.

Jeżeli chodzi o lek wycofany, procedura jest taka, że on jest wycofywany z całej sieci dystrybucyjnej. W tej chwili – jest to informacja z rana dzisiejszego dnia – ponad tysiąc sześćset fiołek zostało zabezpieczonych na różnych etapach dystrybucji, czyli w aptekach i hurtowniach. Musicie państwo wiedzieć, że wszystkie zasoby corhydronu zostały wstrzymane, wszystkie serie i wszystkie dawki. I one nie wracają do wytwórcy, tylko są zabezpieczane w miejscach, w których się znajdują, czyli w punktach dystrybucji. Tak więc nie ma w tej chwili żadnego niebezpieczeństwa, jeżeli chodzi o zażycie, zastosowanie innego leku niż corhydron. Nie wiem, czy wyczerpałam temat.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Jarosław Pinkas:

Odpowiem na to pytanie.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Króciutko.)

Tak, dobrze.

Pan prokurator Engelking, z którym wczoraj się spotkaliśmy, prawdopodobnie podejmie decyzję o przebadaniu wszystkich wycofanych fiolek.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To jest ważne. Z jednej strony martwi ta liczba krytycznych nieprawidłowości na linii ampułek, a z drugiej strony to, że firma, co gorsze, nie chce ich przyjaźnie usuwać. To mnie najbardziej martwi i zdumiewa, bo przecież jest to psucie sobie reputacji na rynku farmaceutycznym.

Bardzo proszę, pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Ponieważ informacje, nawet na konferencjach prasowych, były zgoła różne odnośnie do czasu zaistnienia tego zdarzenia, chcę zapytać, czy prawdą jest, że główny inspektor farmaceutyczny, który został zdymisjonowany, wiedział o tych nieprawidłowościach już w czerwcu tego roku? Jest bowiem powiedziane, że raz w czerwcu, raz w sierpniu, raz w październiku... My po prostu nie wiemy, z jaką skalą problemu mamy do czynienia. Dziękuję.

Główny Inspektor Farmaceutyczny

Zofia Ulz:

Proszę państwa, mamy tutaj do czynienia z dwiema różnymi sprawami i może dlatego powstaje taka konfuzja. Otóż pierwsza sprawa to są doniesienia o działaniach niepożądanych, a druga sprawa to jest doniesienie o niewłaściwej jakości leku, co także może powodować działania niepożądane. Główny inspektor farmaceutyczny otrzymał informację z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w dniu 31 października w godzinach późnopołudniowych, że w jednej fiolce wykryto nie to, co powinno w niej być. Natomiast doniesienia o niepożądanym działaniu leku były wcześniej. Z tym, że one jakby stanowią inny rodzaj sprawy, prawda? I główny inspektor farmaceutyczny przedsięwziął wszystkie czynności przewidziane prawem. Czyli jeżeli dostał doniesienie o działaniach niepożądanych, wydał decyzję o wycofaniu tego leku z obrotu na terenie całego kraju i lek został wysłany do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Po otrzymaniu wyników dwukrotnych badań, które nie potwierdziły złej jakości, preparat został dopuszczony do obrotu.

Była też prowadzona doraźna, bardzo krótka inspekcja farmaceutyczna w Jelfie, raport z niej oczywiście został sporządzony i tam także były niezgodności. Natomiast takiej niezgodności, o której mówimy, o której wszyscy wiemy, inspektorzy nie stwierdzili, bo jej wtedy nie było. Błędy są po prostu powodowane przez ludzi. Może być tak, że sytuacja jest bardzo dobra, a po wyjściu inspektora ktoś się pomyli – chciałabym, żebyście państwo mieli tego świadomość. I decyzja podjęta przez głównego inspektora 31 października, wycofująca produkt z obrotu, została podjęta po otrzymaniu z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego informacji o tym, że w fiolkach jest coś innego zamiast corhydronu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak rozumiem, zabrakło tam tego aspektu działania inspektora i za to, jak rozumiem, został ukarany? Zabrakło tego szerszego oddziaływania na potencjalnych użytkowników, czyli tego wszystkiego, co stało się przedmiotem działania ministra.

Pan senator Ślusarz, bardzo proszę.

Senator Rafał Ślusarz:

W jakiejś mierze poprę tę wypowiedź, gdyż rzeczywiście z lekiem o tej nazwie się nie spotkałem, natomiast z tym produktem, który jest zawarty w tej ampułce, bardzo często, bo jest to lek podawany umierającym pacjentom. I odpowiedź, czy ten lek zaszkodził, czy tylko nie pomógł, jest bardzo trudna.

Chciałbym natomiast doprecyzować pytanie, które zadałem wcześniej. Zabezpieczono tysiąc sześćset ampułek. Czy udało się znaleźć państwu chociaż jedną ampułkę, w której nie było corhydronu, a było napisane, że jest to corhydron? Czyli może państwo nie zbadali tego? Tego nie wiemy, ale powiedzmy, że w tej chwili nie ma takiej ampułki...

(Głos z sali: Jedna jest. Ta, która uruchomiła procedurę.)

Czyli tylko jedna. I później już żadnej nie znaleziono.

(Głos z sali: Później rzeczywiście znaleziono substancję nietożsamą, w całości inną, przeprowadzono badania i okazało się, że jest to...)

I drugie pytanie. Czy z tej serii, co do której są podejrzenia, że była zanieczyszczona, znajdowano w ampułkach corhydron?

Główny Inspektor Farmaceutyczny

Zofia Ulz:

Tak, w tej serii znajdowano oczywiście corhydron.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy są jeszcze w tej sprawie pytania? Czy pan senator chce tutaj podzielić się jakimiś wnioskami odnośnie do tego punktu, czy tylko, jako inicjator, poinformować?

Senator Rafał Ślusarz:

Proszę państwa, oczywiście ma to szersze tło w związku z tym, że z punktu widzenia Jeleniej Góry na ocenę tego zjawiska wpływa zatrzymanie produkcji. Tysiąc pracowników plus ich rodziny i jeszcze kampania wyborcza zderzają się z tym, co dzieje się w mediach. W nich jest odwrotny kierunek, wręcz jest napędzana taka konkluzja: zamknąć, zbombardować i niech już więcej taka fabryka nie funkcjonuje. Chciałem tylko uzupełnić swoją wiedzę na ten temat. I nie sądzę, żebyśmy w tej chwili byli na etapie konkluzji, prawda?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Najbardziej niepokojący dla senatora z tego okręgu musi być fakt, że Jelfa wrogo podchodzi do inspekcji, która przecież zawsze jest inspekcją wspierającą. Każda

kontrola musi być pojmowana jako działanie wspierające, a nie działanie – jak to powiedzieć? – represyjne. Przecież wnioski z kontroli to jest próba sanacji, niczego innego. Tak więc to mnie zdumiewa. Muszę powiedzieć, że najbardziej zaniepokoił mnie w wystąpieniu pani minister sposób, w jaki potraktowano inspektorów.

Bardzo proszę, pan minister jeszcze chciał zabrać głos.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Przed chwilą brałem udział w debacie sejmowej i jeden z posłów zapytał, co rząd zamierza zrobić, żeby odbudować wizerunek firmy. Oczywiście, wizerunek firmy musi być odbudowany przez tę firmę, bo to nie rząd będzie go odbudowywał. Ten wizerunek może być natomiast odbudowany tylko wtedy, kiedy będzie pełna i znakomita kooperacja z głównym inspektorem farmaceutycznym, który będzie nośnikiem informacji: „Leki Jelfy są bezpieczne. Czuwamy nad tym. Jest pełna kooperacja i znakomita współpraca z zarządem tej firmy”. Taka informacja jeszcze do nas nie dotarła, a informacja o tym, jak potraktowano inspektorów, mnie też zmroziła. Dlatego przykro mi to powiedzieć, ale według mojej oceny – nie jako ministra zdrowia, ale jako człowieka – nie rokuje to dobrze na przyszłość.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Panie Prezesie, tylko proszę króciutko.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Ryszard Golański:**

Ryszard Golański, Naczelna Rada Lekarska.

Jedno praktyczne pytanie. Traf chce, że dwa alternatywne preparaty w stosunku do tego wycofywanego produkuje również Jelfa; mówię tutaj o fenicorcie i solumedrolu. Czy jesteśmy przygotowani na to, żeby poprzez import lub zwiększoną produkcję w innych placówkach dostarczać stosowną ilość sterydów na rynek?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Tak, oczywiście. Jak państwo wiecie, w pierwszych kilkunastu godzinach był już uruchomiony transport zamiennika. Do tej pory, o ile pamiętam, rozdysponowaliśmy sześćdziesiąt osiem tysięcy ampulek. W tej chwili jest uruchomiony kolejny transport. Tak więc nie zdarzy się sytuacja, żeby zabrakło na rynku preparatów sterydowych.

Oczywiście mamy pełną wiedzę, że ten preparat jest produkowany w Polsce także przez ICN Polfa Rzeszów SA, tak więc oczywiście nie jest wielkim problemem zwiększenie jego produkcji. Aczkolwiek muszę powiedzieć, że moją intencją jest to, żeby rzeczywiście jak najszybciej Polfa tę produkcję uruchomiła i żeby ta produkcja była dobra, wiarygodna i żeby ten rynek nie został zajęty przez innego konkurenta. To jest jednak firma, która daje ogromną ilość miejsc pracy.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Mówisz o Jelfie?)

Mówię o Jelfie, oczywiście. Natomiast tutaj po prostu musi być rzeczywiście bardzo dobra współpraca. Na dzień dzisiejszy zużycie preparatów sterydowych tego typu jest w pełni monitorowane, bo jest ich rzeczywiście bardzo dużo. Chcę powiedzieć, że kiedy zaistniała sytuacja kryzysowa, natychmiast mieliśmy informację o tym, że na rynku są zamienniki. Solumedrolu nie brakowało, były jego spore zapasy w hurtowniach. To, co zostało zrobione w pierwszych kilku godzinach, solumedrol pojawił się na tacach przeciwwstrząsowych u pielęgniarek środowiskowych we wszystkich zakładach pracy. Tak że na szczęście była możliwość pełnego *back up'u* i cały czas mamy takie poczucie zabezpieczenia. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy jeszcze pytania w tej sprawie? Nie widzę chętnych.

Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do następnego punktu.

Proszę państwa, wracamy do informacji Narodowego Funduszu Zdrowia na temat finansowania opieki długoterminowej. Króciutko.

Bardzo dziękuję pani minister za obecność. Obyśmy spotykali się w okolicznościach znacznie przyjaźniejszych niż dzisiejsze. Bardzo dziękuję za podjęte działania. Dziękuję.

Szanowni Państwo, wprowadziliśmy ten punkt do porządku między innymi dlatego, że do senatorów docierają informacje, iż proces przekształcania łóżek krótkoterminowych w długoterminowe został zatrzymany na poziomie, który jest daleki od oczekiwanych proporcji pomiędzy łózkami ostrymi i łózkami długoterminowymi. Z tych informacji, jakie do nas napływają, wynika, że zasadniczą tego przyczyną jest bardzo niska wycena procedur w tych zakładach. Powoduje to – biorąc jeszcze pod uwagę, że zmieniono zasady finansowania świadczeń w domach pomocy społecznej i rodziny chętniej korzystają z ZOL i ZPO niż z DPS, bo tam są inne zasady odpłatności – że te zakłady stały się takim zapasowym miejscem wykonywania usług o charakterze głównie opiekuńczym, a mniej leczniczym.

Chcieliśmy na ten temat porozmawiać również dlatego, że trend demograficzny, czyli wydłużanie się okresów życia, coraz większy odsetek populacji w wieku sześćdziesiąt pięć plus, zwiększa zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. I tutaj strategia Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie przejściowym – bo wiem, że jednocześnie rząd pracuje nad ustawą o ubezpieczeniach opiekuńczych – może zwiększyć strumień pieniędzy na ten cel. Jest jednak pytanie: jak z perspektywy Narodowego Funduszu Zdrowia oceniacie państwo sytuację w tym segmencie opieki i co fundusz robi, żeby oddziały opiekuńcze w szpitalach nie były zamykane. Chodzi o to, żeby w jakiejś mierze wzmocnić ten sektor, który z pewnością będzie odgrywał coraz istotniejszą rolę w procedurach leczniczych.

Bardzo proszę pana prezesa o zabranie głosu.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Za chwilę poproszę pana dyrektora Kosowskiego, który na co dzień zajmuje się tym problemem w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, o to, żeby w sposób syn-

tetyczny przybliżył państwu tę szczegółową informację wraz z krótką oceną. Ważne jest, żebyśmy mogli nie tylko mówić o ocenach czy przekonaniach, ale i o pewnych danych ilościowych, które pokazują, czy rzeczywiście mamy do czynienia z trendem ubytku świadczeń z zakresu opieki długoterminowej. W tym roku przed rozpoczęciem kontraktowania świadczeń, czy też aneksowania umów wieloletnich, uczestniczyłem w spotkaniach ze wszystkimi dyrektorami oddziałów. I od większości dyrektorów słyszałem deklaracje, że dla nich priorytetem jest opieka długoterminowa między innymi dlatego, bo chcieliby odciążyć szpitale tak zwane ostre, w których pacjent w tym kontekście trochę społecznym, trochę opiekuńczym, ale też przewlekłym, terapeutycznym nie jest pacjentem pożądanym. Taką tendencję prezentowali dyrektorzy.

Inną kwestią jest rzeczywiście podaż tych świadczeń. Ze strony tych dyrektorów często padały skargi na to, że są takie subregiony, gdzie nie mogą zakontraktować świadczeń, bo nie ma ich podaży. Oczywiście odpowiedzią może być „za mało państwo płacicie, w związku z tym nie ma tej podaży”. Skądinąd jednak wiemy też z materiałów – które notabene otrzymaliśmy z Senatu po konferencji dotyczącej opieki długoterminowej – że są ogromne różnice w tradycji pomiędzy regionami. I to z trudnością da się wytłumaczyć, jeśli zważymy, że w skali kraju mamy jednolity sposób podejścia do tej opieki. Są i takie regiony, gdzie po prostu dostępność do tego typu świadczeń jest bardzo niewielka.

Bardzo proszę pana dyrektora Kosowskiego o zabranie głosu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zanim pan dyrektor zabierze głos, chcę powiedzieć, że materiał, który dostaliśmy, a zwłaszcza jego synteza, nie bardzo pozwala nam się odnieść do skali zjawiska. Brakuje tu jakichkolwiek informacji na temat tendencji, mamy tylko suche dane z roku 2005. Krótko mówiąc, to jest materiał nie najlepiej przygotowany dla nas. Liczba tabel, które tutaj mamy, też za bardzo nie przekłada się na możliwość odpowiedzi na pytanie, czy rzeczywiście coś, co jest zadaniem rządu, mianowicie wypracowanie w Polsce modelu opieki długoterminowej, jest dobrze wspierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

**Dyrektor Departamentu do spraw Służb Mundurowych
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Arkadiusz Kosowski:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Chcę to przedstawić pokrótce, bo oczywiście jest to, jak pokazaliśmy, informacja bardzo syntetyczna, jest tu odniesienie w stosunku do poszczególnych lat. Rok 2004 w stosunku do roku 2005 to wzrost nakładów o przeszło 8,8%. Natomiast jeśli chodzi o lata 2005–2006, ten wzrost nakładów jest niewielki. Jest to spowodowane tylko i wyłącznie sytuacją w NFZ, która jest zdeterminowana koniecznością pokrycia należności wynikających z podwyżek. W związku z tym należy przyjąć, że poziom nakładów został utrzymany na poziomie roku 2005.

Jeśli chodzi o liczbę świadczeniodawców – mówimy tutaj o podmiotach, które miały kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia – w roku 2004 było ich dziewięć-

ciuset sześćdziesięciu dwóch; w roku 2005 – tysiąc dwudziestu jeden; w roku 2006 jest to liczba zbliżona do tej z 2005. Co do roku 2007 nie mamy jeszcze pełnej informacji w tym zakresie, jesteśmy w trakcie postępowania konkursowego. Co do realizacji tych świadczeń, w poszczególnych latach utrzymuje się ona na poziomie planu finansowego. I we wszystkich w oddziałach wojewódzkich, w których te realizacje są przekraczane, dyrektorzy oddziałów podejmują działania zmierzające do tego, aby w ramach posiadanych środków dokonywać przesunięć i bilansować te świadczenia.

Mamy pełną świadomość, że oczekiwania środowiska co do nakładów na tę dziedzinę są większe. Gdyby nie było tegorocznych zobowiązań, wynikających z przepisów ustawowych, to z pewnością Narodowy Fundusz Zdrowia, o czym tutaj wspominał pan prezes, zwiększyłby te nakłady; tym bardziej, że w wielu oddziałach wojewódzkich jest deklaracja ich dyrektorów, uznająca te świadczenia za preferencyjne. Obecny stan finansów nie daje tu NFZ możliwości wielkich manewrów.

Jak kształtują się stawki w poszczególnych zakresach? Tutaj należy powiedzieć, że opieka długoterminowa ma jakby dwa obszary: obszar opieki długoterminowej i obszar opieki paliatywno-hospicyjnej. Kontraktujemy różne rodzaje świadczeń na podstawie kodów rozporządzenia przypisanych do tych świadczeń. I ceny tych świadczeń, mówię o średnich stawkach, kształtują się od 48 zł w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci do 231 zł w ośrodkach dla dzieci wentylowanych mechanicznie. Oczywiście w różnych obszarach te stawki są inne, bo podałem stawki średnie. Jeżeli państwo życzą sobie, my to po prostu uzupełnimy i doślemy jako dodatkową informację.

Mamy pełną świadomość oczekiwań środowiska. Należy przyjąć, że w opiece długoterminowej na cenę usługi składają się dwie rzeczy: to, co płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, i to, co płaci pacjent. Do sytuacji, jaka pojawiła się w domach pomocy społecznej i w zakładach opiekuńczo-leczniczych odnosimy się z troską. Coraz częściej mamy sygnały, wpływają do nas w tej sprawie pisma, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia traktował domy pomocy społecznej jak zakłady opiekuńczo-lecznicze i finansował tę usługę. Ze względu na obowiązujące prawo nie możemy traktować domów pomocy społecznej jak zakładów opiekuńczo-leczniczych, bo nie są to zakłady opieki zdrowotnej. W związku z tym nie mamy podstaw do takiego finansowania.

Wiemy również o różnorodności wyceny tych świadczeń, natomiast stan bieżący finansów NFZ nie daje nam pola do zbyt wielkiego manewru. Nie mamy możliwości, aby w pełni zmienić tę sytuację, pomimo, że ta kwota rokrocznie, relatywnie do lat minionych, jest zwiększana. W tej chwili nie występują znamienne dla przeszłości kolejni oczekujących na te świadczenia. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Istnieje pewien problem, trudny do rozwiązania w Polsce, a niełatwy także i w całej Europie. Byłem świadkiem dyskusji, jaka toczyła się w Wielkiej Brytanii. Tam po decyzji narodowego funduszu zdrowia albo pokrywa się koszty opieki długoterminowej, albo, po uznaniu, że dany człowiek wymaga już tylko i wyłącznie tak zwanej opiekuńczej troski, finansuje się ją ze środków delikwenta. Jeśli natomiast podlega on NHS, to jest przez niego finansowany. Pokazywano domy, w których była prowadzona opieka terminalna nad niedołącznymi – i ta niefinansowana przez NHS, i ta finansowana przez NHS. I okazywało się, że regionalnie decyzje były podejmowane na

podstawie całkowicie dowolnych kryteriów. Konkluzja była tam taka, że musi nastąpić ujednoczenie zasad orzekania i trzeba wypracować jedną formułę. Ona jest w Wielkiej Brytanii o tyle ważna, że środki na pokrycie kosztów opieki długoterminowej, niefinansowanej przez NHS, były rekrutowane z majątku, a więc sprzedawano domy, co powodowało protesty rodzin obdzieranych z tych, że tak powiem, dóbr.

Mówię to w kontekście tego, że w tej chwili też mamy system, w którym rodziny są obciążane, czego nie ma w naszych ZOL i ZPO, bo tutaj zostaliśmy przy starych przepisach, że można pobrać 75% na koszty utrzymania, natomiast reszta jest dofinansowywana z budżetu. W DPS jest już inaczej, tam jest alimentacja.

Myślę, że jest to przyczyna, dla której ujęliśmy ten punkt. Przy okazji jest także pytanie do pana ministra, jak posuwają się prace zespołu do spraw opieki długoterminowej, czy coś panu ministrowi na ten temat wiadomo? Tu jest bowiem problem koordynacji. Z jednej strony są ogromne wyzwania demograficzne, wynikające z tego, że się starzejemy, że zmienia się model rodziny, bo coraz więcej mamy rodzin bezdzietnych, a także rodzin singlowych, coraz więcej jest też osób samotnych, które pewnie będą wymagały pomocy instytucjonalnej. I w związku z tym jest pytanie, jak to wygląda. Wiem, że powołano zespół międzyresortowy, w każdym razie taka była jedna z konkluzji naszej konferencji poświęconej opiece długoterminowej, na którą – z czego bardzo się cieszę – powołał się pan prezes Grabowski.

Bardzo bym prosił pana ministra o odpowiedź.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Zespół został powołany przez pana ministra Religę kilka miesięcy temu, współprzewodniczy mu pani profesor Wilmowska. Tak naprawdę można powiedzieć, że prace tego zespołu dobiegają końca, praktycznie jest gotowy dokument, nad którym będzie można procedować. On jest jeszcze w tej chwili w resorcie, nie wpłynął jeszcze do kierownictwa resortu zdrowia, natomiast te prace zostały w jakiejś mierze podsumowane wewnątrz zespołu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy to jest zespół także z udziałem ministra pracy?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Tak, tak.*)

To znaczy, jak mi zgłaszano, jest to zespół międzyresortowy.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Jest to zespół międzyresortowy, międzybranżowy, również w jego pracach bierze udział bardzo wiele instytucji społecznych, czyli wszyscy ci, którzy biorą udział w szeroko rozumianej opiece długoterminowej. Oczywiście wiecie państwo, że dorobkiem tego zespołu jest ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, tak więc wymiar tego jest zupełnie nadzwyczajny. Idziemy drogą holenderską i niemiecką, chcemy, żeby

rzeczywiście jakimś nieodległym czasie ubezpieczenia opiekuńcze, *Pflegeversicherung*, weszły w życie.

Mamy oczywiście sporą liczbę podmiotów temu niechętnych, głównie Ministerstwo Finansów, które mówi, że jest to kolejna fiskalizacja państwa. Ale, na Boga, bez pieniędzy nie zagwarantujemy właściwej opieki nad ludźmi, którzy się dramatycznie w Polsce starzeją. Wiadomo, jakie są trendy demograficzne. I ktoś, kto tych działań nie podejmie teraz, później rzeczywiście zapłaci znacznie więcej. Tym bardziej, że ta ustawa oczywiście będzie musiała mieć bardzo precyzyjne wyliczenia finansowe, bo według mojej oceny może tutaj też nastąpić absolutny balans. Jest to bowiem generowanie miejsc pracy dla całego dużego sektora, który się pojawi, chodzi o wytwórstwo sprzętu pomagającego osobom starszym. Tak było w Niemczech. Poza tym nie jest to też kwestia wyłącznie transformacji łóżek szpitalnych, bo opieka długoterminowa to jest w dużej mierze opieka w domu, to jest dobrze zorganizowane miejsce, to jest cały system wsparcia. To jest też budowa ośrodków, w których ludzie czują się jak u siebie w domu, a zarazem są pod pewną kontrolą, prawda? W wielu krajach na świecie tak to w tej chwili funkcjonuje, a my musimy do tego dojść.

Rzeczywiście ten zespół nie zmarnował ani chwili, choć trudno mi powiedzieć, kiedy będziemy nad tą ustawą procedować. Ona zresztą na pewno będzie miała długie *vacatio legis*, bo nie ma mowy o tym, żeby był to rok 2007. Wiem, że pani premier Gilowska może wyrazić zgodę, żeby ona weszła w życie, powiedzmy, w 2008 r., czy pod jego koniec, ale to też jest związane i z finansami państwa, i z bardzo skomplikowanym procesem legislacyjnym.

Jeżeli to zostanie bardzo precyzyjnie policzone, jeżeli będziemy mieli dane holenderskie i niemieckie, to jestem przekonany, że nad tą sprawą będziemy procedować jeszcze w tej kadencji Senatu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy państwo macie jakieś pytania? Nie ma chętnych.

Bardzo proszę, pan wiceprzewodniczący Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Nie wiem właściwie, do kogo skierować pytanie, czy do pana, czy do pana ministra. Mamy tutaj podane dane o liczbie zakontraktowanych punktów i ilości środków na to przeznaczanych. Chodzi mi o to, czy pod tym kryje się większa liczba łóżek, czy mniejsza, a także o to, ile w liczbach bezwzględnych przypada ich na dziesięć tysięcy mieszkańców.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Myślę, że to jest pytanie do szefa NFZ.*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, to pytanie do szefa NFZ, bo oni mają rozeznanie, ile jest zakładów i łóżek w tych zakładach. Tak czy tak, dane, które państwo podali, dowodzą, że trend rosnącej

różnicy pomiędzy zapotrzebowaniem a skalą przekształceń został zatrzymany. Sami to widzicie, jest tak i w nakładach, i w tempie przekształceń, zwłaszcza jeśli poważnie traktuje się zalecenia dotyczące proporcji pomiędzy ilością łóżek długoterminowych a ilością łóżek ostrych.

Nie taję, że najbardziej ucieszyło mnie w wypowiedzi pana ministra Religi to, że jest on przeciwny zamykaniu szpitali. Mogę tu ujawnić, że na początku jego kadencji spotkałem się z panem ministrem, mówiłem o niewykonalności projektu zamykania szpitali, radziłem konsolidację. Bowiem konsolidacja szpitali jest ogromną okazją do tego, żeby uzyskać prawidłowe proporcje pomiędzy łózkami ostrymi i przewlekłymi, i nie tworzyć czarnych dziur tam, gdzie funkcjonują małe szpitale.

Wracamy do pytania, jakie zadał pan senator Karczewski, a które tylko trochę podbudowałem.

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Ponieważ bezpośrednio tym tematem zajmuje się pion mundurowy, za chwilę poproszę o konkretne dane pana dyrektora. Chcę natomiast powiedzieć, proszę państwa, że w tym aspekcie odpowiedź będzie dość monotonna. Ona wcześniej dotyczyła onkologii, a teraz mówimy o opiece długoterminowej. Może jeszcze dzisiaj odpowiem, dlaczego w roku przyszłym nie podnosimy stawek w ratownictwie. Otóż w tym roku ruchem tak zwanym średniopodwyżkowym wszędzie podnieśliśmy te stawki o 12%. I w zasadzie tak to wydrenowało system Narodowego Funduszu Zdrowia, że na wszelkie pytania typu, dlaczego nie kupiliście czegoś więcej, niestety będzie taka sama odpowiedź: podwyżki.

Chcę powiedzieć, że dla nas było to zjawisko bardzo namacalne, ponieważ przygotowaliśmy w tym roku dwa plany zakupów. Jeden taki, gdzie tych 12% było przeznaczonych na świadczenia. I rzeczywiście były tam pewne priorytety, i rzeczywiście był zaplanowany między innymi wzrost w opiece długoterminowej – mogę gwarantować swoją głową, że tak było. Po czym, niestety, wszystkie te pieniądze zostały z tych planów zakupów wycofane i przeznaczone na podwyżki. W związku z tym po prostu rzeczywiście obserwacja, że nie ma większej dynamiki i być nie może, jest słuszna, po prostu nie ma większych środków.

Podwyżka oznacza wzrost ceny, tylko wpisany nie wprost, ale obok wypłacanych pieniędzy. Prawdopodobnie wzrost cen nastąpi również, jeśli nie będzie kontynuacji tego systemu, tego, że pieniądź płynie równolegle do kupowania świadczeń zdrowotnych. Wtedy te pieniądze prawdopodobnie w przyszłości powiększą ceny świadczeń. W każdym razie tak to należy traktować. Czyli wzrost ceny nastąpił średnio o 12%, nie pamiętam dokładnie o ile w opiece długoterminowej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

A macie statystykę łóżek?

(*Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski: Bardzo proszę, Pani Dyrektor...*)

Nie, możecie nam to przesłać na piśmie, po prostu niekoniecznie musimy usłyszeć o tym na komisji, bo rozumiemy, że nie na każde pytanie państwo muszą koniecznie odpowiadać. Prosilibyśmy natomiast o te dane na piśmie.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Przede wszystkim kupujemy świadczenia medyczne, a więc kwestia łóżka jest rzeczą wtórną. Przygotujemy tę informację i przedstawimy ją państwu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Nie widzę więcej chętnych do zadania pytań w tej części.

Wobec tego, przystępujemy do następnego punktu.

Bardzo proszę, tylko króciutko. Proszę się przedstawić.

**Konsultant Krajowy
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych
Elżbieta Szwałkiewicz:**

Elżbieta Szwałkiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych.

Chciałabym te szare cyfry przenieść na życie. Ostatnio media atakują nas obrazem opieki długoterminowej, a niedoszacowanie stawki w opiece długoterminowej – i mówię to z pełną świadomością, na podstawie rzetelnych kilkuletnich wyliczeń w wielu zakładach – jest rzędu ponad 50%. W systemie ochrony zdrowia nie ma drugiego takiego przykładu. To jest jedna kwestia.

Oprócz tego druga część świadczeń, świadczeń niezdrowotnych, jest finansowana przez pacjenta. To świadczenie nie jest świadczeniem zdrowotnym i nie jest finansowane ze środków publicznych, tylko z prywatnych, a zostało ono wpisane w ustawę o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, na skutek tego świadczeniodawcy narzucono kolejne niedoszacowanie, rzędu 15–20%. Przychody ludzi są bowiem bardzo niskie, często w zakładach leżą pacjenci z rentami socjalnymi i swoją wpłatą nie pokrywają nawet kosztów obiadów, nie mówiąc o reszcie. Ponadto na zakłady opieki długoterminowej ustawa ta narzuciła zadania szpitalne, łącznie z opłatą wysokich kosztów konsultacji specjalistycznych, nie mówiąc już o innych kosztach.

I mam tu wielką prośbę. Ponieważ temat jest dość skomplikowany, a także przekłada się na to, że pacjenci giną z głodu i z powodu zaniedbań pielęgnacyjnych – dzieją się rzeczy naprawdę drastyczne, podlegające pod prokuraturę – bardzo proszę pana przewodniczącego, panie i panów senatorów o spowodowanie, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia chciał razem z nami pochylić się nad rzetelnymi kosztami. Bowiem ustawa pielęgnacyjna wejdzie najwcześniej za trzy lata, a już nie można dłużej dźwigać tego niedoszacowania. Zabiegałam o to u poprzednich kolejnych prezesów i zawsze, tak jak pan prezes przed chwilą powiedział, coś się wydarzało: a to kwestia braku w onkologii, a to podwyżki, a to kardiologia. I ciągle gdzieś ta opieka długoterminowa była odstawiana na bok.

Ja tylko apeluję o to, żeby Narodowy Fundusz chciał z nami policzyć rzetelnie te koszty. Jest to niezwykle proste do policzenia, wystarczy na to tydzień.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pani chce zabrać głos, bardzo proszę.

**Prezes Stowarzyszenia Organizatorów
i Promotorów Opieki Długoterminowej
Grażyna Śmiarowska:**

Grażyna Śmiarowska. Jestem dyrektorem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, jestem też prezesem ogólnopolskiego stowarzyszenia zakładów opieki długoterminowej. Bardzo dziękuję państwu za zaproszenie.

Powiem krótko, naprawdę od wielu lat zabiegamy o debatę publiczną na temat opieki długoterminowej. Mamy całe mnóstwo problemów, które narastają. Pokusiłabym się o opinię, że w tej chwili, jak powiedziała pani konsultant, sytuacja w opiece długoterminowej jest drastyczna. Naprawdę tak jest.

Mamy problemy legislacyjne, bo po pierwsze nie ma w ogóle definicji, co to znaczy opieka długoterminowa. Tak naprawdę jest tylko definicja, powiedzmy, obiegowa. Poza tym prawdziwą sytuację opieki długoterminowej bardzo mocno zaciemnia – przepraszam, ale muszę to powiedzieć – opieka paliatywna, ponieważ generalnie łączy się te dwa, jak tu pan powiedział, obszary. A poziom stawki, jaką proponuje Narodowy Fundusz Zdrowia jest tak duży, że rzeczywiście w tych sprawozdaniach, które państwo macie tutaj, nie widać tego, jak bardzo sytuacja jest dramatyczna.

Ponadto jest kwestia niedofinansowania. Prowadzę moją placówkę od sześciu lat i naprawdę jestem w stanie nawet dzisiaj pokazać państwu rzeczywiste koszty świadczeń w opiece długoterminowej. I chcę też panu powiedzieć, że to nieprawda, że nie ma kolejek, i nieprawda, że nie ma podaży odpowiedniej do sytuacji, tylko ciągle mamy pecha. Rzeczywiście mamy ciągle pecha, bo priorytety ustawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia spychają nas coraz bardziej w szary obszar. Dziękuję.

**Dyrektor Departamentu do spraw Służb Mundurowych
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Arkadiusz Kosowski:**

Znaczy w sporej części zgadzamy się z panią konsultant. Zresztą pani wniosek, dotyczący rozdzielenia tych zakresów świadczeń – mówimy o opiece długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej – był popierany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To wymaga jednak zmian legislacyjnych, to nie jest taka prosta sprawa.

Jeśli chodzi o poszczególne zmiany zasad kontraktowania świadczeń, kwalifikowania pacjentów, to Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest głuchy na sygnały, co widać w konkursie na rok 2007, ponieważ uwagi pani konsultant w sporej części były uwzględniane. Oczywiście, jak to w życiu bywa, jeżeli o coś chodzi, to chodzi o pieniądze. Priorytety są, o tym wspominał pan prezes, natomiast na dzień dzisiejszy trudno jest zrealizować oczekiwania. Jesteśmy gotowi do współpracy i rozmów na temat

rachunku kosztów. Od tego fundusz nie ucieka. Wspominał wcześniej pan prezes, że w onkologii była podjęta podobna próba ze świadczeniodawcami, tak więc również i tu, w kwestii opieki długoterminowej, deklarujemy gotowość współpracy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję za tę deklarację.

Bardzo bym prosił panie reprezentujące ten pion, a obecne dzisiaj na posiedzeniu komisji, o ewentualne raportowanie nam skutków tego przedsięwzięcia. Myślę, że jako komisja będziemy przyglądali się temu procesowi, zwłaszcza, że jest to trudne zadanie. Rozumiemy tutaj sytuację tych dramatycznych zapóźnień w sferze ochrony zdrowia, którym rząd próbuje teraz stawić czoła.

Czy są jeszcze inne wnioski w tej sprawie?

Jeśli nie, to kończymy pracę nad tym punktem porządku.

Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie stanu ratownictwa medycznego na dziś. Zwłaszcza, że niedługo, za miesiąc z niewielkim okładem...

Widzę, że uczniowie, nasi obserwatorzy wychodzą...

(Głosy z sali: Dziękujemy.)

Bardzo proszę. Do widzenia.

Niedługo nastąpi uruchomienie systemu ratownictwa medycznego. Pan minister przygotował nam informację pisemną.

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Bardzo dziękuję.

Panie Przewodniczący. Panie i Panowie Senatorowie...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Widzę, że państwo z NFZ wychodzą.

Dziękuję państwu.

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Panie i Panowie Senatorowie!

Mam przyjemność przedstawić państwu informację ministra zdrowia dotyczącą uruchomienia systemu ratownictwa medycznego. Myślę, że materiał jest w miarę wyczerpujący, został on przedstawiony państwu na piśmie. Ze swojej strony chcę powiedzieć, że tym, co jest najbardziej istotne dla implementacji systemu, są przede wszystkim pieniądze. I te pieniądze w budżecie są, można to sprawdzić, przeznaczono na to prawie 1 miliard 200 milionów zł.

Dodatkowo, aby móc implementować tak istotną ustawę, muszą być gotowe akty niższego rzędu, czyli rozporządzenia i obwieszczenia. Na naszej stronie interne-

towej można prześledzić, że pracujemy systematycznie i – według mojej oceny – na dzień dzisiejszy nie ma żadnego zagrożenia, że rozporządzenia, które są delegacją do tej ustawy, nie wyjdą w przewidywanym czasie.

Chcę państwu powiedzieć, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym wchodzi w sposób bardzo ewolucyjny. Ewolucyjny, bo 1 stycznia nie będzie gwałtownych zmian. 1 stycznia za budżetowe pieniądze Narodowy Fundusz Zdrowia kupi świadczenia zgodnie z planem przygotowanym przez wojewodów – i tu wiele się nie zmieni. To, co istotnie się zmieni...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A są te plany wojewodów?)

Tak, oczywiście. Wojewodowie mają obowiązek przedkładać je ministrowi zdrowia. Plany wojewódzkie przychodzą do nas już w czerwcu, my je analizujemy i zatwierdzamy. Tak więc ta sytuacja już dawno miała miejsce, te plany oczywiście były już podczas prac nad tą ustawą i na ich podstawie będą kontraktowane świadczenia zdrowotne. Część aktów niższego rzędu stanowią obwieszczenia, które nie wymagają konsultacji zewnętrznych i tak naprawdę mogą być implementowane do systemu prawa w momencie, kiedy zostaną podpisane przez ministra zdrowia.

Najbardziej istotne jest to, żeby przy implementacji tej ustawy nie było woluntaryzmu. Chcemy, żeby nasze intencje, które są oczywiście zapisane w prawie, były interpretowane w sposób jednoznaczny. I do takiej interpretacji jest potrzebny właściwy przekaz. Opracowaliśmy opis wszystkich działań, które powinny zostać podjęte przez wojewodę – taki „manual” dla wojewodów – w tej chwili jesteśmy na etapie jego rozsyłania. Ten materiał jest gotowy i jeżeli państwo chcecie, to roześle go państwu mailem, bo też jest to istotne dla parlamentarzystów.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Prosimy, bardzo prosimy.)

Poproszę pana dyrektora Adamczewskiego, żeby jeszcze dzisiaj ten materiał przesłał.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pan wiceprzewodniczący też chce. Wszyscy chcemy.)

Tak, wyślemy te materiały wszystkim, dopilnujemy, żeby to do państwa dotarło.

Poprosiłem pana premiera Dorna, żeby zorganizować spotkanie dla wszystkich wojewodów i szefów oddziałów NFZ. W ciągu najbliższych dwóch tygodni chcemy się spotkać i pokazać dwa miejsca godne pokazania, to znaczy świetnie funkcjonujący CPR i Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego. Chodzi o to, żeby ci, którzy tego nie mają, zobaczyli na własne oczy, jak to funkcjonuje. Potem odbędzie się dyskusja.

Jesteśmy przekonani o tym – przynajmniej na dzień dzisiejszy mam taką wiedzę – że ze wszystkim zdążymy. I oczywiście z niepokojem będę patrzył, co wydarzy się 1 stycznia 2007 r., chociaż sam sobie obiecałem – a przede wszystkim obiecałem to swojej rodzinie – że jednak spędzę tego Sylwestra poza Warszawą, a nie na debatach z Porozumieniem Zielonogórskim. W związku z tym obiecałem sobie, że 1 stycznia zajrzę chociaż do najbliższej stacji pogotowia ratunkowego, nie powiem, gdzie to będzie, żeby zobaczyć, jak to tak naprawdę wygląda w rzeczywistości.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Do CPR czy do pogotowia ratunkowego?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Pójdę do pogotowia. Szampana nie wypiję, bo z profesjonalistami medycznymi 1 stycznia nie wolno niczego się napić, ale przynajmniej złożę życzenia kolegom lekarzom, ratownikom i pielęgniarce.

Bardzo istotne jest, żeby rzeczywiście przekaz do wojewodów był bardzo jednoznaczny, oni muszą zrozumieć nasze intencje. Teraz na szczęście mamy różne telefoniczne burze mózgów, ponieważ wojewodowie do nas dzwonią i pytają: a co jest? I po prostu dzięki temu wiedzieliśmy, co powinno być zawarte w tym tak zwanym manualu. I jeżeli będą dalsze pytania, oczywiście będziemy na nie odpowiadać.

Chcemy, żeby rzeczywiście pewne sytuacje, które były dobre w województwach, zostały zachowane, nie chcemy robić tutaj żadnych gwałtownych ruchów. Ta ustawa tak naprawdę zacznie w pełni działać w ciągu najbliższych kilku lat, a tym, co jest głównie do zrobienia, jest edukacja, więc liczy się to też w miesiącach i w latach. W tej chwili współpracujemy też z resortem edukacji narodowej. Jest tu kwestia rejestrów instytucji, które będą współpracowały z systemem, muszą być one prowadzone przez wojewodów, a to wymaga czasu.

Czy widzę zagrożenia? Rozumiem, że taka była intencja pytań pana przewodniczącego i państwa senatorów. Wydaje mi się, że nie, że wszystko to, co robiliśmy – cały czas podkreślałam tu słowo „ewolucja” – sprawi, że między 31 grudnia a 1 stycznia nie zdarzy się nic nadzwyczajnego: nic, co by mogło spowodować jakiegokolwiek zagrożenie dla pacjentów lub niewiedzę pacjentów. Będzie funkcjonował telefon 112. Na pewno któryś z dziennikarzy pokaże, że 112 akurat nie zadziałał w jakimś miejscu w Polsce, bo to się musi zdarzyć. Przykro mi to mówić, ale nasz system łączności jest tutaj, jaki jest i oczywiście dostanę za to 2 albo 3 stycznia tęgie baty. Ale zaryzęcam, że cała reszta numerów będzie funkcjonowała normalnie. W tej chwili z panią minister Streżyńską jesteśmy oczywiście na bieżąco, konsultujemy się i mamy pewne szanse, że to się dziennikarzom nie uda. Proszę jednak pamiętać o tym: że sieci telekomunikacyjne to nie jest tylko TP SA, to są też sieci telefonii komórkowej, to są nowe połączenia, to także możliwość połączenia się przez osoby, które nie widzą czy mają istotne zaburzenia ruchowe. Chodzi tu też o odbieranie faksów, o inne drogi dotarcia do pomocy.

Myślę, że ta ustawa pewnie nie jest doskonała, tak jak wszystko, co robią ludzie. Bo najsłabszym ogniwem tej ustawy są ludzie, po prostu ludzie. Komuś być może nie uda się uratować życia z powodu braku wiedzy, chociaż mam nadzieję, że taka sytuacja nie zaistnieje, na pewno w większości zdarzeń będą brać udział absolucyjni profesjonaliści. Ja mam do nich zaufanie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Jak rozumiem, jest taka filozofia ewolucyjna, natomiast czy mamy już jakieś informacje o tym, co wojewodowie zrobili? Czy oni raportują państwu stan przygotowań do przejęcia odpowiedzialności za system ratownictwa? Nie taję, że nie byłem i dalej nie jestem entuzjastą powierzenia tego zadania wojewodom, ale skoro już się stało, to chciałbym wiedzieć, czy wojewodowie podjęli działania organizacyjne, do których są zobligowani z racji takiego kształtu ustawy.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Pierwsze działania to podjęcie współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, bo działania planistyczne zostały podjęte już w czerwcu i zakończyły się sukcesem, to znaczy aprobatą. Nadzoruję ratownictwo medyczne i akceptuję wszystkie plany wojewódzkie, a wszystkie plany do nas dotarły.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, poproszę, żeby pan Jacek Grabowski powiedział, czy ma istotne problemy w kontaktach z wojewodami...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To jest aktywność wojewodów.)

...czy też z pełnomocnikami wojewodów.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Zostali powołani?)

Tak. To jest istotna informacja, ale gdyby to nie zadziało, to nie będzie żadnego problemu. Poprosiliśmy o powołanie pełnomocników, wszyscy wojewodowie to zrobili, nawet niektórzy powołali całe zespoły, niektórzy mniejsze, a niektórzy większe. Tak więc mamy pełną informację o tym, z kim w tej chwili możemy współpracować.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Bardzo proszę pana prezesa o ocenę. Ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia będzie wykonawcą, płatnikiem tego, co zgodnie z ustawą zostanie zawarte w planie, popieram w tej chwili propozycję, żeby pan prezes opowiedział nam o stanie przygotowań.

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Proszę państwa, jest tutaj szesnaście regionów, szesnaście praktyk; gdyby było siedemnaście, byłyby też siedemnaście. Otóż po prostu od początku w różnych regionach było bardzo różnie. W niektórych dyrektor oddziału porozumiał się natychmiast z wojewodą i z osobami odpowiedzialnymi za ten obszar i nie notowaliśmy tam i nie notujemy do dzisiaj żadnych problemów. Jednak w paru regionach doszło do pewnego bardzo elementarnego nieporozumienia, że skoro są dodatkowe duże pieniądze budżetowe, to znaczy, że może zostać znacznie zwiększony potencjał w zakresie ratownictwa. I takie oczekiwanie rozbudowywało się do momentu, kiedy wojewoda nie zorientował się, że ma za to płacić. Wtedy zwykle następowała zmiana w sposobie postępowania.

Jeśli chodzi o aktualny stan, proszę, Panie Dyrektorze, o krótkie résumé, bo zbieramy te informacje na bieżąco. To postępowanie jest wprawdzie opóźnione z powodu wejścia ustawy, ale jest już ono ogłoszone i chcielibyśmy wiedzieć, jak wygląda ono na poziomie planów.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu do spraw Służb Mundurowych
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Arkadiusz Kosowski:**

Dziękuję.

2 września Narodowy Fundusz Zdrowia, decyzją prezesa funduszu, ogłosił szczegółowe materiały informacyjne. Ze względu na zapisy ustawowe, gdzie gospodarzem postępowania i stroną jest wojewoda – a więc dla nas plany wojewodów są planami obowiązującymi – podjęliśmy działania zmierzające do tego, żeby porozumienie między dyrektorem oddziału wojewódzkiego a wojewodą miało w całej Polsce jednolity charakter i było akceptowalne przez dwie strony. Aktualnie te porozumienia zostały podpisane w większości województw. Bardzo dużą pomoc uzyskaliśmy ze strony Ministerstwa Zdrowia, wynikającą z powiadomienia wojewodów o wartościach świadczeń. I tutaj pięknie dziękujemy za wsparcie.

W tej chwili jesteśmy na etapie pozyskiwania ofert od świadczeniodawców. Mamy jeden problem, który, mam nadzieję, że w relacjach między wojewodą a oddziałem wojewódzkim NFZ będzie skorygowany. Mianowicie wojewodowie w swoich planach, o czym wspomniał pan prezes, przewidzieli tysiąc czterysta dwadzieścia zespołów wyjazdowych, a środki finansowe były planowane na poziomie kontaktów Narodowego Funduszu Zdrowia z roku 2006, który uwzględniał tysiąc trzysta osiemdziesiąt cztery zespoły. Tutaj wsparł nas pan minister pismem, stanowiskiem do wojewodów, żeby jednak podjęli działania zmierzające do pewnego ujednoczenia i przyjęcia takich wartości, żebyśmy w sposób bezpieczny i spokojny mogli zakontraktować świadczenia. Dzisiaj prowadzone są w oddziałach wojewódzkich uzgodnienia z wojewodami. Mam nadzieję, że terminy związane z postępowaniem konkursowym zostaną zachowane. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Czy są pytania w tej sprawie do pana ministra albo do pana prezesa?

Pan senator Okła, bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Dziękuję.

Mówię, że imponujący jest optymizm pana ministra i pasja, z jaką wypowiadała swoje słowa na temat ustawy. Podzielał tutaj zdanie pana ministra, że 1 stycznia nie powinno się nic złego wydarzyć, bo faktycznie jest to przeprowadzane na drodze ewolucyjnej. Podzielał też w pełni pogląd, że jest to ustawa niedoskonała i tutaj właśnie mam obawy, co dalej, w przyszłości, będzie.

Chcę przypomnieć tutaj przyrzeczenie pana ministra, że w bardzo krótkim czasie przystąpimy do nowelizowania tej ustawy i wprowadzenia pewnych poprawek, które wtedy były na komisji zaakceptowane – zresztą za zgodą rządu i komisji senackiej. Kiedy można byłoby się tego spodziewać? I jaką w związku z tym, mamy pewność, że te finanse, które są na rok 2007, nie będą mniejsze w latach następnych. Chciałbym, żeby pan minister, jeżeli można prosić, odpowiedział na te pytania. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Prosimy pana ministra o odpowiedź.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Dziękuję.

Druga część odpowiedzi jest dla mnie bardzo skomplikowana, bo te pytania nie powinny być skierowane do ministra zdrowia, tylko do ministra finansów. Jak państwo wiecie, głównym argumentem ministra finansów jest to, że budżetu nie można usztywniać, bo są pewne zasady jego tworzenia. I w tej chwili mamy budżet usztywniony prawie w 80% i w którymś momencie po prostu nie będzie już możliwości dalszej pracy nad budżetem, bo wszystko będzie usztywnione. Jestem jednak głęboko przekonany, że ministrowi finansów, obecnie pani premier, nie przyjdzie do głowy – przepraszam, bo nieelegancko to zabrzmiało – żeby cokolwiek zmniejszać, bo to nie jest w ogóle ta kategoria zdarzeń.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, nie, żeby cokolwiek zmniejszać, a probujemy zwiększanie.)

Tak jest, nie zmniejszać. Zwiększanie jest możliwe. Proszę też pamiętać o tym, że wojewodowie tak naprawdę mogliby mieć więcej pieniędzy, gdyby bardzo racjonalnie popatrzyli na rozmieszczenie zespołów wyjazdowych i rozważyli, czy potrzeba ich tyle, czy nie. Jednak w krajach zachodnich są trzy zespoły na sto tysięcy mieszkańców. Gdyby chcieć to u nas wprowadzić, natychmiast podniosłoby się larum. Pamiętajcie państwo, jak podniosło się larum, chociaż tak naprawdę z naszej strony było żadnego takiego zamiaru...

W tej chwili są ogromne dysproporcje w liczbie zespołów wyjazdowych na terenie różnych województw i należałoby się temu jednak przyjrzeć. Wojewodowie na szczęście spotykają się między sobą i mogą wymieniać informacje. I my też to będziemy pokazywać, będziemy pytać: jak to się dzieje, że u was jest tyle zespołów i to dobrze funkcjonuje, a u was jest więcej i to funkcjonuje źle? To jest też kwestia też pewnej logistyki rozmieszczenia tych zespołów. Tak więc wtedy może się nagle okazać, że w tym systemie jest całkiem dużo pieniędzy i że lepiej je wydać na inne rzeczy niż ratownictwo medyczne, prawda? Na przykład na lepsze finansowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Jeżeli chodzi o to, czy będziemy nowelizować ustawę, to oczywiście, tak. Ona jest niedoskonała i parę rzeczy można by w tej chwili zmienić. Jesteśmy z każdym dniem mądrzejsi, jesteśmy także mądrzejsi, i to w istotny sposób, po udziale w pracach senackich. I oczywiście przystąpimy zaraz do pracy. Zastanawiam się tylko, czyja to powinna być inicjatywa legislacyjna: czy ministra zdrowia, czy też Senatu? Państwo macie możliwości legislacyjne, a ja jestem otwarty na współpracę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Mamy możliwości legislacyjne. Rozważymy tę sugestię, rozważymy, ale dopiero na kolejnym posiedzeniu.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Wydaje mi się, że dobrze by było, żebyśmy może rozpoczęli te prace w I kwartale. Niech ten system zacznie pracować, wtedy będzie znacznie łatwiej. Bowiem, przepraszam za kolokwializm, grzebanie przy nim, czy konstruowanie czegoś jeszcze zanim on zacznie działać, rzeczywiście może być takim sypaniem piasku w tryby.

Oczywiście jesteśmy zawsze otwarci na współpracę. Na całym świecie tego typu ustawy zmieniają się, to jest pewna ciągłość, pewien proces. Pojawiają się nowe rzeczy, a my jesteśmy coraz mądrzejsi, mamy też nowe zagrożenia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Jeszcze jedno pytanie, dotyczące dyspozytorów medycznych, bo oni powinni być już zatrudniani przez wojewodę. Czy państwo macie w to wgląd? Czy są już planowane jakieś etaty? Dyspozytor medyczny jest w centrum zarządzania, które budowane przy wojewodzie. Nie wiecie jeszcze jak to wygląda?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Nie, jest jeszcze na to za wcześnie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest za wcześnie, tym niemniej śledzimy osoby, które zaangażowały się troszeczkę w ten system, bo rzeczywiście chcielibyśmy, żeby wszedł on miękko i stopniowo zwiększał bezpieczeństwo i szanse przeżycia ludzi.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Myślę, że jest to bardzo istotne, bo to niejako zobowiąże pana dyrektora Adamczewskiego. Muszą być już sporządzone grafiki tych „dyżurantów” wojewódzkich, żebyśmy 30 czy 31 grudnia, w okresie między świętami a Nowym Rokiem, z tym się zapoznali. I pan przewodniczący dostanie te informacje.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Czy są jeszcze pytania w tej sprawie?

Bardzo proszę, pan prezes.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Ryszard Golański:**

Oczywiście pytań jest mnóstwo. Nie podzielam tu optymizmu pana ministra, tym bardziej, że w pracy legislacyjnej nad tą ustawą nie zostały uwzględnione popraw-

ki zgłaszane przez różne środowiska, głównie przez osoby, które zajmują się ratownictwem medycznym. Mówię to z ubolewaniem, bo wiele poprawek, które na przykład przyjęła senacka Komisja Zdrowia, wróciło do Sejmu i nie zostało uwzględnionych. Mówię to z żalem.

Moje pytania są krótkie i konkretne. Pan minister powiedział, że to jest ewolucja, a jednak to będzie rewolucja. Środowiska ratownicze, wojewódzkie stacje ratownictwa medycznego, spodziewają się, że po wejściu w życie tej ustawy karetka pogotowia przestanie być przychodnią na kółkach, że będzie jeździła do tylko tych ludzi, których stan rzeczywiście będzie wymagał przyjazdu ekipy z ratownikami lub z lekarzami. I tu znowu jest rewolucja, bo proszę sobie wyobrazić, z jakim trudem do świadomości Polaków dotrze fakt, że jeżeli ofiara wypadku samochodowego będzie miała otwarte złamanie podudzia, to przyjedzie karetka bez lekarza, będzie w niej tylko ratownik medyczny.

W związku z tym pytanie do pana ministra: czy planujecie państwo przygotowanie akcji medialnej, która będzie informowała pacjentów o nowych zasadach, obowiązujących od 1 stycznia? Są tu dwa aspekty: pierwszy ten, o którym powiedziałem, czyli karetka tylko z ratownikiem, chodzi o powiedzenie, że nie ma tu zagrożenia, bo przyjedzie ratownik, osoba kompetentna.

I druga rzecz, niezwykle istotna – jak sądzę, nie bez kozery pan minister przywołał tutaj Porozumienie Zielonogórskie – mianowicie chodzi o realizację wyjazdowej nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, którą powinien realizować POZ, a tak naprawdę realizują ją w większości województw głównie wojewódzkie stacje ratownictwa medycznego.

I jeszcze jedno zagrożenie, które wyniknęło w trakcie naszych rozmów z konsultantem od medycyny ratunkowej w Łodzi i z dyrektorem wojewódzkiej stacji ratownictwa medycznego, mianowicie CPR przy wojewodzie. Proszę powiedzieć, jak to będzie wyglądało w praktyce. Według naszego wyobrażenia, osoba, która będzie chciała wezwać karetkę z odległego od CPR miejsca, będzie w tej chwili dzwoniła do Łodzi – mówię na przykładzie województwa łódzkiego. Czy przewidujecie państwo, że od 1 stycznia ktoś, kto ma wypadek w Wieluniu, będzie mógł dzwonić po karetkę choćby do Sieradza, a niekoniecznie do Łodzi? Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę o odpowiedź.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jarosław Pinkas:**

Dziękuję bardzo.

Nie podzielam pańskiego pesymizmu z tej prostej przyczyny, że kiedy jest się pesymistą, to do niczego się w życiu nie dochodzi, pesymiści to są ludzie nieskazani na sukces. A wszyscy senatorowie, parlamentarzyści, ci, którzy tworzyli tę ustawę, są skazani na sukces, ponieważ nie zrobili niczego złego, tylko doprowadzili do sytuacji spełniającej pewne europejskie standardy, dawno sprawdzone na świecie.

Ta ustawa jest efektem kompromisu. I to nie jest tak, że powinna być ona napisana przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej czy przez ratowników, bo ma

ona służyć całemu społeczeństwu. Środowiska ratownicze są na szczęście podzielone. Mówię, że na szczęście, bo są to instytucje, które ze sobą współpracują, czasami konkurują i dzięki temu jest zachowana pewna jakość. Ta ustawa jest absolutnym kompromisem. I muszę powiedzieć, że mam tu sporą satysfakcję, bowiem osiągnięcie kompromisu jest chyba jednym z większym sukcesów, jaki udało się przy tej ustawie uzyskać. Ta ustawa to wiele miesięcy pracy, ta ustawa to nie partykularyzmy, tylko bardzo pragmatyczne postawienie sprawy.

Nie sędzę, żeby pan mógł użyć takiego sformułowania – rozumiem, że mam do czynienia z lekarzem – że nie przyjedzie lekarz, „tylko” ratownik medyczny. A może „aż” ratownik medyczny? To jest profesjonalista, który po trzech tysiącach godzin w zakresie ratowania życia – z reguły na uczelni wyższej, mamy już tysiąc siedemset takich osób – potrafi znakomicie zabezpieczyć złamanie. Zaręczam panu, Panie Doktorze, że być może zrobi to lepiej od siedemdziesięciosześcioletniego okulisty, który dorabia sobie w zespole pogotowia ratunkowego. Tak więc to jest ta kategoria zdarzeń, prawda? Nie po to szkoliliśmy ludzi, żeby byli bez pracy i żeby nie mieli satysfakcji z wykonywania zawodu.

Czy będziemy prowadzić akcję informacyjną? Po pierwsze, Ministerstwo Zdrowia nie ma żadnych pieniędzy na to. Taka akcja to przede wszystkim pokazanie tego w mediach, być może dość gwałtowne pokazanie, że pogotowie ratunkowe nie jest przychodnią na kółkach. *Game is over*, to już się skończyło. I tutaj po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia musimy mieć partnera, który przecież kupuje świadczenia w zakresie nocnej pomocy i być może musi je kupować w sposób bardziej efektywny. Oczywiście to nie jest ustawa o nocnej pomocy lekarskiej, to jest ustawa o ratownictwie medycznym, a to jest zupełnie inna kategoria zdarzeń. To jest ustawa mówiąca o tym, co robić, kiedy jest zagrożenie życia i zdrowia. Nie da się zmienić całego prawa w Polsce za pomocą jednej ustawy.

Chcę państwu powiedzieć, że został powołany zespół, na razie on jest nieoficjalny, ale za chwilę pewnie zostanie powołany zarządzeniem ministra zdrowia. I ten zespół będzie pisał ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej. I w tej kolejnej systemowej ustawie, która będzie dopełnieniem ustawy tak zwanej ratowniczej, będzie bardzo precyzyjnie napisane: jaka jest rola POZ, jak się powinno to finansować, co to znaczy nocna pomoc lekarska, jak może być zorganizowana. Będzie tam opisana cała sekwencja zdarzeń, które doprowadzą do pełnej wiedzy na temat tego, jak ten system powinien funkcjonować. Będzie to kolejna część czegoś, co nazywamy konstytucją zdrowia. Ten zespół już pracuje, nawet niedługo będzie zorganizowany warsztat. Na razie nie chcę zdradzić, kto w nim pracuje dlatego, że zręby tej ustawy muszą być stworzone przez mały zespół. Później, tak jak było przy ustawie ratowniczej, w sposób bardzo przejrzysty będziemy nad nią procedować. I ze wszystkimi, którzy pojawią się z jakimiś sugestiami, pewnie trzeba będzie też dochodzić do konsensusu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Myślę, że tu pojawił się wątek mocno polemiczny, a było konkretne pytanie o wzywaniu zespołu do Wielunia z Sieradza czy z Łodzi. Jak ma tu funkcjonować nr 112, CPR?

(*Głos z sali:* Telefon 112.)

Panie Prezesie, na temat kiedyś rozmawialiśmy.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący. Szanowni Państwo!

Rozumiem, że to pytanie zostało zadane w taki sposób, żeby było w tym trochę sensacji, ono sugerowało, że pacjentowi, jeśli zadzwoni się przypadkiem do Łodzi po karetkę, cokolwiek może się stać. Otóż 1 stycznia nic się nie zmieni, bo ten system dopiero będzie budowany. Jego tworzenie zakończy się dopiero w 2010 r., tak jak stanowi ustawa. Powiem szczerze, że ja bym bardzo chętnie widział taki system, w którym pacjent z Sieradza zadzwoni się po karetkę do Łodzi. Natomiast wojewodowie mają tu dość dużą dowolność. Ustawa określa pewną minimalną liczbę mieszkańców na jeden CPR, mianowicie dwieście pięćdziesiąt tysięcy. Wojewoda ma więc możliwość utworzenia większej liczby CPR, nie musi być jeden.

Chcę zwrócić uwagę na to, że na przykład w Norwegii, w Szwecji czy w Belgii działa jeden CPR, który dysponuje bezpośrednio zespołami ratownictwa. W każdym z tych krajów działa jeden taki CPR. I ludzie z terenu całego kraju dodzwaniają się przeważnie do stolicy i bezpośrednio stamtąd są rozsyłane karetki.

Natomiast ten CPR, który będzie funkcjonował przy wojewodzie, jest w pewnym sensie rozwiązaniem pośrednim, to znaczy jest takim *call center*, które przekierowuje wezwanie pacjenta, wezwanie poszkodowanego bezpośrednio do właściwego terytorialnie dyspozytora. I to dyspozytor z Sieradza będzie wysyłał karetkę do pacjenta sieradzkiego. Warto też zestawić to z sytuacją obecną, kiedy pacjent dzwoniąc na 112 z Sieradza, niestety, może zadzwonić się na przykład na komendę policji we Wrocławiu, gdzie trafia na osobę, która w ogóle nie ma pojęcia, co zrobić z tym wezwaniem. Myślę, że to jednak jest nowa jakość i udoskonalenie systemu w stosunku do tego, co działa w tej chwili. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Odczytuję wystąpienie pana prezesa jako podjęcie bardzo trudnej sprawy zmiany przyzwyczajzeń ludzi, a także pewnego rozchodzenia się tempa wdrożenia programu, mamy bowiem nieuregulowane sprawy POZ. I tutaj bardzo cieszę się z informacji o powstaniu zespołu, który pracuje nad POZ. Nie powiem też, gdzie on powstał, żeby nie osłabiać rangi tego przedsięwzięcia.

Tym niemniej pan prezes poruszył pewien rzeczywisty problem. Wydaje mi się, że Narodowy Fundusz Zdrowia też mógłby zabrać głos właśnie w kwestii tej nocnej opieki lekarskiej. Rozumiem, że ewolucyjność polega między innymi na tym, że od 1 stycznia zbyt wiele się nie zmieni.

Czy tak, Panie Prezesie?

(*Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski: Tak, niewiele się zmienia, z tym, że...*)

Jak odpowiedzieć na pytanie pana prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej o taką sytuację, kiedy do chorego nie przyjedzie już ten ambulans na kółkach?

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Myszę, że to niestety jest tak, że on po pierwsze przyjedzie, bo jednak pewnie nie da się tak z dnia na dzień zmienić obustronnych przyzwyczajęń, bo jest to po prostu niemożliwe. Natomiast regionalnie też funkcjonują różne rozwiązania. Akurat z panem prezesem pochodzimy z tego samego miasta, w którym funkcjonuje rozwiązanie scentralizowane: każdy, kto ma problem, wie, że ma pójść na ulicę Sienkiewicza do wojewódzkiej stacji ratownictwa i tam szukać pomocy. To po prostu wie każdy, niezależnie od tego, czy to ma sens, czy nie ma. W najgorszym wypadku pójdzie do izby przyjęć okolicznego szpitala. Niestety, najrzadziej pójdzie do owej nocnej pomocy, która działa czasem lepiej, czasem – kiedy jest odizolowana od innych instytucji – gorzej. Niestety, te inne instytucje potrafią przyciągnąć pacjentów z całego miasta.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ewolucyjnie. Rozumiem, że...)

Niestety, nie da się nagle przekierować tych ludzi, bo oni nawet do początku nowego roku nie odbiorą tej informacji, trzeba to robić krok po kroku. Natomiast rzeczywiście należałoby bardzo poważnie zastanowić się nad relacjami między nocną pomocą lekarską a systemem ratownictwa z punktu widzenia NFZ, zwłaszcza w kontekście sposobu finansowania tych świadczeń. Sposób finansowania, który funkcjonuje w tej chwili, po prostu nie sprzyja dobrym relacjom. Przy tych sposobach finansowania i jedni, i drudzy nie są raczej skłonni do brania na siebie obowiązków, raczej przesuwają je na drugą stronę. Niestety, tak jest.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze są pytania? Nie widzę chętnych.

Bardzo dziękuję już panu ministrowi za udział obradach naszej komisji, wiem, że się spieszy.

Tylko nie wiem, co zrobić z tym...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Mogę to jeszcze omówić, mam pełną wiedzę na ten temat.)

Proszę o skserowanie tego. Będę rozmawiał z panem senatorem Wierzbickim na ten temat. Skserujcie to i dajcie na odchodne panu ministrowi.

Przechodzimy do spraw bieżących.

Cieszę się, że jest z nami pan prezes, bo w ramach spraw bieżących mam cztery wystąpienia Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków – zachodniopomorskie, zarząd wojewódzki; koło w Mielcu; koło polskie w Kolużkach i w Zduńskiej Woli – które proszą o interwencję na nieodpowiednie i krótkowzroczne decyzje podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia: „Kolejny raz zmuszają nas one do podejmowania zmasowanych działań protestacyjnych, polegających na wysłaniu pism...”.

Chodzi tutaj o urzędowe ceny zbytu na produkty i wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1. Mają one charakter cen maksymalnych, a urzędowe marże handlowe, hurtowe i detaliczne, mają charakter marż sztywnych, co – zdaniem tych stowarzyszeń – spowoduje zwłaszcza wzrost cen insuliny i innych wyrobów. Piszą oni: „Z naszych wyliczeń wynika, że przez ten zapis ceny insuliny wzrosną o około 15 zł na jedno opakowanie. Do tego dojdzie obowiązkowy ryczałt na leki

refundowane. Przykre, a zarazem bulwersujące, jest to, że pan wiceminister zdrowia Bolesław Piecha nie zauważa nagminnego wzrostu ilości ludzi chorych na cukrzycę...” itd., itd.

Tu są zawarte cztery takie same obawy, że wprowadzenie maksymalnej ceny i usztywnienie marż może sprzyjać zwiększaniu kosztów insuliny.

Czy państwo możecie coś powiedzieć na ten temat ad hoc, czy odpowiecie nam na piśmie?

**Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Grabowski:**

Właściwym kierunkiem tych pism jest Ministerstwo Zdrowia, bo to minister zdrowia kształtuje politykę refundacyjną. Fundusz albo jest beneficjentem, albo ofiarą błędów w tym zakresie, bo po prostu tylko finansuje koszty refundacji.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo państwu uczestniczącym w dzisiejszym posiedzeniu.

Dziękuję panu prezesowi za obecność.

Proszę państwa, w sprawach bieżących mamy jeszcze dwa pisma dotyczące refundacji. Myślę jednak, że te pisma... Bo tutaj mamy stowarzyszenie...

To Wierzbicki, wasz senator.

(Głos z sali: To nie znaczy, że musi mieć rację.)

Chyba, nie ma racji w tej sprawie, ale musimy być z nim razem.

Bardzo proszę o jeszcze jedną kopię tego, ale może już po zakończeniu obrad komisji.

Mamy jeszcze stanowisko Stowarzyszenia Gmin i Powiatów Małopolski, które optuje za przeznaczeniem części składki ubezpieczeń komunikacyjnych OC na leczenie urazów powypadkowych. Krótko mówiąc, popierają pomysł, żeby to włączyć.

Mamy też petycję osób chorych na astmę, żeby objąć ich kuracją xolaiem. Skieruję to, z państwa upoważnienia, do ministerstwa, żeby odniosło się do tych wniosków. Również przekażę tę sprawę diabetologiczną.

To byłoby chyba wszystko w ramach spraw bieżących.

(Głos z sali: Spotykamy się dwudziestego pierwszego.)

Przypominam, spotykamy się 21 listopada o godzinie 10.00 na seminarium. Data 1 grudnia jest też aktualna, przypominam o tym, żebyście państwo zarezerwowali sobie czas.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, 1 grudnia jest aktualny. Po naciskach ze strony stowarzyszeń i organizacji pozarządowych uznaliśmy z senatorem Szymańskim, że jednak trzeba to zrobić.

Czy są jeszcze jakieś inne sprawy w ramach spraw bieżących, jakieś sprawy od państwa? Nie ma.

Chcę państwu bardzo podziękować za udział w obradach komisji.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 23)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851