



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(733)

44. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 8 maja 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat korupcji w służbie zdrowia.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nazywam się Władysław Sidorowicz i przewodniczę obradom komisji.

Chcę prosić państwa, którzy jeszcze nie wpisali się na listę gości, a są obecni, o to, żeby się na nią wpisać. Jeszcze raz przekażę ją państwu.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam wszystkich senatorów, a także zaproszonych witam gości.

Dla ułatwienia powiem, że zaproszeni zostali państwo z mediów, z Naczelnej Rady Lekarskiej, z Naczelnej Izby Pielęgniarskiej i z Ministerstwa Zdrowia.

Witam panią minister Wojtałę wraz z towarzyszącym jej dyrektorem. Witam przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości i wszystkich innych gości, którzy zechcieli pofatygować się na merytoryczne posiedzenie komisji, poświęcone problemowi korupcji.

W programie komisji mieliśmy też jeszcze rozpatrywać ustawę o zmianie ustawy o lekarzu sądowym, ale nie została ona jeszcze uchwalona przez Sejm. Wobec powyższego w programie porządku obrad mamy informację ministra zdrowia na temat korupcji w służbie zdrowia i sprawy różne.

Czy senatorowie mają uwagi do tego porządku obrad?

Nie widzę uwag.

Wobec powyższego przystępujemy do prac. Może króciutko...

(Sygnał telefonu komórkowego)

Bogactwo naszych komórkowych melodyjek proponowałbym nieco przyciszyć.

Szanowni Państwo!

Zanim oddam głos pani minister, chciałem podziękować za przesłane do komisji materiały, senatorowie je już otrzymali. Teraz króciutko powiem, dlaczego prezydium komisji uznało, że jedno z posiedzeń komisji powinniśmy poświęcić tej sprawie.

Najbardziej oczywiste jest to, że obecnie jest to szalenie ważny problem społeczny. Korupcja w służbie zdrowia stała się jednym z ważnych elementów sytuacji bezpieczeństwa zdrowotnego. Koncentracja mediów na tej sprawie, a także niepokój, jaki jest generowany przez tę sytuację, wymagają stworzenia przestrzeni, w której moglibyśmy spokojnie, bez deliktów i bez jakichś negatywnych emocji rozważyć problem, który, w naszym odczuciu, jest zjawiskiem systemowym, dotyczącym nie tylko ochrony zdrowia. Korupcja w krajach postkomunistycznych jest pewnym bagażem, a im większe są kłopoty z reformowaniem systemu, tym większe ryzyko, że będzie ona występowała. W raporcie WHO z roku 2000 stawia się taką tezę, że jeżeli świadczenia zdrowotne są wszystkim oferowane bezpłatnie, to nie wszystkie świadczenia mogą być

wykonywane. I to jest jeden z zasadniczych elementów tego tkwienia w gospodarce niedoboru, co powoduje, że wrota dla zachowań korupcyjnych są otwarte.

Te systemowe elementy sprzyjają korupcji i dotyczą nie tylko Polski, ale wszystkich innych krajów. To jest tzw. asymetria informacji i ona obejmuje wszystkich graczy, zarówno płatnika, świadczeniodawcę, dostawcę farmaceutów, jak i pacjentów – tak więc jest ogromna liczba uczestników tego zjawiska. Udzielane są miliony porad, a miliony ludzi trafiają do szpitali. I to jest sprawa, która po prostu jest elementem sprzyjającym zachowaniom korupcyjnym przy zaistnieniu tej asymetrii informacji.

Wydaje mi się też istotne, żeby w tej dyskusji na temat korupcji dostrzec nie tylko rolę lekarzy w systemie, ale zobaczyć też inne miejsca, gdzie ta korupcja występuje. Nie ulega bowiem wątpliwości, że możliwości korupcyjne istnieją i w sytuacji, kiedy płatnik podpisuje kontrakt, jak i na etapie dostarczania świadczeń czy materiałów dla systemu przez firmę farmaceutyczną. To są te sytuacje, kiedy mogą zachodzić zachowania korupcyjne.

Wskazuje się, że istotnym elementem, choć niewystarczającym, jest to, aby lekarze, pielęgniarki i pracownicy służby zdrowia byli godziwie opłacani. Musimy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że w świecie, w którym funkcjonują zdecydowanie lepiej opłacani pracownicy służby zdrowia, zjawisko korupcji też ma miejsce, bo z tym problemem borykają się także kraje od nas znacznie bogatsze.

Niestety, nie zwalnia nas to z odpowiedzi na pytanie, czy publiczne nakłady na ochronę zdrowia, liczone w relacji do PKB, wynoszące w Polsce około 4,1%, też nie są jednym z czynników, który musimy rozważyć, gdy myślimy o bezpieczeństwie zdrowotnym. I nawet gdybyśmy bardzo dokładnie cyzelowali tutaj różne przepisy, wprowadzali zasadę przejrzystości, to dla ograniczania zjawisk korupcyjnych kluczowe pytanie jest następujące: czy jeżeli w dalszym ciągu poziom finansowania świadczeń zdrowotnych będzie taki, jaki jest obecnie, nie będzie to podtrzymywanie gospodarki niedoboru, a więc tej gospodarki, w której, jak przypomniemy sobie układ peerelowski, korupcja była zasadniczym sposobem dostępu do wszelkich usług deficytowych.

I jeśli Amerykanie wydają ponad 15% swojego PKB na usługi zdrowotne i borykają się z problemem korupcji, to my przy naszych wydatkach po prostu musimy zrozumieć, że samo zwiększanie nakładów nie jest jeszcze elementem wystarczającym – aczkolwiek ważne byłoby to, żeby w całym tym procesie dostrzegać znaczenie wielkości nakładów na ochronę zdrowia.

I wreszcie coś, o czym chciałem powiedzieć na końcu. Wiecie państwo, relacja pacjent – pracownik służby zdrowia, a zwłaszcza lekarz, nie da się sprowadzić do ściśle naukowych podstaw. Tam jest jeszcze ten element sztuki i ogromną rolę w całym tym procesie odgrywa również zaufanie. Znamy efekt placebo, kiedy u 30% ludzi poprawia się stan zdrowia nawet wówczas, gdy otrzymują zamiast lekarstwa placebo. I uderzanie w zaufanie do lekarzy, generalizacja pewnych zjawisk, niesie ze sobą takie ryzyko, że bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów się obniży, bowiem oni idąc do placówki ochrony zdrowia już będą w nastroju nieufności, podejrzliwości. Tak więc będzie oddziaływał tu system, w którym te elementy niemierzalne, wynikające z zaufania do sztuki lekarskiej, będą podlegały ograniczeniu.

Jak jest to istotne, możemy w tej chwili obserwować na podstawie ogromnego deficytu w transplantologii, ogromnego jej upadku, który jest jednym z kosztów dosyć zdecydowanej kampanii antykorupcyjnej.

Wreszcie na końcu chciałem powiedzieć, że jako reprezentanci służb publicznych, jako parlament, rozumiemy, że to jest w naszych rękach i że na nas spoczywa odpowiedzialność za to, by tworzone prawo i jego egzekwowanie sprzyjało tym, którzy w systemie grają uczciwie i którzy rzetelnie starają się wykonywać swoje zadania.

Po tym wstępie proszę panią minister Wojtałę, którą jeszcze raz serdecznie witam, o prezentację stanowiska ministerstwa w sprawie korupcji.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala:

Bardzo dziękuję.

Szanowni Państwo Przewodniczący! Panie, Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie nas na dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia i jeśli państwo pozwolą, najpierw przedstawię skład delegacji rządowej. Z prawej strony jest pani zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pani Dorota Puka. Po mojej lewej stronie jest pan prokurator z Prokuratury Krajowej w Ministerstwie Sprawiedliwości, pan Jerzy Szymański. Obok jest pan dyrektor Marek Kuciński z Departamentu Zdrowia w MSWiA. Obok mnie siedzi pani Krystyna Kozłowska, dyrektor Biura Praw Pacjenta przy ministrze zdrowia.

I naprzeciwko mnie, po kolei, siedzą: pan dyrektor Fałek, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia; pan Konrad Stolarski, zastępca dyrektora Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg; pani Dagmara Korbasińska, zastępca dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia; pani Jolanta Skolimowska, zastępca dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych; pan Jakub Bydłoń, zastępca dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego; pani Jolanta Krzemińska, naczelnik Wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego; pani Jadwiga Koc, zastępca dyrektora w Departamencie Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia – jest tu wraz z głównym specjalistą panem Pechcińskim, który zajmuje się transplantologią; pan dyrektor Roman Danielewicz, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia. Przepraszam, jest nas bardzo dużo osób.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Potężna ekipa.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala:

Tak, ale głównie na wypadek, gdybyście państwo mieli pytania szczegółowe, dotyczące działalności ministerstwa w poszczególnych dziedzinach. W tej sytuacji będziemy w stanie od razu odpowiedzieć, mam nadzieję, że na wszystkie pytania.

Przejdę teraz do informacji ministra zdrowia. Problematyka dzisiejszego posiedzenia, poświęconego korupcji w służbie zdrowia, jest niewątpliwie jednym z trudniejszych zagadnień. Jest to dziedzina, która do niedawna w Polsce stanowiła temat tabu, co sprawia, że nasza wiedza w chwili obecnej jest siłą rzeczy ograniczona. Właściwie można ją porównać do wierzchołka góry lodowej. Zatem prawdziwy zakres korupcji w służbie zdrowia, można powiedzieć, jest wciąż jeszcze rozpoznawany.

Jak powiedział pan przewodniczący, na dzisiejsze obrady minister zdrowia przygotował cztery dokumenty. Są to materiały z seminarium, które zostało zorganizowane przez ministra zdrowia w grudniu ubiegłego roku pod nazwą „Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie”. Wśród tych materiałów jest, jak sama jego nazwa wskazuje, poradnik opracowany dla pacjentów w związku z prowadzoną kampanią informacyjną o tym, jak radzić sobie z problemem korupcji. Dołączyliśmy tu także wyciąg z projektu sprawozdania z realizacji w II półroczu ubiegłego roku drugiego etapu strategii antykorupcyjnej – dotyczy on tylko tej części realizowanej przez ministra zdrowia – oraz dokument Transparency International, jest to publikacja z 2006 r., wydanie specjalne poświęcone wyłącznie korupcji w systemie ochrony zdrowia.

Oczywiście nie będę tych dokumentów omawiała szczegółowo, natomiast skupię się na przedstawieniu czterech zagadnień. Na początku przedstawię definicję korupcji, ponieważ przy różnych okazjach, także w zależności stosujących ją podmiotów, jest ona bardzo różna. Następnie, określając zakres zjawiska korupcji pragnę wskazać obszary występowania korupcji w ochronie zdrowia, jak również antykorupcyjne działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia i przez rząd.

Czym zatem jest korupcja i jak się ona przejawia w ochronie zdrowia? W życiu codziennym korupcja to oferowanie korzyści majątkowych w zamian za załatwienie określonej sprawy, jak również wykorzystywanie stanowiska służbowego do uzyskania prywatnej korzyści. Z kolei w prawie karnym korupcja określana jest ogólnym mianem łapownictwa. Wyróżnia się jej dwa rodzaje, mianowicie łapownictwo bierne i czynne. Łapownictwo bierne zwane jest także sprzedajnością. Zostało ono określone w art. 228 kodeksu karnego, zgodnie z którym popełnia je każdy, kto w związku z pełnieniem funkcji publicznej przyjmuje korzyść majątkową lub osobistą albo też jej obietnicę. Natomiast łapownictwo czynne, zwane także przekupstwem, zostało określone w kolejnym artykule tej ustawy, art. 229, i popełnia je każdy, kto udziela albo obiecuje udzielić korzyści majątkowej lub osobistej osobie pełniącej funkcję publiczną w związku z pełnieniem przez nią tej funkcji.

Należy podkreślić, że osoby pracujące w publicznej służbie zdrowia, a szczególnie w ramach świadczeń, które są finansowane ze środków publicznych, zaliczane są właśnie do osób pełniących funkcje publiczne. Co do tego nie ma najmniejszej wątpliwości. Sankcje grożące za popełnienie tych przestępstw zarówno w wypadku sprzedajności, jak i przekupstwa są uzależnione oczywiście od rodzaju popełnionego przestępstwa – od grzywny do kary ograniczenia wolności, a nawet pozbawienia wolności do dwunastu lat.

Jak powiedział przed chwilą pan przewodniczący, korupcja występuje we wszystkich systemach ochrony zdrowia, bez względu na to, czy są to systemy finansowane ze środków głównie publicznych, czy ze środków prywatnych, oraz bez względu na stopień zamożności kraju. Istnieją bowiem wspólne cechy, które sprawiają, że system ochrony zdrowia, że w ogóle wszystkie systemy, są podatne na działanie korupcji – pan przewodniczący Sidorowicz przed chwilą te cechy wymienił i w pełni się z nim tu zgadzamy. Przede wszystkim jest to złożoność systemów zdrowotnych, w szczególności zaangażowanie dużej liczby podmiotów – co ważne – wzajemnie od siebie zależnych, ale mających często sprzeczne interesy. Jest to również nierównomierny dostęp do informacji – pan przewodniczący użył określenia „asymetria informacji” – oraz niepewność rynkowa sektora zdrowotnego. Ponadto wszędzie tam, gdzie są zaangażowa-

ne duże pieniądze, a na ochronę zdrowia na całym świecie wydawane są naprawdę bardzo duże pieniądze – tam zawsze istnieje pokusa wykorzystania ich do prywatnych korzyści. Niestety, również służba zdrowia nie jest wolna od tego niebezpieczeństwa.

Zakres i skala korupcji w ochronie zdrowia występuje – trzeba podkreślić – z różnym zaangażowaniem, w zależności od istnienia lub nieistnienia skutecznych mechanizmów antykorupcyjnych. Na przykład w Anglii w ciągu ostatnich siedmiu lat w wyniku podjętych przez Narodową Służbę Zdrowia działań antykorupcyjnych zmniejszono straty wywołane korupcją i oszustwami na łączną kwotę około 300 milionów USD. Przy czym chciałabym podkreślić, że zostało do tego zaangażowanych ponad pięciuset dwudziestu świetnie wyszkolonych specjalistów tylko w dziedzinie wykrywania oszustw i korupcji w ochronie zdrowia.

Przechodząc do skali występowania korupcji w ochronie zdrowia w Polsce pragnę zaznaczyć, że dotychczas nie jest nam jeszcze znana rzeczywista skala tego zjawiska. Niezmiernie trudne jest bowiem udowodnienie nawet samego zamiaru korupcji, zaś granica między celowym działaniem na szkodę systemu dla osiągnięcia prywatnych korzyści a oszustwem czy błędem w służbie zdrowia jest często bardzo płynna.

Należy podkreślić, że w kompetencjach ministra zdrowia istnieje jednak bardzo ograniczony zakres środków, które umożliwiają wykrycie korupcji. Są to głównie narzędzia kontrolne i nadzorcze. Wykryte nieprawidłowości minister zdrowia i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oczywiście zgłaszają do organów ścigania, które dalej prowadzą w tych sprawach dochodzenie. W przypadku potwierdzenia podejrzenia o popełnienie przestępstwa sprawy kierowane są do organów wymiaru sprawiedliwości. Można zatem powiedzieć, że właściwe narzędzia w wykrywaniu korupcji w ochronie zdrowia znajdują się w rękach policji, prokuratury, ABW, CBA i sądownictwa.

Również wyniki badań opinii społecznej potwierdzają, że w Polsce skala korupcji jest duża. W 2006 r. ochrona zdrowia uznana została za najbardziej korupcjogenny obszar. Około 9% respondentów przyznało, że w ostatnich trzech-czterech latach dawało łapówki, z czego najczęściej były one wręczane właśnie w placówkach służby zdrowia.

W tym miejscu chciałabym przywołać wyniki badań przeprowadzone w 2001 r. przez Fundację im. Stefana Batorego wśród lekarzy i pacjentów. Cały opis tego badania znajduje się w materiałach przekazanych Wysokiej Komisji. Chcę zwrócić tu państwa uwagę na różnicę w odczuciu pacjentów i lekarzy w stosunku do tego samego zjawiska. Zdaniem pacjentów wręczane lekarzom pieniądze zazwyczaj przed rozpoczęciem leczenia to są właśnie łapówki. Wręczano je w zamian za bardziej rzetelną opiekę, za przeprowadzenie operacji, skrócenie kolejki, przyjęcie do szpitala, uzyskanie skierowania na leczenie, badania, konsultacje i na inne świadczenia. Lekarze twierdzili natomiast zupełnie coś innego: że były to zazwyczaj drobne prezenty, które stanowiły wyraz wdzięczności i podziękowanie. Zdaniem większości lekarzy pracujących w szpitalach dopiero prezent lub kwota powyżej 1 tysiąca zł to łapówka, zaś wszystko poniżej tej sumy to dowód wdzięczności. Przyjęcie jakiegokolwiek prezentu czy pieniędzy przed rozpoczęciem leczenia było, zdaniem lekarzy, absolutnie niedopuszczalne, podobnie jak na przykład wydawanie zwolnień z pracy za pieniądze. Chcę podkreślić, że około 1/4 pytanym lekarzy akceptowała jednak przyjęcie dodatkowej opłaty w zamian za przyspieszenie deficytowych zabiegów.

Przechodząc do omawiania obszaru występowania korupcji i oszustw należy zaznaczyć, że te patologie nie ograniczają się tylko, o czym zresztą mówił pan przewodniczący, do relacji lekarz – pacjent. Na korupcję narażone są niestety wszystkie sfery funkcjonowania ochrony zdrowia i ich uczestnicy: pacjenci, świadczeniodawcy usług zdrowotnych, płatnicy, dostawcy towarów i usług dla ochrony zdrowia, jak również, niestety, instytucje rządowe. Praktyki korupcyjne mogą przybierać różne formy, począwszy od łapówek i wymuszeń, ale, co trzeba podkreślić, mogą również prowadzić do malwersacji, do defraudacji i do kradzieży. Ze względu na wielość obszarów i formy występowania korupcji w służbie zdrowia nie jestem oczywiście w stanie przedstawić państwu wyczerpująco tego zagadnienia.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają bardzo intensywne prace mające na celu sporządzenie wykazu potencjalnych obszarów występowania oszustw i korupcji w ochronie zdrowia. Niemniej jednak, nie czekając na zakończenie tych prac, można stwierdzić, że zdecydowana większość patologicznych zachowań sprowadza się do wyłudzenia korzyści majątkowych przez lekarzy poprzez obietnice przyśpieszenia leczenia, zapewnienie właściwej opieki czy kierowanie na nieuzasadnione medycznie świadczenia. Częstym zjawiskiem jest również korumpowanie lekarzy w celu zafałszowania dokumentacji medycznej dla uzyskania korzyści, na przykład załatwienia nienależnej renty z ZUS czy z KRUS, zasiłku chorobowego, uniknięcia służby wojskowej czy kary pozbawienia wolności.

Z kolei firmy farmaceutyczne nagminnie korumpują lekarzy przez nakłanianie ich do wypisywania recept na konkretne leki danej firmy. Do takich działań dochodzi poprzez zawieranie nieformalnych umów przez firmy farmaceutyczne z lekarzami, wizyty przedstawicieli firm farmaceutycznych w gabinetach lekarskich w godzinach pracy lekarzy, kompleksowe wyposażanie przez firmy farmaceutyczne gabinetów lekarskich czy sponsorowanie szkoleń i konferencji naukowych.

Często spotykamy się ze zjawiskiem korupcji przez wykorzystywanie mienia publicznego do własnych celów, na przykład przyjmowanie prywatnych pacjentów, kradzież leków i materiałów medycznych, świadczenie pracy w kilku miejscach jednocześnie i pobieranie wynagrodzenia należnego za pracę na całym etacie. Nierzadko dochodzi do fałszowania dokumentacji medycznej i rozliczeniowej w celu wyłudzenia nienależnych środków finansowych czy to z Narodowego Funduszu Zdrowia, czy z Ministerstwa Zdrowia. W celu zwiększenia korzyści finansowych świadczeniodawcy żądają często zapłaty za usługi niewykonane, za pacjentów nieistniejących, za wydłużanie procesu hospitalizacji ponad przyjęte standardy medyczne, jak również za kwalifikowanie i rozliczenie usług droższych niż faktycznie wykonane. Myślę, że pani prezes na ten temat będzie mogła troszeczkę więcej powiedzieć.

W Ministerstwie Zdrowia i w Narodowym Funduszu Zdrowia prowadzone są analizy otrzymany rachunków oraz kontrole mające na celu wykrywanie tych nieprawidłowości. Na przykład w 2006 r. w wyniku kontroli przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zakwestionowano rozliczenia na łączną kwotę 33 milionów zł, głównie za świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalach.

Przykładem, który bardzo dobrze ilustruje zjawisko korupcji w służbie zdrowia, jej negatywne skutki oraz wielość płaszczyzn i form zachowań korupcyjnych jest wszystkim znana nam sprawa pod nazwą handlu informacją medyczną. Miała ona miejsce od 1998 r. w łódzkim pogotowiu ratunkowym. W celu uzyskiwania dochodów

od firm pogrzebowych pacjenci byli, niestety, pozbawiani życia przez podawanie im leków bez uzasadnienia terapeutycznego, przez zaniechanie udzielania właściwej pomocy lekarskiej, celowe opóźnianie dojazdu karetki do chorego czy też niepodejmowanie akcji ratowniczej lub jej pozorowanie. Dochodziło przy tym do fałszowania dokumentacji medycznej w zakresie braku wskazań na udział osób trzecich w zaistniałym zgonie. Nie chcę powiedzieć, że wszystkie przypadki korupcji mają taki przebieg, ale jest to ilustracja pokazująca, jak bardzo niebezpieczne mogą być konsekwencje przyjmowania korzyści finansowych – o czym powiedział pan przewodniczący – dla bezpieczeństwa zdrowotnego i życia ludzi.

Należy w tym miejscu podkreślić, że jest to problem bardzo wrażliwy społecznie. I on powrócił właśnie przy okazji sprawy aresztowania kardiochirurga z Warszawy i podejrzeń o uśmiercanie przez niego pacjentów w celu pobierania organów do transplantacji oraz wyłudzenia łąpówek za wykonywanie przeszczepów. Konsekwencją jedynie ujawnienia faktu podejrzenia o korupcję w dziedzinie transplantologii jest nagły spadek dokonywanych transplantacji, w ciągu pierwszych czterech miesięcy bieżącego roku wykonano ich aż o jedną trzecią mniej niż w tym samym okresie rok wcześniej. Największy spadek dotyczy transplantacji nerki z trzustką, przeszczepów serca, a także przeszczepów nerki i wątroby. W konsekwencji oczywiście bardzo dynamicznie wzrasta liczba osób oczekujących na wykonanie przeszczepu. Te dane mogą świadczyć o silnej zależności między korupcją i spadkiem zaufania społeczeństwa do służby zdrowia z jednej strony, a z drugiej – o bezpośrednim wpływie korupcji na bezpieczeństwo zdrowotne.

Szanowni Państwo! Jak powiedziałam, nie jestem w stanie w krótkim wystąpieniu przedstawić wszystkich aspektów tej skomplikowanej materii, ale chciałabym jeszcze powiedzieć kilka zdań o działaniach antykorupcyjnych prowadzonych przez ministra zdrowia.

Od 2002 r. realizowana jest przez rząd strategia antykorupcyjna, zaś koordynatorem tych działań jest Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Głównym zadaniem tej strategii jest wdrożenie działań mających na celu zapobieganie zjawiskom korupcji oraz – co ważne – kształtowanie w społeczeństwie odpowiednich postaw etycznych, charakteryzujących się brakiem przyzwolenia na zachowania korupcyjne. Wśród obszarów objętych rządową strategią antykorupcyjną znajduje się także ochrona zdrowia.

Dwa razy do roku przedstawiane jest Radzie Ministrów sprawozdanie z realizacji przyjętych zadań. W materiałach przekazanych Wysokiej Komisji jest właśnie ostatnie sprawozdanie za drugie półrocze. Chcę dodać, że jest to projekt, on jest jeszcze przed rozpatrzeniem przez Komitet Rady Ministrów, ale uznaliśmy, że ten materiał może państwa zainteresować. Proszę wybaczyć, że nie ma on jeszcze statusu dokumentu rządowego.

Wszystkie zadania podzielone są na trzy grupy: na zadania o charakterze legislacyjnym, informacyjno-edukacyjnym i organizacyjnym. I taki podział obowiązuje wszystkie zadania realizowane w ramach strategii rządowej. Minister zdrowia realizuje aktualnie dwadzieścia jeden zadań. Z czego siedem ma charakter zmian legislacyjnych, głównie wprowadzających bardziej przejrzyste zasady funkcjonowania służby zdrowia. Dziewięć zadań ma charakter zmian organizacyjnych, a pięć z nich to działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym.

W sprawozdaniu przedstawiono informację o aktualnym stanie realizacji tych zadań. Ponieważ są one przedstawione na piśmie, nie będę ich omawiała. Chcę jedynie

zwrócić uwagę na dwie kwestie, na prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia działania o charakterze systemowym oraz na współpracę z Europejską Siecią do spraw Oszustw i Korupcji w Ochronie Zdrowia.

Pierwsze z wymienionych działań koncentrują się przede wszystkim na zmianach legislacyjnych o charakterze antykorupcyjnym. Już w 2005 r. z inicjatywy ministra zdrowia wdrożone zostały ograniczenia w prowadzeniu działalności gospodarczej oraz podejmowaniu dodatkowych działań zarobkowych przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej – tak, aby wyeliminować konflikt interesów i stosować przejrzyste zasady funkcjonowania inspekcji. Najwyższa Izba Kontroli po swojej inspekcji głośno mówiła o tych nieprawidłowościach i reakcja była tu natychmiastowa.

Inna propozycja, zmiana o charakterze antykorupcyjnym, została zawarta w projekcie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w 2006 r. Tutaj nie mieliśmy już takiego szczęścia, bowiem propozycja wprowadzenia obowiązku składania przez konsultantów krajowych i wojewódzkich oświadczeń o wszelkich korzyściach majątkowych nie została przyjęta przez parlament i usunięto ją w toku prac parlamentarnych.

Podobne rozwiązanie w zakresie ujawniania korzyści majątkowych aktualnie wprowadzone jest do projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dotyczy ono członków Zespołu do spraw Gospodarki Lekami oraz wszystkich ekspertów uczestniczących w pracach nad przygotowaniem wykazów refundacyjnych. Jednocześnie do tego projektu wprowadza się zasadnicze zmiany dotyczące systemu refundacyjnego w kierunku prowadzenia właśnie przejrzystości i zapobiegania zjawiskom korupcji. Obejmują one między innymi obowiązek wprowadzenia numeru PESEL na wszystkich receptach w odniesieniu do leków refundowanych, a także na obowiązku nie tylko informowania o możliwości nabycia leku tańszego niż ten przepisany na receptę, ale i wydania takiego leku na żądanie pacjenta. Aptekarze będą mieli również obowiązek odnotowania na rewersie recepty numeru dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

Kolejne propozycje antykorupcyjne zmierzają do udowodnienia dostępności do leku już w chwili składania wniosku o jego umieszczenie na listach refundacyjnych. Wiemy, że tutaj bywały pewne nieprawidłowości. Wymagana będzie też kopia decyzji dopuszczenia leku do obrotu wraz z analizą farmakoekonomiczną. W tym projekcie przewiduje się również zakaz przyjmowania korzyści majątkowych przez osoby prowadzące obrót lekami, a także przez lekarzy i świadczeniodawców. Projekt ten jest aktualnie przedmiotem prac sejmowej Komisji Zdrowia.

Minister zdrowia przygotował też projekt zmian legislacyjnych w ustawie o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Zmiany te polegają na rozdzieleniu organu odpowiedzialnego za rejestrację leku od organu odpowiedzialnego za refundację oraz na ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej. Także dotyczy to ograniczeń w posiadaniu akcji i udziałów w spółkach handlowych przez członków organów tego urzędu. Ten projekt jest na etapie uzgodnień wewnątrz rządu.

Minister zdrowia aktualnie pracuje nad opracowaniem ważnej zmiany systemowej, polegającej na wprowadzeniu systemu konsultanckiego w miejsce obecnie istniejącego systemu ordynatorskiego. W chwili obecnej trwają prace koncepcyjne nad nową ustawą o zakładach opieki zdrowotnej. I te propozycje proponujemy w tym dokumencie uwzględnić.

Chciałabym z całą stanowczością podkreślić, że proponowane zmiany systemowe są pewnym procesem. One nie mogą być wprowadzone w życie z dnia na dzień i nie mogą też być to działania jednorazowe, obliczone na szybki efekt, bowiem wymagają one konsekwencji i stałej determinacji w walce z istniejącymi patologiami.

Potwierdzeniem tej determinacji w walce z korupcją służby zdrowia są również inne działania zawarte w sprawozdaniu i dotyczące nie tylko płaszczyzny legislacyjnej, ale i wszystkich innych obszarów działania, w tym również na płaszczyźnie międzynarodowej.

Chciałabym odnotować, że minister zdrowia powołał w dniu 4 października ubiegłego roku Zespół do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia. Jest to zespół o charakterze opiniodawczo-doradczym dla ministra zdrowia. W jego skład wchodzi, oprócz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia – pani prezes osobiście uczestniczy w tych pracach; a także przedstawiciele: Biura Praw Pacjenta, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia. W zależności od bieżących potrzeb w jego pracach uczestniczą także różni eksperci.

I chcę tu podkreślić, że od początku w pracach zespołu uczestniczy w charakterze eksperta pan senator Rafał Ślusarz z senackiej Komisji Zdrowia. Nie muszę dodawać, że naprawdę z wielkim zaangażowaniem wspiera on te prace. I chcę tu bardzo serdecznie podziękować panu senatorowi za uczestnictwo w tych pracach, a także za uczestnictwo w międzynarodowej konferencji, którą minister zdrowia zorganizował w grudniu. Bardzo dziękuję.

Przechodząc teraz do współpracy z Europejską Siecią do spraw Oszustw i Korupcji w Ochronie Zdrowia, z satysfakcją chcę podkreślić, że minister zdrowia jest jednym ze współzałożycieli tej organizacji. Jest to wprawdzie bardzo młoda organizacja, bowiem działa ona od końca 2005 r., ale umożliwia zapoznanie się z najlepszymi praktykami w zakresie walki z korupcją w ochronie zdrowia. Tym samym Polska ma również możliwość korzystania z doświadczeń innych krajów w zakresie przeciwdziałania praktykom korupcyjnym. Na stronie internetowej tej sieci są publikowane liczne artykuły, a także zestawienia międzynarodowe, w tym dotyczące organizacji działalności antykorupcyjnej w ochronie zdrowia i stosowanych rozwiązań prawnych.

Jeszcze raz z całą mocą chcę podkreślić, że problem korupcji nie występuje tylko w ochronie zdrowia, mówił o tym pan przewodniczący: kraje z większym doświadczeniem w działalności instytucji demokratycznych, z dużo większymi wydatkami na ochronę zdrowia, a także z kilkakrotnie większymi wynagrodzeniami pracowników ochrony zdrowia również borykają się z tym problemem. Uczestnictwo w pracach sieci daje ministrowi zdrowia możliwość współdziałania, współpracy, a także korzystania z doświadczeń, minister pracuje bowiem w kilku podkomitetach.

Nie będę już rozszerzała tego tematu. Pan przewodniczący prosił, żebym się zbliżała do końca, chciałabym jednak powiedzieć jeszcze rzecz następującą. W październiku tego roku z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia w Warszawie odbędzie się kolejna konferencja europejskiej sieci. I myślę, że dzięki temu będzie możliwość szerszego uczestniczenia w pracach tej organizacji osób z Polski zainteresowanych tą tematyką. Być może będzie to również interesujące dla członków Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej.

Panie Przewodniczący! Państwo Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Zdaję sobie sprawę, że dobre wystąpienie powinno wyczerpać temat, a nie słuchaczy, w tej chwili tematu wyczerpać nie mogę z racji jego skomplikowanej materii, mam jednak nadzieję, że dzisiejsza dyskusja odsłoni kolejne sprawy, rzuci nowe światło na to, jak rozwiązać ten trudny i wrażliwy społecznie problem.

Bardzo serdecznie dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Strona rządowa w dalszym ciągu jest przy głosie. Prosiłbym o głosy, już takie uzupełniające, pana dyrektora z Ministerstwa Sprawiedliwości i panią prezes, dobrze? Po kolei.

Prokurator w Prokuraturze Krajowej Jerzy Szymański:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Jestem prokuratorem, nazywam się Jerzy Szymański i pracuję w Biurze do spraw Przystępczości Zorganizowanej Prokuratury Krajowej, a od początku lat dziewięćdziesiątych zajmuję się problematyką korupcji w Ministerstwie Sprawiedliwości.

Wydaje mi się, że problem korupcji w naszym kraju tak naprawdę wyszedł na światło dzienne, zresztą podobnie jak w Europie, na początku lat dziewięćdziesiątych. Im więcej o korupcji mówimy, im więcej prasa, radio, telewizja donoszą o zjawiskach korupcji w naszym życiu publicznym, tym silniejsze mamy wrażenie, że rzeczywiście jesteście ogarnięci korupcją. Podobnie dzieje się w środowisku lekarskim. Pojawiło się kilka spraw, które zawładnęły naszymi umysłami i stąd działania ze strony ministra zdrowia, ze strony rządu, które jako Ministerstwo Sprawiedliwości pochwalamy, bo rzeczywiście problem istnieje. On nie wynika tylko z doniesień prasowych, bo faktycznie ten problem jest i musimy go widzieć i musimy zacząć powoli go zwalczać odpowiednimi środkami.

Prokuratura dysponuje takimi środkami. Jest kodeks karny, jest kodeks postępowania karnego, jest też profilaktyka, jest nasze uczestnictwo w inicjatywach podejmowanych przez samo środowisko lekarskie, przez pana doktora Radziwiłła, przez Fundację Batorego, przez parlament i przez ministra zdrowia. Nie dalej jak cztery miesiące temu uczestniczyłem w konferencji zorganizowanej przez – jak sądzę, znanego wszystkim tutaj obecnym państwu – doktora psychiatrii sądowej, pana Jerzego Poboche. Otóż temat tejże konferencji był bardzo interesujący, mianowicie chodziło o zjawisko korupcji wśród biegłych lekarzy psychiatrów.

Proszę państwa, jako organy ścigania i sądy dla potrzeb postępowania karnego, cywilnego czy wykonawczego powołujemy biegłych, nawet powołujemy dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Chodzi o to, żeby zapewnić komisyjność działania. Tymczasem okazuje się, że ta komisja, ci lekarze psychiatrzy, wydają opinie zupełnie nieprawdziwe. Później w drodze postępowań karnych powołujemy innych biegłych, podajemy podejrzanych kolejnej obserwacji i okazuje się, że te wcześniejsze opinie zostały zrobione za pieniądze.

Są to smutne rzeczy, ponieważ jako organy ścigania liczymy na sojuszników, powołujemy ekspertów, ludzi o szczególnej odpowiedzialności, a tymczasem okazuje

się, że wystarczyła kwota 2–3 tysięcy zł, żeby sprawca, niejednokrotnie bardzo poważnych przestępstw, z gatunku przestępczości zorganizowanej, w ogóle uniknął odpowiedzialności karnej. Przecież biegli psychiatrzy orzekają w kwestii winy i jeżeli stwierdzą niepoczytalność, wówczas sąd zwalnia oskarżonego od odpowiedzialności karnej.

Proszę państwa, myślę, że jeśli chodzi o korupcję w świecie lekarskim, też jestem przeciwny uogólnianiu tego zjawiska. Niedawno wszyscy byliśmy epatowani informacjami, że jeden z prokuratorów warszawskich sprzeniewierzył się podstawowym zasadom przyzwoitości, uległ prowokacji i wziął 300 tysięcy zł, co nie znaczy, że cała prokuratura polska jest skorumpowana. Dlatego jestem daleki od stwierdzenia, że cały świat lekarski jest skorumpowany, są jednak pojedyncze przypadki, które niestety rzucają negatywne światło na całe środowisko. Im bardziej będziemy starać się współpracować właśnie z organami ścigania, im bardziej będziemy czyścić swoje środowiska, tym będziemy skuteczniejsi w zwalczaniu korupcji.

Myślę, że jeśli chodzi o dawanie lekarzom czy pracownikom służby zdrowia łapówek, jest to kwestia przyzwyczajenia, pewnej złej tradycji. Jak pani minister mówiła, tej tradycji w Anglii czy w Stanach Zjednoczonych nie ma, tam nikt nie mówi o łapówkach. Człowieka przyjmuje się do lekarza i ten człowiek na ogół płaci i oczekuje dobrej opieki lekarskiej.

Jest tu jednak coś, co należy zmienić. Na pewno nie jestem fachowcem, jeśli chodzi o możliwość podsunięcia jakichś rozwiązań systemowych, jednak niewątpliwie system opieki zdrowotnej wymaga chyba jednak stale – co zresztą deklaruje pan minister profesor Religa – udoskonaleń. Przyczyny problemu tkwią rzeczywiście w złym systemie i w tych niedobrych przyzwyczajeniach.

Nigdy nie obwiniam samego lekarza za to, że bierze, że przyjmuje łapówkę. W takiej sytuacji powinniśmy zapytać: pacjencie, dlaczego dajesz łapówkę?! Inna sytuacja jest, jeżeli to lekarz jej żąda i uzależnia od łapówki świadczenie usług zdrowotnych, które powinny być bezpłatne, albo przyjęcie do szpitala. To są sytuacje zupełnie niemoralne.

Proszę zwrócić uwagę na taką rzecz, mianowicie wprowadziliśmy w lipcu 2003 r. tzw. klauzulę bezkarności. W sytuacji, kiedy pacjent daje łapówkę, a lekarz ją przyjmuje – albo nawet przyjmuje samą obietnicę jej przyjęcia – jeśli ten dający, ten czynny aktor układu korupcyjnego, zgłosi o tym organom ścigania, a więc dowody będą tu oczywiste, jednak nie podlega on karze. Tak więc aktualnie kodeks karny daje nam możliwości ujawnienia zjawisk korupcyjnych.

Proszę państwa, Panie i Panowie Senatorowie, jeżeli będą pytania, dysponuję całym szeregiem statystyk. Nie chciałbym już wydłużać mojego wystąpienia, w każdym razie podzielam celne uwagi pani minister w odniesieniu do problematyki zwalczania korupcji. Jeśli będą jakieś pytania, służę odpowiedzią. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję panu prokuratorowi.

Bardzo proszę panią prezes o uzupełnienie tego, co powiedziała nam pani minister w imieniu rządu.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Dorota Puka:

Państwo Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Narodowy Fundusz Zdrowia zarządza środkami finansowymi, które pochodzą ze składek, i działa tutaj na rzecz ubezpieczonych. Mając świadomość tej olbrzymiej odpowiedzialności, jaka spoczywa na funduszu, wiążącej się z prawidłowym zarządzaniem tymi pieniędzmi, z prawidłowym ich wykorzystaniem, fundusz musi dokładać wielu starań, aby ograniczyć wydatkowanie środków za świadczenia, za usługi, które nie zostały wykonane, za leki, które nie zostały zaordynowane. Można powiedzieć, że fundusz dąży do minimalizowania wszelkich prób świadczeniodawców do uzyskania płatności za świadczenia niewykonane. I to jest jeden z zasadniczych obszarów naszych działań na polu walki z oszustwami i korupcją w służbie zdrowia.

Głównymi obszarami, na których mogą występować nieprawidłowości, to przede wszystkim sprawozdanie, przedkładanie rozliczeń za świadczenia niewykonane i ordynacja leków. Ostatnio zauważyliśmy też duży obszar nieprawidłowości w zakresie zlecenia przedmiotów ortopedycznych i od maja 2004 r. prowadzimy określone działania, żeby to wszystko wychwycić i zapobiec wydawaniu środków tam, gdzie one nie powinny być wydawane. Również pewne problemy i nieprawidłowe elementy pojawiają się przy rozliczeniach międzynarodowych.

Najogólniej rzecz biorąc działaniem, które fundusz podejmuje w celu ograniczenia obszaru oszustw, przede wszystkim jest bieżąca analiza realizacji świadczeń, wspomagana narzędziami informatycznymi, które mają wyszukać wszelkie błędy i oszustwa, które w tych sprawozdaniach się pojawiają. Tutaj rzeczywiście rozwijamy systemy informatyczne, które już w coraz bardziej szczelny sposób potrafią analizować wszystkie sprawozdania, które składają świadczeniodawcy. Te wstępne analizy polegają między innymi na tym, żeby sprawdzić, czy na przykład PESEL pacjenta, któremu wykonano usługę, jest w centralnym wykazie ubezpieczonych i czy ten pacjent żyje, bo zdarzają się w sprawozdaniach świadczenia dla osób nieżyjących. Sprawdzamy też, czy płeć pacjenta zgadza się z profilem oddziały, a także wykonujemy wiele innych sprawdzeń, które pozwalają na wychwycenie nieprawidłowości już przy wstępnym składaniu rachunków do rozliczeń. Później prowadzona jest również analiza porównawcza sprawozdań od różnych świadczeniodawców. Sprawdzamy, czy w tym samym czasie pacjent, który był w szpitalu, nie był jednocześnie w przychodni czy w sanatorium, bo takie dane również uzyskujemy.

Uwzględniając analizy uzyskane na podstawie systemu informatycznego przeprowadzane są kontrole realizacji umów, które po prześledzeniu dokumentacji pacjenta pozwalają dokładnie stwierdzić, czy rzeczywiście ten proces, który wydawał się niepokojący, miał miejsce i czy rzeczywiście doszło do jakiegoś nadużycia.

Tak jak pani minister powiedziała, 33 miliony zł to efekt ubiegłorocznych kontroli, a było ich ponad cztery tysiące, przeprowadzonych u świadczeniodawców. Najczęściej w czasie kontroli stwierdzano przede wszystkim brak właściwej dokumentacji, czyli udokumentowania świadczeń w historii pacjenta, a także dopisywanie pacjentów do list lekarzy POZ, zawyżone wyceny realizowanych świadczeń, tworzenie fikcyjnych dokumentacji pacjentów, często w takim celu, żeby można było udokumentować przepisanie leków.

Tutaj podstawowym sposobem, który mógłby wyeliminować lub ograniczyć te próby oszustw, jest wprowadzenie Rejestru Usług Medycznych. On działa już w wo-

jewództwie opolskim, lubuskim i pomorskim, gdzie jest RUM książeczkowy, zaś na Śląsku RUM jest w postaci kart. I tam, gdzie pacjenci każdorazowo potwierdzają kuponem wykonanie świadczenia, liczba nieprawidłowych przypadków jest znacznie mniejsza. Polega to na tym, że każdorazowo pacjent autoryzuje wykonane świadczenie i nie ma możliwości sprawozdawania do funduszu przez świadczeniodawcę czy przez aptekę świadczeń niewykonanych czy leków, które nie zostały zaordynowane.

Obszar leków też jest bardzo dużą dziedziną, w której może dochodzić do nieprawidłowości. Ze względu na ograniczenia czasowe nie będę ich wszystkich przedstawiać, jednak mamy również świadomość tego, że konieczna jest tutaj analiza ordynacji lekarskiej. W tej chwili przede wszystkim prowadzona jest ona w odniesieniu do recept dla inwalidów wojennych, ponieważ te recepty zapewniają bezpłatny dostęp do leków i w tym zakresie jest rejestrowanych, wykrywanych sporo nadużyć. One są zgłaszane do organów ścigania i na podstawie tego jesteśmy w stanie potem odzyskać pieniądze za leki, które zostały zlecone nie tym, którzy powinni być ich odbiorcami. Często zdarzało się, że wykrywaliśmy pacjenta o tym samym numerze PESEL, któremu były zlecane leki, powiedzmy, nieadekwatne do jego schorzenia, a dawki zalecone w ciągu kilku miesięcy wystarczyłyby na kilkuletnią kurację. Analiza danych, które mieliśmy zgromadzone wskazywała na to, że konieczne jest tutaj sprawdzenie dokumentacji medycznej, bo dopiero po takim sprawdzeniu można było podejmować inne działania.

Jeśli chodzi o przedmioty ortopedyczne, zasygnalizuję tylko, że tutaj często spotykamy się z zawyżaniem marż przez firmy je sprzedające. Również zaobserwowaliśmy to, że wydawany jest pacjentowi przedmiot nieodpowiedniej jakości, a obciążani jesteśmy my; to znaczy firma przedstawia rachunek za przedmiot znacznie wyższej jakości, lepszej jakości, a pacjent dostaje coś innego. Często współpracują lekarze z... Może „często” to nie jest dobrze powiedziane, ale zdarza się, że lekarze współpracują z firmami oferującymi przedmioty ortopedyczne i często te przedmioty są zlecane w sposób nieuzasadniony.

Tutaj na pewno konieczna byłaby możliwość współpracy z pacjentem, uzyskanie od pacjenta potwierdzenia, że przedmiot ortopedyczny, który na jego nazwisko został wydany, on faktycznie otrzymał. Tak więc tutaj też mamy pewne propozycje rozwiązania w tym zakresie i to też będziemy chcieli wdrażać.

Oczywiście to jest ten obszar działania, który związany jest z wydawaniem środków i, tak jak mówię, tą starannością, do której tutaj fundusz jest zobowiązany. Oprócz tego zdajemy sobie sprawę z trudności, na jakie napotyka pacjent. I to jest jakby drugi obszar działalności, czyli to, co próbujemy identyfikować jako problemy pacjenta w korzystaniu ze świadczeń. Oczywiście one wszystkie rodzą się na tle pewnego ograniczenia w liczbie świadczeń, przynajmniej tego zgłaszanego przez świadczeniodawców. Mamy świadomość tych niewłaściwych zjawisk, jak pobieranie opłat od pacjentów za część świadczeń, za staplery, za endoprotezy, za dodatkowe badania. Pacjenci się skażą, ale nie za często, bo pacjenci jednak obawiają się tego, że interwencja funduszu czasami może pogorszyć, a nie poprawić ich sytuację. Niemniej jednak takie skargi do nas również wpływają.

Rzecznik praw pacjenta to jest ta osoba, która przyjmuje u nas wszelkie informacje od pacjentów. Na stronie internetowej mamy informacje o tym, w jaki sposób się z nami kontaktować, w jaki sposób pacjenci mogą do nas zgłaszać swoje problemy.

Chcemy tutaj wyjść naprzeciw pacjentom i pomagać im w poruszaniu się w systemie ochrony zdrowia, bo to nie jest proste, czego mamy świadomość.

Oczywiście wiadomo, że sytuację generalnie powinno poprawić poszerzenie dostępu do świadczeń, to byłoby rozwiązanie tego zasadniczego problemu. Tak więc w tym zakresie cały czas trwają prace nad katalogami świadczeń. Poprzez analizę dostępności szukamy optymalnych rozwiązań, które spowodują, że pewne świadczenia – w tej chwili trudno dostępne, do których są długie kolejki – poprzez inny sposób kontraktowania finansowania staną się być może bardziej dostępne dla pacjentów.

Jednym z takich technicznych rozwiązań jest prowadzenie list oczekujących, które prowadzą świadczeniodawcy. Oni przekazują nam informacje o długości list oczekujących, a my sporadycznie prowadzimy kontrole w tym zakresie. Myślę, że rozszerzamy też rynek świadczeniodawców, dopuszczamy do kontraktowania niepubliczne zakłady, nowe zakłady, co też powoduje, że pacjent ma do dyspozycji większy obszar, na którym może szukać pomocy. To też jest jednym z elementów, który powinien poprawiać dostępność usług dla pacjenta i poprawiać sytuację w tym całym obszarze ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że to już ostatni głos.

Bardzo proszę o przedstawienie się.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia
w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji
Marek Kuciński:**

Marek Kuciński z Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Szanowni Państwo Przewodniczący! Szanowne Panie i Panowie Senatorowie!

W uzupełnieniu tego, co przed chwilą usłyszeliśmy zarówno od pani minister, pana prokuratora, ale i od pani prezes, chciałbym skoncentrować się na tych działaniach, które można podjąć w celu wdrażania działań antykorupcyjnych. I nie jest to walka z korupcją, bo od tego mamy właściwe organy państwa, właściwe organy ścigania, właściwe służby, natomiast widzimy tu rolę przede wszystkim organu założycielskiego, który powinien monitorować zakłady opieki zdrowotnej, nad którymi ma on nadzór w zakresie wdrażania rozwiązań antykorupcyjnych.

I tutaj przede wszystkim kładziemy nacisk na edukację, ponieważ tak naprawdę dobrze wyedukowani i pacjenci, i pracownicy będą wiedzieli, że mają do czynienia z sytuacją korupcyjną. Bardzo trudno jest czasami rozgraniczyć sytuację dowodów wdzięczności od sytuacji wręczania łapówki. Jest to temat polemik.

Proponujemy tu arcykampanie edukacyjne, między innymi oparte na założeniu: nie biorę łapówek. Oplakatowanie zakładów dużymi plakatami „Nie biorę, nie daję łapówek” ma być wyraźnym, czytelnym sygnałem dla pacjentów, że w tym szpitalu lekarze i cały personel są nastawieni na to, żeby przeciwdziałać korupcji i nie propagować postaw prokorupcyjnych.

Następną dziedziną, którą uważamy za bardzo istotną, jest szkolenie i edukowanie personelu medycznego. Rozpoczęliśmy takie działania podczas narady dyrektorów podległych jednostek i we współpracy z Komendą Główną Policji staraliśmy się przekazać, poczynając od przykładów osób zarządzających, czym jest korupcja, jakie są jej przejawy. Chodziło o to, żeby uzmysłowić fakt, że zagrożenia w zakładach opieki zdrowotnej, którymi kierują ci dyrektorzy, są dosyć duże i zobowiązaliśmy tych dyrektorów do przekazania tej wiedzy kadrze zarządzającej. Tak naprawdę bardzo dużo na oddziałach czy w klinikach zależy od ordynatora czy kierownika kliniki, bo to oni często decydują o tym, co się tam dzieje. Często z racji wielkości zakładu Dyrektor nie jest w stanie być we wszystkich miejscach na raz i kierować każdą komórką organizacyjną, zresztą nie taka jest jego rola. I tutaj średnia kadra zarządzająca ma ogromną rolę do odegrania.

Na przykład w jednym z zakładów testowo wprowadzono obowiązek uzyskiwania zgody dyrekcji na wejście każdego przedstawiciela firmy farmaceutycznej. Cały personel ma nakaz informowania o tym dyrekcji. I okazało się, że te firmy farmaceutyczne bardzo ograniczyły swoją działalność. W momencie, kiedy muszą to załatwić przez dyrektora, który nie działa sam, ale w obecności prawników, zastępcy do spraw leczenia, okazuje się, że te firmy są dużo mniej zainteresowane pobytem na terenie takiej jednostki.

Teraz sprawa niezwykle istotna przy badaniach klinicznych. W naszych zakładach opieki zdrowotnej we wszystkich badaniach zlecanych przez podmioty zewnętrzne stroną tych umów jest zakład opieki zdrowotnej. Nie ma takiej sytuacji, kiedy ordynator czy kierownik kliniki dopuszcza do prowadzenia badań czy też firmuje prowadzenie badań. Stroną zawsze jest tu zakład opieki zdrowotnej.

Dodatkowa kontrola przy zamówieniach publicznych jest, wydawałoby się, sprawą oczywistą. Dzisiaj komórki zamówień publicznych stanowią bardzo duży obszar ryzyka korupcyjnego. Tym, do czego dążymy, jest wprowadzenie jednolitych standardów zachowań we wszystkich naszych zakładach opieki zdrowotnej. W tej chwili podjęliśmy prace nad kodeksem etyki pracownika zakładu. Chcemy go upowszechnić we wszystkich naszych zakładach; pracownicy podpisem potwierdzaliby przyjęcie tych rozwiązań do wiadomości, czyli każdy z pracowników osobiście zadeklaruje, że będzie przestrzegał zasad, które zostaną tam zapisane.

Minister spraw wewnętrznych i administracji podjął także decyzję o powołaniu pełnomocnika do spraw wdrażania strategii antykorupcyjnej w zakładach opieki zdrowotnej. Ta strategia jest obecnie na etapie opracowywania. Okazuje się, że wcale nie jest takie łatwe doprowadzenie w usystematyzowany sposób do sytuacji, kiedy we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej ta strategia na wszystkich poziomach będzie wdrożona – poczynając od dyrekcji przez cały personel medyczny i przez cały personel administracyjny.

Okazuje się, że dużymi punktami ryzyka jest to, o czym w ogóle tu nie mówimy, czyli na przykład serwis urządzeń medycznych, czyli to, jak są serwisowane urządzenia medyczne, które pojawiają się w tych zakładach, kto za to bierze pieniądze? Dzisiaj dużo firm farmaceutycznych chciałoby leki dawać za darmo, a dużo firm produkujących chciałoby wstawiać swoje urządzenia za darmo, bo tak naprawdę oni mają zyski dopiero z tego, że serwisują sprzęt i że wdrażane są kuracje określonymi lekami, których nie można przerwać. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że niektóre kuracje

muszą być kontynuowane tymi samymi lekami, a przynajmniej odejście od nich w trakcie kuracji jest niezwykle ryzykowne.

I to właściwie tyle, w ramach uzupełnienia tego, o czym mówili przedstawiciele hurtowni.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję.

Chciałem jeszcze tylko przypomnieć, że ta dyskusja toczy się jednak w mediach. W sobotę był bardzo interesujący artykuł-wystąpienie profesora Jędrzejczaka w „Gazecie Wyborczej”, był też ciekawy wywód pana profesora Safjana w „Newsweeku” na temat tych działań. I muszę powiedzieć, że w wypowiedziach państwa, trochę mi zabrakło odniesienia do tego, co jest podnoszone, na przykład profesor Jędrzejczak kwestionuje zaliczenie lekarzy do funkcjonariuszy publicznych, wskazuje też na sztywność. Jest też pewna kwestia, której w kontekście działań antykorupcyjnych w państwie w tym pakiecie mi zabrakło. Mianowicie sytuacja, w której kończy się kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia i zakład publiczny jest stawiany w stan spoczynku, to znaczy nie ma prawa wykonywania usług dla poza tzw. kontraktem, jest korupcjogenna. Z pewnością powinny być szybko wyeliminowane też inne sprawy, jak kwestia prawa wyboru w zespole, w oddziale danego operatora – też podnoszona przez profesora Jędrzejczaka.

I wreszcie jest bardzo stara zasada Cycerona, który mówił o normie wzajemności. Przy omawianiu kapitału społecznego jest mowa o tym, że skrajnym niewdzięcznikiem jest ten, kto nie odwdzięcza się za doznane dobro, a w kapitale społecznym jest to jeden z kluczy do budowania zasady współpracy z ludźmi. I tutaj dyskusja na temat tego, czym napiwek czy dowód wdzięczności, a kiedy mamy już do czynienia z korupcją, jest konieczna. Jest konieczna choćby po to, aby pozyskać tu środowiska lekarzy i pielęgniarek, które mają prawo mieć poczucie przejrzystości co sytuacji, z którymi stykają się w pracy.

Otwieram dyskusję.

Bardzo proszę, pan prezes Włodarczyk.

Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Pani Minister!

Mam nadzieję, że wszyscy tu obecni nie dziwią się, że jako przedstawiciel korporacji lekarskiej poprosiłem o głos.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Został pan dopuszczony do głosu jako pierwszy, ale to już pewnie w ramach tzw. przywileju lekarskiego...)

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze, rozumiem, że nie jest to forma „przed”, tylko „po”.

(Wesołość na sali)

Proszę państwa, z przerażeniem wysłuchałem tego tutaj na tej Sali. I jeżeli ja słyszę to, co słyszę, z ust przedstawicieli rządu w sali Senatu i w obecności senatorów Rzeczypospolitej Polskiej, to nie dziwię się, że większość społeczeństwa myśli tak, jak myśli i że są takie uogólnienia, jakie są – że posługuje się częściowo zafałszowanymi danymi.

Proszę państwa, nie mówimy o półprawdach i powiedzmy prawdę. Jeżeli Fundacja Batorego podaje, czym się manipuluje, że 36% respondentów twierdzi, że dało łapówkę pracownikowi medycznemu ochrony zdrowia – bo nie tylko lekarze, ale pielęgniarki i inne zawody medyczne również są posądzane o łapówkarstwo – to nie mówi się o tym, że w tym badaniu pytanie dotyczyło przestrzeni ostatnich trzydziestu sześciu lat, i wreszcie, że pytanie było o pieniądze lub jakieś inne drobne prezenty. Tak, i na tej podstawie wyciąga się wniosek, że 36% pracowników służby zdrowia bierze łapówki.

Czapiński z Tymowską zrobili niedawno badanie, z którego wynika, że niecałe 10% obywateli naszego kraju przyznaje się do tego, że wręczało pracownikom ochrony zdrowia jakieś prezenty lub pieniądze – przypominam cały czas: jakieś prezenty lub pieniądze, bo nie zawsze są to pieniądze, a Fundacja Batorego w ostatnim badaniu mówi o 10%. I nie wiadomo, jakiej podstawie – bo byłem na tej konferencji – mówi, że 70% respondentów twierdzi, że były to pieniądze, podczas, kiedy takiego pytania nie zadano.

Proszę państwa, jestem lekarzem chirurgiem, który trzydzieści lat pracował. I ponieważ od 1997 r. praktycznie nie uprawiam zawodu lekarza, a od 1997 r. obowiązuje obecne prawo, obecne ustawodawstwo, nie boję się, Panie Prokuratorze, mam moralną i cywilną odwagę powiedzieć, że byłby ze mnie bardzo kiepski chirurg, gdybym przez te trzydzieści lat mojej pracy zawodowej nie otrzymał od pacjenta po operacji dowodu uznania – bardzo często wcale przeze mnie nieoczekiwanego, niechcianego; powiem więcej: czasami branego tylko dlatego, że jestem człowiekiem kulturalnym i żał mi było nieraz człowieka starszego, biednego, który dawał mi 2 zł jako podziękowanie za to, co dla niego zrobiłem. I gdybym nie przyjął tych 2 zł od tej babci, to ona by to odczytała tak, że doktor się obraża, za mało dałam, a nie stać mnie na więcej. Nie wiem, co ona by sobie pomyślała. Tak więc dla mnie byłoby niegodne nie przyjąć tych 2 zł od tej kobiety.

Pani Minister, jak pani wie, publicznie, w otwartym liście zadałem pytanie, dlaczego skoro istnieje tyle powołanych przez państwo instytucji do ścigania zjawisk przestępczych, w tym korupcji, powołuje się zespół w Ministerstwie Zdrowia? Jakże on ma cele, co on ma osiągnąć? Po roku okazuje się, proszę państwa, że nie ma tak naprawdę żadnych wniosków z prac tego zespołu.

Panie Prokuratorze, ja się cieszę, że pan reprezentuje departament przestępczości zorganizowanej, a przestępczość w Polsce jest zorganizowana w ochronie zdrowia przez system ochrony zdrowia, przez państwo, przez polityków, przez tych, którzy spowodowali, że system jest dzisiaj taki, jaki jest, jak on funkcjonuje. Sam pan powiedział, że żeby ktoś mógł wziąć, ktoś musi chcieć dać.

Żyjemy w państwie, w którym przez całe lata komuniści w ramach niszczenia elit społecznych, między innymi niszczyli zawód lekarza i płacili im grosze. W latach pięćdziesiątych Gomułka czy któryś z jego ministrów powiedział: nie damy lekarzom pieniędzy, oni se jakoś dorobią. Społeczeństwo o tym wiedziało. I przez całe lata formę zapłaty za ciężką, odpowiedzialną, często z narażeniem własnego zdrowia – a wręcz i życia w obecnych czasach, kiedy mamy do czynienia z HIV – usługę lekarską społeczeństwo wyrażało w różny sposób. Było to podziękowanie lekarzom i pielęgniarkom za ich ciężką i bardzo źle płatną pracę.

Wreszcie mówimy też półprawdę pani minister o tym, że w krajach, gdzie są większe nakłady na ochronę zdrowia, istnieje zjawisko korupcji. Tak, tylko o jakiej

korupcji my mówimy? Mamy kilka aspektów korupcji w ochronie zdrowia, też tę o której powiedziała pani prezes z Narodowego Funduszu Zdrowia, a która wynika z wadliwego systemu.

Przypomnę słowa pana ministra Religii wypowiedziane kiedyś w telewizji: Jak ja mam leczyć, kiedy pacjent zamawia u mnie obiad, który składa się z trzech dań, a Narodowy Fundusz Zdrowia płaci mi za jedno? Czyli ja, jako dyrektor Instytutu Kardiologii, za zupę i deser musiałbym zapłacić z własnej kieszeni. Tak więc ci dyrektorzy kombinują, jak mają dostać pieniądze z Narodowego Funduszu Zdrowia jeszcze za zupę i za deser.

Wreszcie, jeżeli to jest taki problem – zadaję to pytanie publicznie i głośno nie po raz pierwszy, bo od lat je zadaję – to dlaczego nie istnieje do tej pory RUM? Czy wymaga aż tylu lat wdrożenie systemu kontroli świadczeń? Widocznie komuś na tym zależy, żeby to trwało tak długo.

Wreszcie wracam do półprawdy o korupcji w innych krajach, znacznie bogatszych, bo ona funkcjonuje tam przede wszystkim nie w relacji lekarz – pacjent, bo tam lekarz czy pielęgniarka są godziwie wynagradzani, tam nikomu nie opłaca się ryzykować za 10 zł, 100 zł, 1 tysiąc zł czy 2 tysiące zł utraty godziwych zarobków i do tego jeszcze zakucia w kajdany. Tam korupcja funkcjonuje na innych zasadach, na zasadach relacji przemysł farmaceutyczny – przemysł medyczny, lekarz, menadżer placówki. I przy dużych zamówieniach, kiedy menadżer kupuje coś dużego, są wypłacane prowizje. I z tym się tam walczy i rzeczywiście nie jest to łatwo zlikwidować. I jeżeli mówimy o korupcji, to mówmy, że owszem, jest tam korupcja, ale tego rodzaju.

Wreszcie, jeżeli się powołujemy, proszę państwa, na badania grupy lekarskiej Fundacji Batorego, to proszę również zwrócić uwagę na wnioski tej grupy, mianowicie na pierwszym miejscu są trzy postulaty, o których cały czas mówi samorząd lekarski, to znaczy: wprowadzenie koszyka świadczeń; czytelne określenie, co się obywatelowi należy, a także podniesienie uposażeń i wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń. Dodam do tego jeszcze, Pani Minister, dopłaty. Po prostu pacjent nie będzie miał tego hazardu moralnego, skłaniającego do nadużywania świadczeń medycznych. Pacjent zwłaszcza w POZ – to stwierdzono we Francji – jeśli płaci nawet drobną, symboliczną kwotę, nigdy nie wyjmie pieniędzy po to, żeby dać pod stołem. On ma bowiem świadomość, że płaci, a te pieniądze są rejestrowane – wszystko jest wtedy czytelne i jasne.

Proszę państwa, jeżeli mówię o oburzeniu, to mówię o tym dlatego, że bardzo chętnie mówimy o korupcji w systemie ochrony zdrowia, bardzo chętnie to uogólniamy, bardzo chętnie przedstawiamy przykłady lekarzy, pielęgniarek czy innych pracowników, którzy tej korupcji ulegli, ale nikt od lat nie chce pokazać wprost, dlaczego ta korupcja istnieje. Nikt nie chce zrobić czegoś, żeby usunąć przyczyny, których ta korupcja jest skutkiem, chodzi tu właśnie o niedofinansowanie, złą organizację systemu itd. I taka jest prawda, dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(*Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej Andrzej Włodarczyk: Przepraszam, jeśli zbyt emocjonalnie o tym mówiłem.*)

Tak. Bardzo proszę, zgłaszają się: pan senator Ślusarz, pan senator Okła i pani senator Rudnicka.

W tej kolejności, bardzo proszę.

Senator Rafał Ślusarz:

Panie Przewodniczący! Szanowni Zebrani!

Chcę się odnieść do kilku rzeczy i chociaż takie, powiedziałbym, kardynalne tezy z mojego wystąpienia wyjął już pan doktor Włodarczyk, powrócę do nich.

Zaczynając od przyczyn, sięgamy do tego, co jest napisane w raporcie Transparency International o przyczynach korupcji w służbie zdrowia. I tam są trzy takie podstawowe przyczyny, że to jest złożony system, że jest niesymetryczność informacji, że jest duża ilość świadczeniodawców. Prawdę mówiąc, długo się nad tym zastanawiałem i nie bardzo rozumiem, o co autorom tutaj chodzi, zwłaszcza w kontekście tej niesymetryczności informacji. Korupcja pojawia się bowiem tam, gdzie jest po prostu złamana zasada rozdziału prywatnego od publicznego, tak to od dawna definiowano i do tego można sprowadzić ten problem.

Myślę, że rzeczą, na którą warto zwrócić uwagę, jest to, że tam, gdzie zapadają decyzje w odniesieniu do dużych pieniędzy, jest klimat sprzyjający korupcji – oczywiście jeżeli to są decyzje indywidualne, nieuregulowane prawnie, gdzie istnieje pewna dowolność. I tam ta korupcja łatwiej może się pojawić. I to jest pierwsza rzecz, o której chcę powiedzieć.

Druga rzecz wiąże się w jakiejś mierze z tym, o czym powiedział pan Włodarczyk. Mianowicie, czy korupcja w Polsce, to, że lekarze biorą łapówki, jest przyczyną złego funkcjonowania systemu i jego niedoborów finansowych, czy może te niedobory finansowe są przyczyną łapówkarstwa?

Jestem w stanie udowodnić, że prawdą jest druga część tej wypowiedzi, że niedobory finansowe, a zwłaszcza niskie płace pracowników służby zdrowia, są przyczyną łapówek, nawet nie system. Proszę państwa, łatwiej w tej chwili zoperować laparoskopowo pęcherzyk żółciowy w Polsce niż w Wielkiej Brytanii: to następuje szybciej, ale w Wielkiej Brytanii nie pójdzie za tym łapówka. Tak więc to są pensje lekarzy, bo tam, gdzie te pensje się poprawiają, znika łapówkarstwo.

I tutaj wracając już bardzo mocno do tych tez, które poruszył pan Włodarczyk, rzeczywiście, proszę państwa, mamy dwa bardzo odrębne rodzaje łapówkarstwa w służbie zdrowia. One są dramatycznie odrębne i jeżeli nie będziemy tego rozdzielać, to będzie dochodziło do nieporozumień. Proszę bardzo, w krajach bogatych też są łapówki, ale inne.

I na to, co pan doktor Włodarczyk powiedział – po raz ostatni już zacytuje Mojego przedmówcę – że tam istnieje inny rodzaj korupcji niż w Polsce, odpowiem tak: ten rodzaj korupcji, który tam istnieje, moim zdaniem, istnieje też w Polsce, może być nawet gorzej, on może być zupełnie jeszcze nie spenetrowany, bo nikt tym się nie zajmuje, jest nieobecny w mediach. Ta korupcja nie ma dobrej nazwy, ale ja bym ją nazwał korupcją urzędniczo-systemową, bo w niej może uczestniczyć lekarz, ale występuje on jako urzędnik. I ona różni się od tej korupcji, która łamie zasadę dobrej relacji lekarz – pacjent, kiedy mamy do czynienia z chorym człowiekiem, a nie kimś, kto przyszedł sobie załatwić rentę i jest zdrowy. Chodzi o sytuację, kiedy ktoś jest chory i potrzebuje jakieś świadczenie, a w tym momencie następuje rzecz bardzo podła – znamy przypadki takiej korupcji, nie kwestionujemy tego. W Polsce jest jej za dużo, to jest rzecz, która nas kompromituje, ale to też jest

typowe dla krajów trzeciego świata, czyli biednych systemów ochrony zdrowia, i dla krajów postkomunistycznych, czyli też biednych systemów ochrony zdrowia. To są całkiem odrębne mechanizmy i zjawiska, tak więc nie powinniśmy ich mieszać i powinni się chyba zajmować nimi odrębni ludzie. Pozwolę sobie tę tezę w sposób bardziej rozbudowany udowodnić.

Proszę państwa, ta korupcja lekarsko-indywidualna, jest wtedy, kiedy widzę chorego, nieszczęśliwego człowieka, którego właśnie dotknęło wydarzenie związane ze stanem zdrowia i który przychodzi do lekarza poszukując u niego pomocy. I to jest pierwsza sytuacja, dość pospolita, jej uczestników jest wielu i mogą oni występować wielokrotnie. I chodzi tu o kwoty stosunkowo niewielkie, ale mogące docelowo dawać duże kwoty. Ta druga korupcja, urzędnicza to są zjawiska indywidualne, bardzo często nierozpoznane i często na ogromne kwoty pieniędzy.

Jeżeli państwo zadacie sobie trud i przeczytacie ten raport Transparency International, to w nim padają takie kwoty, że naprawdę włos się jeży na głowie, są to pieniądze, które na pewno robią wrażenie.

Rozprzestrzenienie tego pierwszego rodzaju korupcji, jak powiedziałem, występuje w tych krajach, gdzie te systemy są biedne, zaś ten drugi rodzaj występuje we wszystkich systemach. I tutaj nie przeciwstawiałbym ich sobie, nie mówiłbym, że my mamy tylko jeden rodzaj korupcji, a ktoś inny ma tylko drugi rodzaj korupcji.

Ta pierwsza korupcja jest bardzo piętnowana, bo ona rzeczywiście powoduje spadek prestiżu lekarza, ale też ma swoje konsekwencje, choćby ostatnio w transplamtologii. Ta druga korupcja jest bagatelizowana, jakiś czas temu słyszeliśmy, że jest tzw. sprawa radska, jakaś firma jest podejrzana, w szeregu ZOS, które miały kontakty z tą firmą, zablokowano komputery, jednak zasadniczo medialnie nie zrobiło to na nikim dużego wrażenia. Raczej wszyscy się dopytywali, czy lekarze są w to umoczeni. Czyli znowu pojawił się ten wątek piętnowania lekarza, bez jakiegoś bardziej wnikliwego rozeznania sprawy.

Ta pierwsza korupcja na linii lekarz – pacjent jest dość dobrze rozpoznana, myślę, że wiadomo, o co chodzi, w małych miejscowościach wiadomo, który lekarz to łapówkarz. Przy tej drugiej korupcji nie wiadomo, kto daje, jaka firma i komu daje. Myślę, że ona potrafi wystąpić w zaskakujących miejscach i oczywiście to nie jest kamyczek do czyjegoś ogródka, ale w Ministerstwie Zdrowia też potrafi wystąpić, chodzi o te zwolnienia z opłat studentów obcokrajowców, prawda? Kto by się tego w takim miejscu spodziewał?

Moim zdaniem, ta pierwsza korupcja jest łatwa do zwalczania, bo łatwo zrobić zakup kontrolowany, łatwo przyjść...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, ta pierwsza to jest ta indywidualna lekarska, łamiąca zasadę lekarz – pacjent. Sądzę, że codziennie sto tysięcy ludzi wchodzi do gabinetów prywatnych potrzebując jakiejś usługi czy może przyjęcia do szpitala, wykraczających poza to, co ten gabinet oferuje. A jeśli chodzi o możliwość uchronienia się lekarza – jeżeli ma takie ciągoty – przed taką sprzedażą kontrolowaną, moim zdaniem, jest trudna. Nie jest łatwo wykryć tę drugą korupcję, bo na przykład trzeba by udawać dyrektora szpitala, który przyszedł po kontrakt za pieniądze albo chce załatwić wyższe stawki z NFZ, albo trzeba by udawać przedstawiciela firmy farmaceutycznej. W tej sytuacji na pewno trudniej stworzyć sobie legendę.

Ta pierwsza korupcja bardzo niszczy wizerunek służby zdrowia, zaś ta druga praktycznie jest obojętnie odbierana, a przynajmniej pacjent nie uważa, że to psuje jego opinię o służbie zdrowia.

Proszę państwa, bardzo ważna rzecz, ta pierwsza korupcja jest oparta na pieniądzach pozasystemowych, to są pieniądze wyjmowane przez pacjenta z zewnątrz. Natomiast do tej drugiej korupcji używane są pieniądze systemowe, pieniądze, które powinny być wydawane na bardzo określone cele. Ta pierwsza w jakiejś mierze buforuje system, bo buforuje płace pracowników służby zdrowia – ja jej nie usprawiedliwiam, ale ma ten wymiar – zaś ta druga zdecydowanie niszczy system, psuje mechanizmy wewnątrz tego systemu i, tak jak mówię, wyciąga z tego systemu pieniądze, które powinny w nim pozostać.

Oczywiście przedmiotem kontraktów tej pierwszej korupcji jest zdrowie lub życie pacjenta, a więc to jest bardzo wysoki kontrakt, a w tej drugiej to jest jakieś dobro, na pewno nie tej rangi co przy tej pierwszej korupcji, czyli lepszy kontrakt, prestiż dyrektora, bo może będzie miał coś, czego nie ma konkurencja, czasami chodzi o prestiż naukowca. Jest tu wiele elementów. Oczywiście otarliśmy się o korupcję czy o oszustwo w służbie zdrowia związane z badaniami naukowymi – to jest ogromny temat, bardzo dobrze spenetrowany na Zachodzie. Podam taki przykład, on zresztą jest w tym materiale: są zalecane statyny do obniżania cholesterolu przez amerykański komitet narodowy i na dziewięciu ekspertów siedmiu finansowanych jest przez firmy produkujące te statyny. I jako lekarz nadal twierdzę, że statyny na obniżenie cholesterolu warto brać, ale powiedzmy sobie szczerze, że jest zastanawiające, że tak trudno jest znaleźć osoby niemające konfliktu interesów.

Proszę państwa, ta pierwsza korupcja jest bardzo omawiana, bardzo dyskutowana i ona istnieje w świadomości społecznej, zaś ta druga w świadomości społecznej jest praktycznie nieobecna.

Jeśli chodzi o wymiar etyczny tej pierwszej korupcji, jest ona jednak – mimo tych usprawiedliwień dla lekarzy, którym sam jestem – hańbiąca. Jest to naruszenie tej zasady lekarz – pacjent, mówię tu o czystej łapówce, wymuszonej, nie mówię o dowodach wdzięczności, bardzo rozgraniczam te dwie sytuacje. Zaś ta druga korupcja, można powiedzieć, że momentami może nawet zdobywać aprobatę, bo ktoś załatwił dla swojego szpitala lepszy kontrakt. Tak więc to ma wiele, wiele odcieni, a wszystkie one wydają się etycznie neutralne.

Proszę państwa, treningiem tej pierwszej korupcji może być ten dowód wdzięczności i oczywiście trzeba brać poważnie pod uwagę to, że ktoś w pewnym momencie przekroczy tę granicę, ale w tej drugiej treningi zachowań korupcyjnych mają wymiar systemowy. Jest tak, że firma farmaceutyczna – i to jest zgodne z prawem – może ufundować lekarzowi wyjazd i tutaj nie ma korupcji, ale jeżeli ufunduje wyjazd lekarzowi i jego żonie, to już jest korupcja.

I tu jakieś arbitralne rozstrzygnięcia, co jest, a co nie jest korupcją, w którym momencie działania zaczynają mieć znamiona układu korupcyjnego nie są proste, a napiętnowanie uczestnika korupcji lekarskiej jest długotrwałe. Możemy w Internecie przeczytać na przykład historię lekarza, który wpadł dziesięć lat temu, a jeszcze dzisiaj ciągle jest to opisywane. To się będzie za nim ciągnęło, będą pytania, jakim prawem został zatrudniony, a jeżeli urzędnik łamie tego typu zasadę, to nie znam przypadku, żeby mu to trwale zaszkodziło.

Moje prognozy są takie, że ta pierwsza korupcja będzie zanikać. Jeżeli będziemy naprawiać system, będzie on lepiej dofinansowany, będą lepsze regulacje, o których już wspomniano, jak choćby koszyk świadczeń, ona będzie zanikać, ta druga będzie się rozwijać.

W tej pierwszej korupcji partner, jakim są lekarze, najistotniejszy element systemu ochrony zdrowia, jest oczywiście w jakiejś mierze beneficjentem łapówki, zaś w tej drugiej korupcji jest on ofiarą łapówki. Bo jeżeli pieniądze są wyjmowane z systemu, to nie ma tych pieniędzy na płace lekarzy, a więc ten lekarz na tej drugiej korupcji traci. Ale jeżeli w przypadku tej pierwszej rzeczywiście można powiedzieć, że wymiar sprawiedliwości może uważać, że korporacja lekarska nie zachowuje się tak, jak należy – chociaż, moim zdaniem, naprawdę trudno powiedzieć, jak miałyby się zachowywać – to w tej drugiej korupcji korporacja lekarska może bardzo pomóc w opanowaniu tego typu sytuacji.

Od dawna podaję taki przykład, że mamy listy leków refundowanych sprzed paru lat i większość lekarzy w Polsce przy poszczególnych pozycjach powiedziałyby: tu by warto sprawdzić, tu by warto sprawdzić i tamto by warto sprawdzić. Przecież my to wiemy, patrzymy na to, również mamy kontakty z tymi przedstawicielami firm i oni też to mówią. Tak więc to jest obszar, który ciągle jest niewykorzystany.

Ta pierwsza korupcja ma małą liczbę kamuflarzy, bo trudno zakamuflować łapówkę – pacjent, bo to jest jakiś gabinet prywatny, gdzieś to się tam dzieje, rodzina przyjdzie zamiast pacjenta i jest skończona liczba operacji, jakie można tu wykonać. Natomiast ta druga korupcja ma nieskończoną ilość kamuflarzy.

Już kończę, Panie Przewodniczący.

Uważam, że występuje też hipokryzja społeczna wobec tych przykładów łapówek, bo na pierwszą jest przyzwolenie, a druga nawet przyjmowana jest z aprobatą. Znam sytuację, kiedy bardzo pozytywnie wypowiedano się o kimś, kto w sposób korupcyjny zrobił coś dobrego dla systemu ochrony zdrowia. Myślę, że nad tym też należałoby mocno popracować.

Tę pierwszą, jak widać, głównie zwalczają urzędnicy, a tę drugą mogliby zwalczać lekarze, gdyby ich do tego zaproszono, gdyby ich o to poproszono. Konkludując powiem, że występowałem i do CBA, i do Ministerstwa Sprawiedliwości z takimi sugestiami, żeby warto było w tym kierunku działać i jak na razie ten temat odzew jest niepełny. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Jeśli chodzi o tę asymetrię, to jest relacja lekarz – pacjent i pacjent jest troszeczkę skazany na te wybory, które podejmuje jego lekarz. I nie można tutaj zamykać oczu na to, że podczas dyskusji na temat organizacji była podniesiona kwestia, kto jest właścicielem procesu, bo to między innymi decyduje o pozycji tego wykonawcy usługi. W tych zasadach organizacji próbuje się powiedzieć, że w gruncie rzeczy lekarz jest podwładnym i to jest dominujące, a nie widzi się w nim właściciela procesu. Tymczasem, jeśli by na niego spojrzeć jako na właściciela procesu, wtedy się zrozumie, że decyzje, jakie podejmuje, mają kardynalne znaczenie dla ekonomiki ochrony zdrowia, niezależnie od tego, że są też kluczowe dla bezpieczeństwa zdrowotnego.

Pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

W zasadzie moi przedmówcy już dosyć dokładnie wyczerpali temat, chcę króciutko wypowiedzieć się w trochę innym tonie. Mianowicie obecny rząd – tak jak i poprzednie rządy – popełnia błąd w sztuce, bo stawia prawidłową diagnozę, natomiast kompletnie źle leczy. Można krótko w ten sposób powiedzieć.

Z takim zjawiskiem mamy już do czynienia od 1945 r. i w tym wymiarze kompletnie nic się nie zmieniło. Mimo że mamy IV Rzeczypospolitą, metody postępowania są takie same, jak kiedyś, każdy rząd swoje nieudolności chce przykryć pozorami walki z korupcją i tak właśnie jest z korupcją w służbie zdrowia.

To jest działanie bardzo populistyczne, które jest bardzo dobrze odbierane w społeczeństwie dopóki społeczeństwo nie zrozumie podłoża tego działania. Wiem o tym, popieram to i jestem o tym przekonany, że z całą korupcją, z przestępczością należy walczyć z pełną konsekwencją i w każdej dziedzinie, ale nie metodą Kalego, bo to do niczego nie prowadzi. Przede wszystkim należy wprowadzić mechanizmy, które będą zapobiegały korupcji, a nie tak, jak do tej pory, pod pozorem walki z korupcją de facto tę korupcję się popiera i wpycha się ludzi w szpony tej korupcji. Tak było do tej pory i tak jest z powodu wielu ustaw.

Mówię to na przykładzie historii. To samo, co mieliśmy w roku 1982, w roku 1989 i w latach dziewięćdziesiątych, dzieje się w tej chwili. Te ustawy nie zapobiegają korupcji, już niedługo co czwarta osoba będzie pracowała w wymiarach walki z korupcją, a więc nie wiadomo, kogo będziemy ścigać, a efektów jak nie było, tak nie ma. Są w kraju grupy najwyższego zaufania, lekarze, nauczyciele i policjanci, które są po prostu degradowane, bo nie otrzymują za swoją pracę płacy, ale – w porównaniu teraz z innymi grupami zawodowymi – jałmużnę. A oni też mają swoje rodziny, swoje dzieci, które potrzebują komputerów, mieszkań. Skąd na to wszystko brać?

Nie ma na to pieniędzy i żaden rząd do tej pory nie znalazł sposobu, aby zapobiegać korupcji, czyli leczyć przyczynę, a nie tylko i wyłącznie piętnować skutki. Jeżeli będziemy mówić o korupcji i o produkcji materiałów publicystycznych, różnych materiałów propagandowych, to jaką one będą miały skuteczność? Żadną. Jeżeli z kolei będziemy jeszcze bardziej podejrzliwi, będziemy pytali, kto, po co, za ile i za czyje pieniądze zaczynał te materiały drukować i jakie one przyjęły efekty?

I będziemy wokół tego temu dreptać, dreptać, dreptać i nigdy do niczego nie doprowadzimy, zajmijmy się wreszcie naprawdę zwalczaniem przyczyn korupcji. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pani senator Rudnicka, bardzo proszę

Senator Jadwiga Rudnicka:

Panie Przewodniczący! Pani Minister! Szanowni Państwo!

Rzeczywiście moi przedmówcy wyczerpali ten temat, omówili go bardzo dogłębnie, chcę do tego dodać jeszcze tylko parę spraw.

Naturalnie, że przez wiele lat te żebracze płace stworzyły takie warunki pracy, że różne sposoby odwdzięczenia się były i są mile widziane, jednak moja obawa idzie w innym kierunku. Przed chwilą rozmawiałam z mediami i pytałam, dlaczego to na żadnych obradach naszej komisji, na których było rozpatrywanych tyle poważnych tematów: i niepełnosprawność, i walka z nowotworami, i ratownictwo, nikt nie widział mediów. Dzisiaj patrzę: pełna sala dziennikarzy, są też na korytarzu, gdzie właśnie rozmawiałam z nimi. Pytam się: dlaczego? Czy to jedno słowo „korupcja” ściągnęło wszystkie wasze media tutaj i to jest główne, co interesuje was w służbie zdrowia?

Proszę państwa, od dawna wiemy, że jest polityka rzeczywista i polityka medialna, i właśnie takie hasła jak „korupcja” tworzą tę politykę medialną i napuszczają to społeczeństwo w tej chwili na służbę zdrowia. I teraz będzie ona w przykrych sytuacjach, bo za kawę kupioną pielęgniarsce czy czekoladki, czy inny mały dowód wdzięczności będą lekarzowi robione ogromne sprawy. Chciałabym zwrócić uwagę na to, że właśnie musimy zadbać o to, ażeby ta atmosfera nie zmieniła się w piekło.

Chcę poruszyć jeszcze taką sprawę. kwestię systemową. Moi przedmówcy mówili właśnie o tej korupcji drugiego rodzaju, tej o ogromnym zasięgu i dotyczącej ogromnych pieniędzy. Proszę państwa, firmy komputerowe, firmy farmaceutyczne, firmy aparaturowe itd. – trochę się na tym znam, bo przez siedemnaście lat prowadziłam dużą inwestycję – naprawdę trzeba sprawdzać. Oni mają różne wydumane programy, potem są to tylko niepotrzebne aparaty stojące w pudełkach czy programy komputerowe i tak co dwa lata zmieniane. To są ogromne, milionowe sprawy i dlatego na tych rzeczach naprawdę można zrobić duże oszczędności.

I teraz jeszcze taka sprawa, mianowicie mówiono o tym, że na różnych procedurach lekarze robią pewne kombinacje, oszczędności itd. Proszę państwa, a z czego instytucja taka jak szpital ma właściwie robić wszelkiego rodzaju naprawy, poprawiać infrastrukturę, kupować aparaturę, naprawiać dach, sanitariaty, dostosowywać się do wymogów sanepidu? Przecież ten system w ogóle tych rzeczy nie bierze pod uwagę.

Jeśli chodzi o organ założycielski, to jaka jest relacja ministerstwa do tego organu? Ministerstwo może najwyżej poprosić, ale nie ma wpływu na to, jaki jest gospodarz miasta czy województwa. Jeśli ma on serce do medycyny, będzie o to dbał, a jeżeli uważa, że na leczenie każdy pieniądz jest zmarnowany, będzie wołał inne sprawy załatwiać ze swoich funduszy budżetowych. I wtedy ze szpitali robią się lazarety o strasznych warunkach i na bardzo niskim poziomie.

Właśnie na tę sprawę chciałam zwrócić państwa uwagę, dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo Panie Przewodniczący.

Pani Minister! Szanowni Państwo!

Temat, który mamy dziś w zakresie naszego posiedzenia, miał właściwie dotyczyć korupcji, a tak na dobrą sprawę mówimy o patologii w służbie zdrowia, bo rozumiem, że te oszustwa związane z kontaktami świadczeniodawca – płatnik. Rozumiem

też, że te urządzenia, które stoją niewykorzystane to też jest patologia, która jednak nie zawsze ma związek z korupcją.

(Głos z sali: Może mieć.)

Może mieć. Jednak chyba założeniem naszej dyskusji na początku naszego posiedzenia, także powodem obecności dziennikarzy, była korupcja. Często korupcję w służbie zdrowia – jak mówił pan prezes Włodarczyk – kojarzymy ze skorumpowanym lekarzem i tak to jest, niestety, często przedstawiane i rozumiane w społeczeństwie.

I bardzo dobrze, że mówimy o patologiach, które dotyczą służbę zdrowia, a które są w jakiś sposób powiązane z korupcją. Bowiem korupcja w służbie zdrowia to nie tylko skorumpowany lekarz, ale, jak słusznie zauważył pan prezes Włodarczyk, również inni pracownicy służby zdrowia. Przecież w mediach w tej chwili mówi się, i to bardzo dużo, o łapówkarstwie wśród lekarzy, pokazując koniaki, długopisy i zegarki. Natomiast nigdy nie mówi się o tym, że na przykład fizykoterapeuta bierze łapówki, a przecież fizykoterapeucie też powszechnie przekazuje się prezenty.

Na temat tego, jak szeroka jest korupcja w służbie zdrowia, już tutaj pani minister i pan prokurator mówili. Aczkolwiek nie mamy dokładnych danych, bo pan prezes nie zgadza się z tymi danymi i ja też się z nimi nie zgadzam. Te badania jednak miały chyba dużo błędów, nie były doskonałe, dlatego warto byłoby się pokusić o przeprowadzenie nowych badań, które w sposób bardziej analityczny mogłyby określić zakres korupcji w służbie zdrowia. Na pewno przyczyn jest wiele. Rozpatrując zjawisko korupcji można mówić też o przyczynach historycznych, bo również je bierze się pod uwagę.

Muszę powiedzieć, że właściwie miałem nie mówić już na ten temat, ponieważ pan senator Ślusarz bardzo analitycznie i dużo mówił na temat korupcji. Tak więc miałem już nie zabierać głosu, ale sprowokował mnie do tego swoją wypowiedzią pan senator Okła. Powiem tak: ja nie znam żadnego wśród poprzednich rządów, który by mówił na ten temat, który by jednak powoływał zespoły do rozpatrzenia tego problemu. Do tej pory nie było postawionej żadnej diagnozy, w ogóle nie mówiło się o korupcji, prawda? Owszem, o korupcji mówiły media, mówili dziennikarze, bo to był świetny news, natomiast w Ministerstwie Zdrowia nie w przeszłości toczyły się prace na ten temat.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale chyba nie w takim zakresie. A jeśli się toczyły, to ja o nich tak dokładnie i szczegółowo nie byłem informowany.

Myślę, że jest to jednak duże osiągnięcie i tego rządu, i Ministerstwa Zdrowia. Jestem przekonany, że korupcja w Polsce po czterech latach tego rządu będzie mniejsza.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chcę tylko dodać, że na stronie 38 materiału z seminarium, raportu Fundacji Batorego, jest, że 7% ludzi w Polsce daje łapówki w służbie zdrowia, a na Litwie – 15%, na Węgrzech – 14%, w Słowacji – 13% i w Grecji – 9%. Mówię o tym, żeby trochę ten obraz, który tu był przedstawiony, złagodzić.

I tak się zastanawiam myślę, czy ta dyskusja w Senacie idzie w dobrym kierunku. Tak się sam nad tym zastanawiam, bo powinniśmy zadać sobie pytanie, co zrobić, żeby pozyskać poparcie dla tych działań, które sprzyjają ograniczeniu patologii. Można powiedzieć, że mamy już dosyć dokładną diagnozę, ale pytanie jest takie: jeśli korupcją jest wręczenie kwiatów...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Chwileczkę, chwileczkę, bardzo was przepraszam, zajrzycie sobie do materiałów.

Otóż tu nam się to zaczyna rozjeżdżać, bo funkcjonariusz publiczny, który przyjmuje jakiegokolwiek korzyści majątkowe, w gruncie rzeczy podlega już przepisom korupcyjnym – zachęcam tu do przeczytania bardzo dobrego, sensownego artykułu z ostatniej „Służby Zdrowia”. I teraz musimy troszeczkę starać się mówić o tej korupcji w taki sposób, żeby podzielić te zjawiska, które z punktu widzenia interesu bezpieczeństwa zdrowotnego są groźne, a na pewno jest groźne warunkowanie udzielania pomocy od „wziątki”, od łapówki. To jest rzecz, co do której, mam wrażenie, środowisko – niezależnie od jego dzisiejszej biedy – byłoby skłonne poprzeć w tym zakresie działania instytucji, które zwalczają korupcję.

Na tym drugim biegunie jest mianowicie kwestia tego, co się nazywa wdzięcznością. I warto mówić o tej sprawie przy okazji omawiania kodeksu etycznego. Mówię jeszcze raz, że mamy tu też interpretacje skrajne, kiedy każdy przejaw czy to wdzięczności, czy tzw. napiwku jest korupcją. Wreszcie mamy ten obszar jeszcze trudniejszy, obszar, który jest nieuregulowany, mianowicie kwestię większych oczekiwań pacjenta w stosunku do indywidualnego świadczenia niż przewidziano to w kontrakcie.

Nad tym musimy dyskutować, a trochę mi tej dyskusji brakuje. I boję się jednej rzeczy, bo jeśli dzisiaj tutaj w komisji senackiej będziemy mówili tylko o tym, że krzywda dzieje się głównie lekarzom, to nie jestem pewny, czy społeczeństwo zechce poprzeć w pełni to stanowisko.

Mam wrażenie, że jednak musimy kierować się zasadniczym elementem, jakim jest zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa w zderzeniu ze służbą zdrowia. I tutaj też ten obszar jest trudny, weźmy choćby ostre i zdecydowane działania antykorupcyjne, które uderzają w zaufanie do lekarzy w ogóle. One powodują, że na przykład ludzie nie chcą oddawać swoich narządów do transplantacji, prawda? I tego mi trochę w tej naszej dyskusji, przynajmniej w tej fazie, zabrakło. Dlatego zachęcam do dalszej dyskusji.

Bardzo proszę, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtała:

Może bym spróbowała, również w ramach dyskusji, odnieść się do pewnych kwestii. Może kolejne informacje troszkę pogłębią naszą dyskusję.

Przepraszam za bardzo skrótową formę wypowiedzi, ale nie powiedziałam jednej rzeczy. Te uogólnienia nie oznaczają, że tak jest w każdym przypadku, to były tylko przykłady form korupcji występowania i obszarów, ale nie dodałam, że naprawdę znakomita większość praktycznie no służba zdrowia nie działa aż w tak bardzo skorumpowany sposób, zdarzają się przypadki i podałam przykład łódzkiego pogotowia i handlu informacją, jako zjawiska, które są bardzo społecznie wrażliwe i...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale ekstremalne.)

Ale ekstremalne. I nie dodałam jeszcze...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam, Pani Minister, że wchodzę tak niegrzecznie, brutalnie, ale pytanie jest takie: czy dobrze jest mówić o zjawisku poprzez zjawiska wyjątkowe, ekstremalne? Bo jednak to jest zjawisko, powiedzmy, nawet z perspektywy jego osądzenia, ka-

rygodne, ale marginalne. I dlatego mam wrażenie, że wplatanie tego w wątek trudniejszej dyskusji o czymś, co jest znacznie bardziej powszechne, nie ułatwia wyklarowania się tego obozu, który by opowiedział się za czystością i za uczciwością w tych wszystkich relacjach. I powiedziałbym nawet mocniej, że takie skrajne przypadki mordują możliwość dyskusji, prawda?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale one są do zwalczania, one są do surowego ukarania, ale w jednak w momencie, gdy zaczynamy rozmawiać o korupcji jako o zjawisku masowym, to może warto, żeby właśnie te zjawiska, nawet jeśli się o nich wspomina, jednak nie powinny być źródłem tego wglądu, tak bym powiedział.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waclawa Wojtala:

Dziękuję za to dopełnienie. Faktycznie, nie było celem mojej wypowiedzi pokazanie zjawiska, tylko pokazanie w tym przypadku konsekwencji. Mówimy o korupcji w służbie zdrowia i to było podane tylko po to, żeby pokazać, że jest to dziedzina niezwykle wrażliwa społecznie, która powoduje ogromne skutki. Jednak rzeczywiście z całą stanowczością należy podkreślić, że jest to marginalne zjawisko i ono nie powinno przysłaniać problemu.

W polskiej służbie zdrowia w związku z przeszłością, o której dzisiaj dużo mówiliśmy, od lat istnieje zakorzeniona świadomość potrzeby wyrażenia wdzięczności lekarzowi za udzielenie świadczenia zdrowotnego. I pan prezes Włodarczyk wyraźnie powiedział, że czułby się niedobrym chirurgiem, gdyby nie przyjął tych 2 zł – i tu jest źródło, w mojej ocenie...

Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:

Pani Minister, przepraszam bardzo, chciałem pokazać ofiarodawcy, tej biednej kobiecie, który mi dawała tę symboliczną kwotę jako wyraz wdzięczności za leczenie, że nie gardzę tymi dwoma złotymi. Jej nie było stać, żeby podziękować mi w jakiś inny sposób.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Przepraszam, ale tu ujawnia pan prezes swoje oczekiwania.)

Nie, ja żadnych oczekiwań nie ujawniam, dałem tylko konkretny przykład sytuacji, w którejś kiedyś się znalazłem.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waclawa Wojtala:

Tak czy inaczej obrazuje to jednak kwestię głęboko zakorzenionych relacji pacjent – świadczenie usług zdrowotnych. I to powinno ulec zmianie, powinniśmy nad tym pracować.

Zgadzam się, że na Zachodzie są inne formy korupcji, bowiem nie spotyka się łapówek w relacji lekarz – pacjent, z jednej strony jest tak dlatego, że lekarze bardzo dobrze zarabiają – i to jest fakt, że płace w służbie zdrowia są za niskie – ale jest to również kwestia historyczna. I dlatego to, co robi obecny rząd, mianowicie po raz pierwszy w historii będzie podniesienie płac o 30%, skokowo, jest ogromnym wysiłkiem finansowym państwa. I to też trzeba widzieć w tym wszystkim. Owszem, nie jest

to wystarczająca kwota, bo oczekiwania środowiska, i słusznie, są większe, ale chcę powiedzieć, że...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Senatorze, żeby spełnić słuszne oczekiwania lekarzy i pielęgniarek wyrażane już od dłuższego czasu, żeby pieniądze były godziwe, jednak musimy mieć 8,4 miliarda zł od razu, żeby to sfinansować. Trzydziestoprocentowa podwyżka spowodowała, że od października ubiegłego roku w systemie na płace zwiększono środki o 5,5 miliarda zł. To jest równowartość rocznych dodatkowych przychodów funduszu z tytułu wzrostu składki, a ta obowiązkowa składka już nie będzie rosła. W związku z tym musimy się zastanowić, jak zdobyć pieniądze, żeby to sfinansować.

Problem jest ważny, od niego nie uciekniemy, w związku z tym minister zdrowia i rząd pracują nad pozyskaniem dodatkowych środków dla systemu ochrony zdrowia. Wzmocnić może to jeszcze: przeciętne wydatki w Polsce na osobę to jest 677 USD, podczas gdy w Czechach jest dwukrotnie więcej, w krajach Europy Zachodniej jest czterokrotnie więcej, a w Stanach Zjednoczonych, o czym mówił pan przewodniczący, piętnaście razy więcej. W związku z tym

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dokładnie zaraz podam to w dolarach, żeby było odniesienie: w USA jest to 5 tysięcy 635 USD na osobę, a w Polsce – 677 USD, czyli w ochronie zdrowia na osobę przeznaczają się tam o 5 tysięcy USD więcej. My musimy jednak funkcjonować w ramach systemu, w sensie potencjału gospodarczego i ekonomicznego, w jakim jesteśmy. Tak więc rozumiejąc oczekiwania środowiska medycznego dokładamy starań, żeby wyjść im naprzeciw, ale nigdy nie możemy powiedzieć, że tak, od razu jest wszystko do spełnienia, bo to jest proces, w którym do celu trzeba dochodzić stopniowo.

I teraz przykro mi bardzo, ale nie zgadzam się z panem senatorem Okłą, bo te wszystkie przykłady działań antykorupcyjnych, które podałam, wychodzą naprzeciw temu, żeby ten system, przede wszystkim był przejrzysty, bo trzeba go naprawiać. Z drugiej strony trzeba zdobyć dodatkowe środki, a więc trwają prace nad koszykiem świadczeń zdrowotnych, w połowie roku ta kwestia będzie przedmiotem dyskusji publicznej. Będzie to naprawdę trudna dyskusja, bo trzeba będzie jasno określić, jakie świadczenia będą dostępne w ramach składki, a za jakie trzeba będzie płacić. Do tego dochodzi słuszny postulat lekarzy, aby być może zrationalizować dostępność poprzez wprowadzenie dodatkowych opłat, nie wiem, może na wzór francuski. Tak czy inaczej trzeba wziąć tu pod uwagę zamożność społeczeństwa i to, że ponad 50% osób w Polsce żyje na bardzo niskim poziomie, ma bardzo niskie dochody. Trzeba więc zważyć, czy te opłaty nie spowodują zatoru w opiece zdrowotnej, bo skutki tej zmiany dla systemu będą większe. Może tak się zdarzyć, bo profilaktyka czy leczenie we wczesnym etapie są dużo tańsze, niż leczenie na dalszym etapie choroby, kiedy być może trzeba będzie to naprawiać. Do sprawy odpłatności wrócimy w miarę niedługo.

W Sejmie są dwie ustawy: ustawa o zwracaniu środków, w skrócie ustawa o OC, czyli o refinansowaniu wydatków z powodu wypadków. Chodzi o to, żeby pieniądze wracały do systemu ochrony zdrowia – jest to działanie mające na celu zwiększenie przychodów w systemie. Kolejne prace trwają nad prowadzeniem dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, to jest jeszcze na etapie założeń, jest nad tym dyskusja, ale jest to w planie rządu. Pan minister Religa mówił, że również są prace nad nową formą ubezpieczenia pielęgnacyjnego, mianowicie proponuje się wprowadzenie dodatkowej

składki po to, żeby mieć dostęp do świadczeń nieleczniczych, ale właśnie tych pielęgnacyjnych. Czy to spowoduje pewien zastrzyk finansowy? Tak, to jest zamierzone i tego oczekujemy, ale nie oszukujemy się, nie są to pieniądze, które wystarczą.

Niedawno robiłam symulację przychodów w ochronie zdrowia do 2015 r. I uwzględniając te wszystkie elementy – dodatkowe ubezpieczenie, OC, pielęgnacyjne zasiłki...

(*Głos z sali: Rosnąca gospodarka.*)

Tak, rosnącą gospodarke, 5% PKB. I licząc, że będzie również taki wzrost na ochronę zdrowia, niestety, poza 6% PKB nie wychodzimy, a trzeba minimum 8%, żeby to zaczęło działać. Tak więc naprawdę problem jest duży i nie jest to problem, który załatwi się od razu, tak z dnia na dzień, on wymaga dyskusji – i dobrze, że ta dyskusja jest.

Chcę jeszcze powiedzieć o kolejnych obszarach, nad którymi pracuje Ministerstwo Zdrowia. Niedawno jego kierownictwo dyskutowało nad ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, o której wspomniałam. Pracujemy nad jej założeniami i postawiliśmy sobie pytanie, czy mamy możliwość wprowadzić pobieranie opłat przez zakłady opieki zdrowotnej, kiedy skończy się kontrakt. Odpowiedź wstępna była „tak”, w związku z tym pracujemy w tym kierunku, a działania antykorupcyjne zasilą system w dodatkowe środki finansowe.

Jeśli można, odniosę się teraz do pytania pana przewodniczącego odnośnie do kwestii funkcjonariusza publicznego. Oczywiście nie dyskutowałam z informacjami zawartymi w mediach, bo było na to zbyt mało czasu, chcę jednak powiedzieć, że tutaj sprawa jest jednoznaczna. Przytoczę komentarz do kodeksu karnego, mianowicie za pełniącego funkcję publiczną uznano każdego pracownika jednostki organizacyjnej dysponującej środkami publicznymi, jak przedsiębiorstwa czy instytucje, z wyjątkiem pełniących funkcję wyłącznie usługowe. Celem tej regulacji jest objęcie karalnością zachowań korupcyjnych pracowników takich jednostek, czyli: lekarzy, nauczycieli, pracowników sądu, prokuratury itp., podobnie jak pracowników administracji. Taki jest stan prawny, a więc nie należy z nim dyskutować, ale trzeba go sobie uświadamiać.

I teraz nie mogę zgodzić się z tym, że działania polegające na wydawaniu dodatkowych publikacji czy udzielaniu informacji są działaniami niecelowymi, a kosztownymi. Musimy bowiem działać w kierunku zmiany nastawienia, zmiany w podejściu, mówiąc w skrócie, w kierunku wprowadzenia kultury antykorupcyjnej. Zanim wstąpiliśmy do Unii Europejskiej, byłam na szkoleniu w Danii i oglądałam tamtejszy system ochrony zdrowia. I tych piętnaście lat temu powiedziano mi: u nas nie ma korupcji w ochronie zdrowia, bo ktokolwiek by się takiego aktu dopuścił, otrzymuje tzw. wilczy bilet. Bardzo szybko spowodowało to zmianę nastawienia i świadomości. Tak więc oprócz działań legislacyjnych, działań systemowych, potrzebne są również inne działania.

Teraz kolejna sprawa. Pan senator podniósł kwestię badań klinicznych, ja o tym nie wspominałam z braku czasu, ale faktycznie jest to sfera bardzo korupcyjna. Bardzo dobrze, że MSWiA prowadzi eksperyment polegający na tym, że stroną może być zakład, a nie poszczególny pracownik, bo to zakład ponosi koszty takiego badania; wszystkie badania, świadczenia medyczne, koszty pobytu, wszystko to jest finansowane przez szpital, natomiast sponsor daje pieniądze tylko na analizę wpływu danego leku.

Chcę powiedzieć, że przedwczoraj na posiedzeniu kierownictwa zdecydowaliśmy o tym, że przygotowujemy odrębną ustawę o badaniach klinicznych, i umieścimy w niej wszystkie rozwiązania, które są w kilkunastu ustawach dotyczące tej tematyki. Chodzi o to, żeby tę sprawę uregulować w sposób przejrzysty, antykorupcyjny. To są jednak zamierzenia na przyszłość, bo założenia do tej ustawy będziemy mieli nie wcześniej niż za pół roku.

Granica między dowodem wdzięczności a łapówką jest tematem bardzo trudnym i wymagającym być może rozważenia pewnego sformalizowania. Co chcę powiedzieć? Pracujący w Warszawie przedstawiciel Banku Światowego, który współpracuje z nami w tychże działaniach antykorupcyjnych, powiedział mi, że w Banku Światowym mają regulację, nie wolno im przyjmować żadnych gratyfikacji powyżej 100 USD. I można do tego podejść tak, że to jest duża kwota, bo w zależności od kursu to jest 350–400 zł, albo nieduża kwota.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dzisiaj to jest mniej, na szczęście mamy niższy kurs, ale nie jest to takie ważne, to jest kwestia płynna. Chcę powiedzieć, że od 1 maja obowiązuje nowe rozwiązanie w prawie farmaceutycznym, w którym ta granica określona jest na poziomie 100 zł. Tak więc od 1 maja jest zakaz sponsorowania czegokolwiek, przekazywania dowodów wdzięczności przez firmy farmaceutyczne lekarzom, aptekarzom, wszystkim, którzy zajmują się lekami, powyżej kwoty 100 zł. Czyli mamy tu już jedną regulację – być może trzeba ją rozszerzyć na inne obszary. Jak mówię, jest to kwestia do rozważenia. Chciałam się odnieść do tych spraw, może pobudzą one naszą dyskusję. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prokurator, a później pan.
Bardzo proszę.

Prokurator w Prokuraturze Krajowej Jerzy Szymański:

Bardzo króciutko.

Panie Przewodniczący, proszę państwa, otóż od razu mówię jako prokurator, że przepis prawa karnego to jest tzw. *ultima ratio*. Bardzo serdecznie dziękuję, że zostałem tutaj zaproszony, jednak jest rzeczą oczywistą, że przecież przy pomocy prokuratury nie będziemy leczyć służby zdrowia.

Dlatego tutaj pokornie mówię, że jeśli jest sprawa, to zgodnie z zasadą legalizmu ścigania karnego, musimy ją prowadzić. Oczywiście są pewne granice rozsądku, bo przepis mówi wyraźnie, że tutaj nie ma określonej wysokości jakiejś gratyfikacji czy dowodu wdzięczności, on mówi: „kto przyjmuje korzyść majątkową...”. Jest oczywiste, że inna jest sytuacja, o której powiedział pan doktor Włodarczyk, wręczenia tych 2 zł, choć niestety z punktu widzenia formalnego, to też jest jakieś tam działanie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Doktorze, ale to jest przedawnienie, już nie będziemy do tego wracać.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jako prokurator jestem funkcjonariuszem publicznym, natomiast lekarze przy wykonywaniu pewnych obowiązków w zakresie prawa publicznego, na przykład przy wypisywaniu zwolnienia lekarskiego, skierowania czy zaświadczenia, pełnią funkcje

publiczne. Są bowiem osobami uprawnionymi do wystawienia dokumentu, który zawiera jakąś treść, a później stanowi ona dowód przed władzami, na przykład może być to dowód w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych itd. I jeżeli w tym kontekście lekarz przyjmuje korzyść majątkową, czyli podczas pełnienia funkcji publicznej, wówczas, zupełnie teoretycznie, też podlega temu przepisowi.

Proszę państwa, ze strony organów ścigania jeszcze raz chcę zapewnić, że poza przepisami powinien obowiązywać też wszędzie zdrowy rozsądek, tutaj nie będziemy oczekiwać, że ustawodawca powie: do 100 zł można przyjmować, a powyżej tej kwoty nie można – zostawmy to mądrości sędziego. Wielokrotnie Sąd Najwyższy wypowiadał się na temat tego, co jest ustawowo określone, a co jest zwyczajowo, tak więc kwiaty nigdy nie będą przedmiotem negatywnej oceny ze strony organów ścigania. Pokażcie mi państwo takie sprawy, w których prokurator oskarżał kogoś o przyjęcie kwiatów czy jednego koniaku, takich spraw nie ma.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chodzi o coś innego, Panie Prokuratorze, chodzi o to poczucie, które uczciwy lekarz i pielęgniarka powinni mieć w zderzeniu z dowodem wdzięczności. Nie chodzi nam o łaskawość wymiaru sprawiedliwości, chodzi nam o to, żeby to było zrozumiałe, że jest to zachowanie uprawnione i czyste – tak, by obdarowywany nie czuł się przestępcą.

Proszę, pan się jeszcze zgłaszał.

Rozumiem, że pomalutku obrady komisji dobiegają końca.

Proszę się przedstawić do protokołu.

Wiceprzewodniczący Naczelnej Izby Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję serdecznie.

Grzegorz Kucharewicz, jestem wiceprzewodniczącym Naczelnej Izby Aptekarskiej. Mówimy tutaj o wymogu zmian systemowych, które by likwidowały różne patologie występujące na rynku medycznym. A ponieważ pani minister wymieniła tu środowiska aptekarskie, czuję się w obowiązku zabrać głos.

Ostatnio mieliśmy szansę zmniejszenia możliwości patologii, jakie występują na granicy producent – hurtownia aptekarska, hurtownia farmaceutyczna – apteka i chcę państwu powiedzieć, że okazało się, iż nie do końca udało się to wyprostować. Zanim rozwinę ten problem, chciałbym powrócić do 2004 r., kiedy zaczęły pojawiać się na rynku aptekarskim reklamy sprzedaży leków za jeden grosz.

Chcę państwu powiedzieć, że były to leki bardzo refundochłonne, to były leki, na które z naszych składek naprawdę ponosiliśmy ogromne koszty. Na Podlasiu, skąd pochodzę, były robione badania dotyczące sprzedaży w naszym województwie trzydziestu najbardziej refundochłonnych leków. I po porównaniu refundacji przed reklamą i po reklamie, licząc kwartał do kwartału, okazało się, że na przykład Risperon, który nie był reklamowany w I kwartale 2004 r. sprzedawał się w ilości około sześć i pół tysiąca opakowań na kwartał, po reklamie „Leków za jeden grosz” jego sprzedaż wzrosła do trzynastu tysięcy opakowań na jeden kwartał. I jeszcze jeden przykład, Humulin sprzedawał się w ilości trzech tysięcy dwustu opakowań na kwartał, a po reklamie – prawie sześciu tysięcy.

Wielokrotnie zwracałem na to uwagę, wielokrotnie informowałem Narodowy Fundusz Zdrowia, wielokrotnie informowałem Ministerstwo Zdrowia, główny inspektorat, wojewódzki inspektorat...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To się skończyło happyendem, bo przeszła ustawa o zmianie prawa farmaceutycznego.)

Tak, ale chcę właśnie powiedzieć, że za chwilę pojawiły się dopłaty do leków, a to jest kuriozum, które nie ma miejsca nigdzie w żadnym innym handlu. Chcę też powiedzieć, że te zjawiska dotyczą bardzo nielicznej grupy aptek, które przeważnie są aptekami zgrupowanymi w sieciach. Jako środowisko aptekarskie absolutnie nie aprobujemy tego typu działań. I muszę państwu powiedzieć, że pojawiła się pewna nadzieja, bo na Komisji Zdrowia panowie posłowie stwierdzili, że tego typu reklamy – których przykłady mam tu nawet przypadkowo ze sobą – nie powinny mieć w ogóle miejsca i wprowadzili całkowity zakaz reklamowania aptek i punktów aptecznych. Muszę powiedzieć, że środowisko aptekarskie w większości przyjęło to z bardzo dużym zadowoleniem. Okazało się jednak, że nie do końca tak będzie, ponieważ niestety w Senacie zostało to złagodzone i zakaz reklamy dotyczyć ma tylko i wyłącznie leku refundowanego.

Naprawdę musimy szeroko patrzeć na to zjawisko i naprawdę dążyć ku temu, aby takie niepokojące możliwości jednak zamknąć, niestety, po głosowaniu w Sejmie okazało się, że poprawka Senatu w tym zakresie została przyjęta. Tak więc teraz niestety zakres tej regulacji jest niepełny, ona jest niejako złudna, bo dotyczy tylko i wyłącznie leków refundowanych.

Zobaczcie państwo, co się dzieje. Nadal są nagminne, lawinowe reklamy, które wychodzą już po 1 maja, od kiedy to ustawa już obowiązuje, czyli tak naprawdę nie osiągnęliśmy efektu, który chyba wszyscy chcieliśmy osiągnąć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Intencją rządu było tu takie, a nie inne ustawienie tej reklamy, zwłaszcza w kontekście ochrony budżetu. Dyskusja w Senacie dotyczyła natomiast głębokiego przekonania, że intencje, jakimi kierowały się grupy zwalczające reklamy wewnątrz aptek, bardziej zmierzały do ograniczenia konkurencji wśród aptekarzy niż do ochrony interesów. W gruncie rzeczy takie było stanowisko.

Jeszcze pani senator Fetlińska chciała zabrać głos.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Minister! Szanowni Państwo!

Myślę, że bardzo dobrze się stało, że zajęto się korupcją, ale myślę też, że zaistniała pewna trudna sytuacja, nierównowaga. Chcę podkreślić, że jednak polscy lekarze, polskie pielęgniarki, profesjonaliści w służbie zdrowia w Polsce są świetnie przygotowani do zawodu i mają europejski poziom. Nam to gdzieś umyka, a powinno to być bardzo podkreślone, ponieważ wyostrza to ten rozrzut między wartością tej grupy a jej finansowaniem. Ten rozrzut jest dotkliwy i ta sytuacja jak gdyby jeszcze bardziej skłania część osób do korupcji, jest jej przyczyną. Również trudno jest jej czasem zapobiec, bo sama grupa zawodowa jej sprzyja i tu bardzo ważnym elementem walki z korupcją, wydaje mi się, byłoby oddzielenie lekarza, pielęgniarki pracującej prywatnie

i od zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia. Takie były zamierzenia już przy tworzeniu pierwszej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jednak nie udało się tego zmienić. Wydaje mi się, że gdyby to rozdzielenie było dobrze przeprowadzone, to myślę, że byłoby mniej sytuacji korupcyjnych.

Oczywiście powinien też być jakiś wentyl bezpieczeństwa dla lekarza, który przecież ma rodzinę, ma przyjaciół, którym też czasami trzeba jakoś szybciej pomóc. Tak jest na przykład w systemie francuskim, w którym ordynator ma szansę leczyć na łóżku państwowym, publicznym za jakąś dopłatą szybciej. Po prostu są sytuacje trudne dla lekarza, który ma pacjenta i musi jakoś specjalnie zareagować. Chodzi o to, żeby mógł on po prostu legalnie to wykorzystać, byłoby to bardzo istotne ułatwienie.

Jak trudno jest wprowadzić mechanizm należytej zapłaty, przetestowałam kiedyś w ramach pilotażu reformy POZ w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia. Otóż wprowadziliśmy kontrakty dla lekarzy rodzinnych na zasadach, jakie oni uznali za stosowne, po prostu zaspokoiłiśmy ich potrzeby finansowe, ale już po roku tego pilotażu okazało się, że te płać są za małe i należałoby je jeszcze trzykrotnie zwiększyć.

Wobec tego to pokazuje, jak trudno jest właściwie zapłacić pracownikowi służby zdrowia. I chyba nigdy nie będziemy aż tak bogaci, żeby każdy mógł zaspokoić swoje potrzeby, ponieważ apetyt rośnie w miarę jedzenia, i tu ta trudność się ujawniła. Myślę też, że w tych różnych trudnych sytuacjach należałoby jednak racjonalnie i wyraźnie powiedzieć, określić, co jest dowodem wdzięczności i co jest dozwolone.

Jesteśmy społeczeństwem, które po prostu ma potrzebę podziękowania. Sama byłam pacjentką, rodziłam i czułam potrzebę wyrażenia wdzięczności chociaż tym kwiatkiem czy nawet czekoladką. Chciałam podziękować za to, że mnie tak mile potraktowano. Wydaje mi się, że to powinno być po prostu przyjęte, gdzieś zapisane i nie powinno to budzić żadnych wątpliwości. Powinno być zdefiniowane, co nie jest łapówką, ale prezentem. Chodzi o to, żebyśmy mieli świadomość, że nie wchodzimy tu w konflikt z prawem i z sumieniem wyrażając swoją wdzięczność. Bo to jest potrzebne po prostu obydwu stronom, również tej kobiecie, która daje 2 zł, bo może jej nie stać na kwiatki, które kosztują 10 zł. Powinno być jasne, że lekarz czy pielęgniarka, jeżeli przyjmują kawę, nie robią niczego nagannego, jednak musi to być zdefiniowane, bo inaczej będzie to zawsze niezręczna sytuacja. I to jest ta furтка.

Myślę, że przy okazji tej walki z korupcją pewne takie jednoznaczne sprecyzowanie, co jest dobre, a co jest złe, jest potrzebne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Ślusarz, bardzo proszę.

Senator Rafał Ślusarz:

Bardzo przepraszam, ale odniosę się tu do wypowiedzi pani minister, bo wszyscy jesteśmy jednak przestraszeni tym, że do 2015 r. będziemy mieli tylko 6% PKB na 6 miliardów...

(Głos z sali: Nie, nie, nie...)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala: Senator Ślusarz mnie dobrze zrozumiał...)

Tak, 6% PKB. Ja tylko dokończę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala:

Przepraszam, najpierw ja muszę dokończyć: symulacje nie zostały zakończone, szukamy środków, żeby jednak było ich więcej.

Senator Rafał Ślusarz:

Proszę państwa, bo to jest element, który rozwiązuje nie tylko korupcję, ale i inne sprawy. Pada tutaj taki argument i ze strony koalicji, i ze strony opozycji, z różnych stron, że państwo na tym etapie rozwoju gospodarczego, na jakim jest Polska, nie może w tej chwili pozwolić sobie na wydawanie więcej, czyli wydajemy tyle na ochronę zdrowia, ile kraje zachodnie wydawały trzydzieści lat temu. I problem jest taki, że medycyna nie jest na tym etapie, jaki był trzydzieści lat temu – i to jest konflikt, który musimy rozstrzygnąć.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo, mam nadzieję, że te obrady komisji dały nam okazję do tego, żeby: po pierwsze, zobaczyć i docenić systemowe prace prowadzone przez rząd; po drugie, jednak wskazać pewne obszary, na których oczekujemy klarowności, co ułatwiłoby pewną integrację ludziom uczciwym, których zdecydowana, ogromna większość pracuje w ochronie zdrowia. Po trzecie, podczas dyskusji zostały wskazane obszary, na których mamy poczucie niepokoju w związku z tym, że te systemowe działania związane z koszykiem świadczeń gwarantowanych oraz zwiększeniem nakładów na ochronę zdrowia ciągle jeszcze wymagają wysiłku nie tylko resortu, państwa, ale także większego przyzwolenia społeczeństwa, które powinno być lepiej powiadomione o tym, że dzisiejsza ochrona zdrowia, żeby dobrze funkcjonowała, wymaga jednak także większego wysiłku społeczeństwa.

Chcę bardzo podziękować państwu za udział w obradach: pani minister, panu dyrektorowi, pani prezes oraz wszystkim towarzyszącym im osobom i wszystkim innym osobom uczestniczącym w komisji.

Dziękuję bardzo państwu i zamykam ten punkt programu.

Teraz ogłaszam techniczną przerwę i za chwilę wznawiamy obrady.

Panu prezesowi dziękuję także za mocne, zdecydowane reprezentowanie stanowiska.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dzisiaj nie będzie, bo nie zostało uchwalone przez Sejm.

Bardzo dziękuję.

Przerwa w obradach, potem sprawy różne.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze raz dziękuję naszym gościom.

Teraz ostatni punkt obrad: sprawy różne.

Proszę państwa, termin następnego posiedzenia komisji to 23 maja, jego tematami będą edukacja pielęgniarek i ustawa o lekarzu sądowym.

Prawdopodobnie po najbliższe posiedzenie 23–24 maja będzie wyjazdowe, do Ciechocinka. Po posiedzeniu komisji jedziemy do Szczecina. Organizatorzy VII Kongresu Medycyny Rodzinnej bardzo się cieszą na nasz przyjazd. To będzie w gruncie rzeczy jeden dzień, powrót jest 25 maja. I to są te najpilniejsze informacje na dzisiaj.

Czy coś jeszcze mamy?

Aha, za chwilę, w ramach wolnych wniosków, zabierze głos pan senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Zapraszam na spotkanie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W imieniu pana przewodniczącego Karczewskiego zapraszam nas wszystkich na spotkanie.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia komisji o godzinie 15 minut 30)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851