



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(834)**

55. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 10 lipca 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat koszyka świadczeń gwarantowanych.
2. Stanowisko komisji w sprawie problemów dotyczących leczenia uzdrowiskowego.
3. Stanowisko komisji w sprawie działań na rzecz zapobiegania dostępowi nieletnich do wyrobów tytoniowych.
4. Sprawy różne.

*(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 30)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Otwieram posiedzenie komisji.

Witam serdecznie wszystkich przybyłych gości, na czele z szefem Agencji Oceny Technologii Medycznych i z przedstawicielami ministerstwa.

Pan minister jest w drodze, wobec tego proponuję, żebyśmy przyjęli porządek obrad: informacja Ministerstwa Zdrowia na temat koszyka świadczeń gwarantowanych; podsumowanie wyjazdu studyjnego senackiej Komisji Zdrowia do Ciechocinka; omówienie wniosków z konferencji na temat „Przeszczepianie narządów i szpiku. Potrzeby i możliwości” oraz sprawy różne.

Czy są uwagi co do porządku obrad?

Wnoszę o to, żeby punkt trzeci obrad zdjąć z porządku, bo przygotowane przez współorganizatorów tej konferencji materiały z niej dostaliśmy dopiero dzisiaj i jeszcze musimy nad nimi z panem przewodniczącym Karczewskim popracować. Dlatego proponuję, by ten punkt zdjąć.

Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, przeniesiemy ten punkt na następne posiedzenie komisji, na 19 sierpnia. Nie słyszę sprzeciwu.

Czy są jeszcze jakieś uwagi co do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń.

*(Senator Stanisław Karczewski: Możemy teraz, w oczekiwaniu na pana ministra...)*

Tylko zmienimy porządek.

*(Senator Stanisław Karczewski: Tak, kolejność.)*

Tak, kolejność. Jednak najpierw przyjmijmy tę zmianę.

Proponuję, żeby zacząć od punktu drugiego: podsumowanie wyjazdu studyjnego senackiej Komisji Zdrowia do Ciechocinka.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Na samym początku jeszcze raz chcę serdecznie podziękować panu senatorowi Łyczakowi za zorganizowanie wyjazdu studyjnego naszej komisji do Ciechocinka. Zapoznaliśmy się tam z różnymi sanatoriami, i takimi, które radzą sobie w obecnej sytuacji bardzo dobrze, i z takimi, które radzą sobie nieco gorzej, a również z takimi, które w obecnej sytuacji zupełnie sobie nie radzą.

Cały ten wyjazd był bardzo ciekawy, bardzo ciekawe były spotkania w różnych uzdrowiskach. Na tych spotkaniach była również obecna pani konsultant krajowa

---

z zakresu balneologii, pani profesor Ponikowska. Przygotowała ona dla nas bardzo dobry wykład i na tej podstawie pozwoliliśmy sobie sformułować pewne wnioski, które chcielibyśmy przesłać również na ręce pana ministra zdrowia i pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mamy tu cztery punkty. Pierwszy punkt dotyczy złego dostępu do specjalizacji lekarskiej w zakresie balneologii. O tym mówili dyrektorzy uzdrowisk, również pani profesor. Widać, że możliwość robienia specjalizacji z zakresu balneologii jest w znacznym stopniu utrudniona, co też determinuje później płynność funkcjonowania tych uzdrowisk. I nasz pierwszy postulat dotyczy tego, aby ułatwić dostęp do specjalizacji lekarskiej z zakresu balneologii.

Następny punkt dotyczy sposobu i zakresu finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń uzdrowiskowych. Pokusiliśmy się o takie sformułowanie wniosku, że uznajemy, iż obecne finansowanie jest na wystarczającym poziomie i nie chcielibyśmy, aby zostało ono zmniejszone. Chcielibyśmy też, aby to finansowanie było szczególnie skierowane na rehabilitację, i to rehabilitację kardiologiczną, neurologiczną oraz schorzeń narządu ruchu, w tym po urazach. Tak to sformułowaliśmy w naszym drugim wniosku, który dokładnie brzmi: „Należy utrzymać finansowanie świadczeń uzdrowiskowych na dotychczasowym poziomie, ze szczególną preferencją dla rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, schorzeń narządu ruchu, w tym po urazach”.

Zapoznaliśmy się również z proponowaną przez Ministerstwo Zdrowia listą uzdrowisk i doszliśmy do wniosku, że ta lista uzdrowisk powinna być racjonalna i nie zmniejszać listy funkcjonujących uzdrowisk. Chodzi też o to, aby była sformułowana w oparciu o obiektywne kryteria. I ten trzeci punkt brzmi: „Konieczne jest tworzenie racjonalnej listy uzdrowisk, w oparciu o obiektywne kryteria”.

I czwarty punkt...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przepraszam bardzo.

Witamy pana ministra i pana posła. Cieszymy się bardzo.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Czwarty punkt dotyczy sposobu kierowania i kwalifikowania chorych do leczenia uzdrowiskowego. To jest już taki odwieczny problem, na pewno bardzo ważny, a mianowicie należy tak zrationalizować sposób kwalifikowania i kierowania osób do leczenia uzdrowiskowego, żeby, krótko mówiąc, nie przebywały tam osoby, które takiego leczenia nie wymagają. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, to są wnioski, które proponuję przyjąć jako stanowisko komisji. Jeśli nie będę widział sprzeciwu, poddam je pod głosowanie.

Kto z pań i panów senatorów jest za przyjęciem tego stanowiska komisji, które, tak jak tutaj pan przewodniczący Karczewski mówił, kierujemy do pana ministra

zdrowia i do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia? Kto jest za przyjęciem tego stanowiska po wyjeździe studyjnym?

Jednogłośnie za. Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, przechodzimy do punktu pierwszego: informacja Ministerstwa Zdrowia na temat koszyka świadczeń gwarantowanych.

Chcę serdecznie podziękować za dostarczenie nam materiałów i cieszę się, że pierwsza, bardzo ważna faza w porządkowaniu systemu świadczeń została nam tutaj przedstawiona.

Te trzy tomy, które tutaj mamy, obrazują skalę zadań, których uregulowania podjęło się ministerstwo. I w tej chwili cieszę się, że jako senacka Komisja Zdrowia możemy wysłuchać osób z ministerstwa odpowiedzialnych za to zadanie, a także przedstawiciela Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Bardzo proszę.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**

**Jarosław Pinkas:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

To wielki zaszczyt, że mogę dzisiaj przedłożyć państwu projekt dotyczący koszyka świadczeń gwarantowanych. Rzeczywiście, tak jak powiedział pan przewodniczący, jest to pierwsza faza, wstępny projekt. Rzeczywiście pokazuje on bardzo dużą ilość pracy wykonanej w niezwykle krótkim okresie, bo tak naprawdę prace nad tym koszykiem trwały tylko dziewięć miesięcy.

Przypominam, że kraje, które wdrażały koszyk, pracowały nad nim czasami nawet przez dwanaście lat, tak było w Stanach Zjednoczonych. Ale my jesteśmy Polakami i nam się wiele rzeczy udaje znacznie szybciej, jesteśmy także mądrzejsi o istotne doświadczenia wielu krajów. Udało się nam pozyskać najlepszych w Polsce specjalistów, którymi kieruje obecny tu pan dyrektor Waldemar Wierzbę, szef Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Zrobiliśmy jeden bardzo istotny krok do przodu, mianowicie na razie zinventaryzowaliśmy system ochrony zdrowia w Polsce, także go zgrubnie wyceniliśmy. Choć słowo „zgrubnie” jest może nieadekwatne do tego, co chcę powiedzieć, bo nasza wycena to jest plus minus 1 miliard zł – w porównaniu do 40 miliardów zł, które są w systemie. Tak więc mamy wiedzę, ile taki pełny koszyk świadczeń gwarantowanych powinien kosztować. I to jest absolutnie pierwsza faza. Już w tej chwili, po dwóch tygodniach, ten koszyk wyglądałby inaczej niż wtedy, kiedy go przedstawialiśmy, bo jest on czymś, co musi żyć. Z koszyka, kolokwialnie mówiąc, wypadają pewne produkty, a inne są do niego kwalifikowane.

Najbardziej istotne jest to, że koszyk ten oparty jest na wiarygodnych dowodach naukowych, jest tu bowiem bardzo precyzyjnie określony sposób wkładania i wyjmowania elementów. Ten koszyk to jest także ciąg pewnych zdarzeń związanych z pracami legislacyjnymi i z tym, co chcemy poprzez istnienie tego koszyka osiągnąć. Koszyk jest asumptem do tego, żeby dobudować do niego ubezpieczenia dodatkowe.

Jak państwo wiecie, na samym wstępie ten koszyk budził ogromne kontrowersje. Jednak im dłużej ludzie się nad nim pochylają, tym kontrowersje stają się mniejsze, bo każdy widzi, po pierwsze ogrom pracy, a po drugie to, że nie warto było się bać tego

zadania. Przez osiemnaście lat wszyscy o tym mówili, natomiast nikt nie był w stanie tego zrobić, a to jest możliwe do zrobienia w polskich warunkach wtedy, kiedy możliwy jest pewien konsensus polityczny i to, o czym mówił pan profesor Religa, porozumienie ponad podziałami. Rzeczywiście zdrowie nie powinno mieć charakteru politycznego.

Czy koszyk jest polityczny? Nie, koszyk jest wiedzą ekspercką i jest oparty na twardych dowodach naukowych, bo tylko takie nas interesują. Koszyk jest koszykiem na miarę polską i on w tej chwili jest w dużej mierze przepełniony. Z tego koszyka być może w tej chwili te produkty nawet się „wylewają”, ale w związku z tym, że łatwo jest z niego pewne elementy usuwać, wiemy, że on w którymś momencie może się skurczyć lub też powiększyć.

Przygotowaliśmy dla państwa wszystkie materiały, z których jeden jest najbardziej kontrowersyjny. To jest trzecia księga – nie wiem, czy pan dyrektor Wierzbza dostarczył ją tutaj państwu – i my staramy się, żeby ona została dobrze zrozumiana. Ta trzecia księga dotyczy rzeczy kontrowersyjnych czy dyskusyjnych, ale proszę pamiętać o tym, że pięciuset ludzi, którzy pracowali nad tym koszykiem, miało różny pomysł na życie i to się musi dotrzeć. Tam są rzeczy, które są zupełnie dla mnie szokujące, ale one budzą dyskusję dlatego, że różne grupy zawodowe patrzą na poszczególne procedury w różny sposób. I to, że coś jest dyskusyjne, nie oznacza, że nie będzie w koszyku głównym, ponieważ są różne definicje słowa „dyskusyjne”. Być może należało napisać, że jeszcze w tej chwili te sprawy są konsultowane albo że jeszcze w tej chwili się nad nimi proceduje. I to jest ta kategoria zdarzeń, czyli raczej jest to kwestia semantyki niż tego, że budzi to dyskusję, bo na przykład nie ma EBM. To nie jest ta kategoria, proszę o tym pamiętać. Tak jak powiedziałem, ten koszyk po dwóch tygodniach byłby już innym koszykiem, ponieważ nasi eksperci uważają, że już w tej chwili można by szereg rzeczy albo wyjąć, albo dołożyć i wtedy przestałoby to być dyskusyjne.

Ten koszyk to jest także konsensus środowiskowy, bo istotny wkład w tworzenie tego koszyka ma Naczelna Rada Lekarska, która poprzez kontakty z American Health Association zdobyła amerykański katalog CPD, gdzie są wstępne wyceny przy kategoryzacji pracę, co jest bardzo istotne. W związku z tym, że Amerykanie mają ogromne doświadczenie – a przecież procedura wszędzie na świecie wygląda tak samo, bo tak samo operuje się przepuklinę czy w ten sam sposób zakłada się stent do tętnicy wieńcowej – mieliśmy nieco bardziej ułatwione zadanie. Jednak to jest nasz polski koszyk, choć oparty na istotnych doświadczeniach zagranicznych.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, chciałbym poprosić pana dyrektora Wierzbę o dokonanie krótkiej prezentacji. Myślę, że wiele problemów, czy wiele pytań, które się pojawiły, znajdzie swoje rozwiązanie w tej prezentacji; oczywiście jesteśmy także otwarci na dalsze dyskusje. Tak jak powiedziałem, to jest absolutny początek. Pokazaliśmy dużą pracę, ale to jest, jak mi podpowiada pan dyrektor Wierzbza, wierzchołek góry lodowej. Ogromna ilość pracy musi być jeszcze zrobiona, ale jesteśmy w stanie jej podjąć, już w tej chwili wiemy, że to się musi udać.

Panie Przewodniczący, mogę oddać głos?

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę o zabranie głosu pana prezesa Wierzbę.

I prosiłbym o zgaszenie światła, dobrze? Inaczej niewiele zobaczymy.

Dziękuję bardzo.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Dziękuję za udzielenie głosu.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Te trzy tomy, które państwo, członkowie senackiej Komisji Zdrowia, dostaliście, składają się z części, moim zdaniem najważniejszej, czyli tych wszystkich dokumentów, które pozwalają podejmować decyzje w oparciu na medycynie dowodów naukowych, na analizach technologii medycznych. Są one pozbawione elementu konfliktu interesów i mają przejrzyste kryteria wyłączenia z koszyka i wyłączenia do niego procedur.

Dlaczego pan minister powiedział, że jest to wierzchołek góry lodowej? Bo wiem trzysta i pół tysiąca świadczeń – a z niegwarantowanymi aż osiemnaście i pół tysiąca świadczeń – zostało opisanych w tych księgach tylko w dwóch punktach: pełna nazwa świadczenia plus wskazania do tego świadczenia w oparciu na międzynarodowej klasyfikacji chorób, IX rewizji chorób i urazów. Zaś w naszej centralnej bazie świadczeń opieki zdrowotnej, w systemie komputerowym, każde to świadczenie, które państwo na tych kolejnych, setnych stronach oglądacie, jest opisane jeszcze w pięciu innych dodatkowych punktach, które określają standard wykonania świadczenia. Są to: kwalifikacje personelu, czyli niezbędne minimalne kwalifikacje, które powinien posiadać pracownik wykonujący to świadczenie; minimalne wymagania sprzętowe i minimalne wymagania, jeśli chodzi o zakład opieki zdrowotnej w oparciu o kody resortowe. Jeżeli dane świadczenie wymaga zastosowania wyrobu medycznego, to jest on opisany w dalszych krokach; jeżeli wymaga...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przepraszam, od razu mam pytanie o symbole, które tu widzę. Na przykład przy elektromiografii i głowie, mięśniach unerwionych przez nerwy czaszkowe, badaniu obustronnym we wskazaniach pojawia się tu lista ICD10, tak?

*(Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych Waldemar Wierzba: Tak.)*

Rozumiem. A w którym miejscu pojawiają się te rzeczy, o których pan mówił, czyli wymagania itd.?

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Panie Przewodniczący, one są opisane w systemie informatycznym, bo gdybyśmy chcieli to wydrukować, to byłoby piętnaście tomów, a nie trzy.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Rozumiem, czyli gdzieś poza tymi dostarczonymi materiałami, do każdej opisanej procedury istnieje niejako link dalszych wymagań stawianych przy wykonywaniu tej procedury związanej z kwalifikacjami personelu, tak?

*(Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych Waldemar Wierzba: Dokładnie.)*

I w pewnym momencie także z wyceną?

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Ostatnim modulem jest wycena tego świadczenia. Jest to ostatni moduł, nad którym w tej chwili trwają bardzo intensywne prace. Jutro jest ogromne robocze spotkanie w Krakowie zespołu ekspertów ekonomistów pod przewodnictwem pani profesor Golinowskiej i innych wybitnych ekspertów od ekonomiki ochrony zdrowia, którzy opracowali tablice technologiczne liczenia kosztów procedur.

Jeżeli pan przewodniczący lub którykolwiek z członków komisji będzie chciał, udostępniemy kod do programu i będzie można zalogować się na naszym serwerze i obserwować, podglądać, jak są opisane procedury w dalszych krokach. Czyli wszędzie tam, gdzie są wymienione niezbędne leki, można sprawdzić, jakie to są leki; jeżeli wyroby medyczne – to jakie to są wyroby medyczne; jeżeli kwalifikacje personelu – to jakie one dokładnie są; jeżeli standard wyposażenia, to jaki itd. Jeżeli jest potrzebna wiedza na temat jakichś innych dodatkowych okoliczności, to też to wszystko zostało opisane przez naszych ekspertów.

Pozwoliłem sobie przygotować krótką prezentację; być może będzie dla państwa nudna, natomiast nie będzie ona długa, tak więc jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to ją przedstawię. Nasze hasło przewodnie, pod którym od początku pracowaliśmy, jest takie, że w Polsce musimy leczyć wszystkich pacjentów i wszystkie choroby, bo jest to obowiązek państwa, ale trzeba odsiać te choroby, które nie mają udowodnionej skuteczności klinicznej.

I to jest dąb.

*(Głos z sali: A nie lipa, jak powiedział pan prezes Bukiel.)*

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, dąb. Tu padły pytania wiceprzewodniczącej z PiS, więc...)*

To jest wspaniały, rozłożysty dąb.

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

Jeżeli można, krótka dykteryjka. Tak naprawdę pan prezes Bukiel, który nie widział jeszcze prac nad koszykiem, powiedział: „To jest lipa”, a ja zaproponowałem, żeby w odpowiedzi na to ten koszyk usług gwarantowanych miał symbol wspaniałego, rozłożystego dębu. I jak prezes Bukiel się z tym zapoznał, to stwierdził: „No, lipa to nie jest, to jest dobry surowiec”. Rzeczywiście, najlepszym surowcem drewnianym oczywiście jest dąb.

*(Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych Waldemar Wierzba: Lipa też nie jest najgorszym surowcem.)*

*(Głos z sali: I do odpoczynku.)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

To tak na marginesie. Jedziemy dalej.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Koszyk świadczeń gwarantowanych rozumiemy nie tylko jako listę świadczeń, przede wszystkim należy go traktować jako zbiór decyzji o finansowaniu świadczeń



w oparciu na dowodach naukowych. I ten cały katalog, którym wszyscy się najbardziej interesują, jest tylko wynikiem tych wszystkich prac. Dla nas najważniejszą sprawą jest przygotowanie przejrzystych zasad podejmowania decyzji, pozbawionych piętna konfliktu interesów, z uwzględnieniem tylko dowodów naukowych. I długo to przygotowaliśmy. W naszej agencji obowiązują już wytyczne przeprowadzania analiz oceny technologii medycznych i rekomendacje tych, którzy składają wnioski o finansowanie ich produktów i ich technologii z pieniędzy publicznych. I tutaj oczywiście moja zasługa jest minimalna, ale zasięgnęliśmy opinii ekspertów zagranicznych i muszę się pochwalić, że agencja otrzymała znakomitą recenzję z kolebki medycyny opartej na dowodach naukowych, a więc z Kanady. Usłyszeliśmy od ekspertów, od profesora Jaeschke, że zrobiliśmy coś wspaniałego. I ta opinia, podpisana przez pana profesora, jest dostępna na naszej stronie internetowej.

Tak więc koszyk świadczeń gwarantowanych to jest katalog. W naszych dokumentach jest projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, bo po zastanowieniu nad tym, jakim aktem prawnym wprowadzić koszyk, ustaliliśmy, że najlepiej będzie znowelizować ustawę o finansowaniu, bo to jednak jest fragment finansowania świadczeń.

Dla mnie osobiście najważniejszą rzeczą jest ten precyzyjnie opisany system podejmowania decyzji: kryteria włączania i wyłączenia, rekomendacje, to, w jaki sposób pracuje rada konsultacyjna – tu są przejrzyste zasady. Do tej pory było tak, że ktoś, kto wnosił o to, żeby jego produkt był finansowany ze środków publicznych, opracowywał swoje dokumenty, a później zaczynała się przepychanka. W tej chwili reguły są jasne, są takie, jak najlepsze wzorce na świecie. I oczywiście system wyceny świadczeń opieki zdrowotnej jest produktem, który daje podwaliny – choć wcale nie jest warunkiem sine qua non, że to będzie funkcjonowało – systemowi ubezpieczeń dodatkowych.

Celem koszyka była realizacja zapisów konstytucyjnych Rzeczypospolitej Polskiej, czyli umożliwienie właściwego kontrolowanego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Wszędzie na świecie te wydatki rosną i stworzenie podłoża do funkcjonowania ubezpieczeń dodatkowych – jak byśmy ich nie nazywali: suplementarnymi, komplementarnymi, alternatywnymi czy innymi, poza powszechnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi – daje możliwość uporządkowania systemu podejmowania decyzji o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej właśnie mniej więcej o połowę. To jest na pierwszych dwustu pięćdziesięciu stronach I tomu, drobnym drukiem. I pozwoli to na określenie rzeczywistego kosztu w zakresie wyceny świadczeń i wynagradzania personelu medycznego, bowiem zawarte tu rozwiązania w przypadku wszystkich ośmiu i pół tysiąca procedur, które wzięliśmy z amerykańskiej terminologii procedur lekarskich, mają wycenę wartości pracy ludzkiej w stosunku do wartości całego świadczenia. I to już jest zrobione. Pozostaje kwestia tego, ile ten 1%, ten jeden punkt procentowy, będzie warty w złotych.

Naszym celem jest: zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla obywateli, do świadczeń o udowodnionej skuteczności klinicznej; przejrzystość systemu w zakresie podejmowania decyzji; poprawa efektywności i jakości usług zdrowotnych oraz zapewnienie stabilności finansowej i rozwoju sektora usług zdrowotnych. Jest to system, który umożliwia poprawę znacznej części nieprawidłowo funkcjonujących elementów ochrony zdrowia. I w gronie eksperckim traktujemy koszyk jako zbiór decyzji i procedur prowadzących do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Jeżeli chodzi o system podejmowania decyzji, to najważniejszą rzeczą, o której mówią nam wszyscy zagraniczni eksperci, jest przejrzystość i brak konfliktu interesów. Zaś kryteria kwalifikowania tych świadczeń w oparciu o przejrzyste warunki i brak konfliktu interesów są istotne dla zdrowia społeczeństwa. To są priorytety zdrowotne, o których pan minister Religa mówi od początku: istotność następstw choroby; efektywność kliniczna i bezpieczeństwo; opłacalność technologii w porównaniu z różnymi opcjami. Bo jeżeli w jakiejś chorobie jest tylko jedna metoda leczenia i choć ma ona kiepską efektywność kliniczną, to też się w koszyku znajduje, nie można z niej zrezygnować, bo każdy pacjent musi być leczony i każda choroba musi być leczona.

Oczywiście bardzo ważne są skutki finansowe dla podmiotu zobowiązującego się do finansowania świadczeń ze środków publicznych, niezależnie od tego, czy to będzie płatnik publiczny, czy płatnik prywatny. Cała praca agencji opiera się na medycynie dowodów naukowych, a medycyna dowodów naukowych to jest „Evidence Based Medicine”, zaś HTA to jest krytyczna ocena tych dowodów naukowych. Czyli jeśli mamy trzy tysiące artykułów opartych na dowodach naukowych, to HTA te technologie medyczne poddaje ewaluacji, ocenie. Dowody naukowe oczywiście same nie podejmują decyzji, bo decyzję zawsze podejmują ludzie, jednak decyzje podejmowane w interesie społecznym nigdy nie powinny być sprzeczne z dowodami naukowymi. I najważniejszą rzeczą jest przejrzystość w podejmowaniu decyzji, co dzięki panu ministrowi Relidze i jego ekipie w tej chwili się dzieje.

Jak są podejmowane w tej chwili decyzje w Ministerstwie Zdrowia i w agencji, która wykonuje zadania dla pana ministra zdrowia? Zbieramy dowody naukowe, to jest tak zwana ocena analityczna, z angielska *assessment*. Następnie przygotowujemy raporty w oparciu na tych wszystkich dowodach naukowych, bo nierzadko są one troszeczkę rozbieżne; HTA jest tak zwaną interpretacją wartościującą. Następnie przygotowujemy rekomendacje, i to wszystko dzieje się w agencji, natomiast decyzję podejmuje tylko i wyłącznie minister zdrowia, z pomocą swoich merytorycznych pracowników. I jeżeli chodzi o raporty HTA, to agencja, ponieważ jest typu lekkiego, zarówno ocenia jakość raportów nadsyłanych przez podmioty zewnętrzne, jak też od początku do końca opracowujemy nasze raporty. W zeszłym roku takim raportem, po którym pan minister Religa zmienił zdanie, był znany raport, którego później nikt nie zakwestionował, o zastosowaniu diagnostyki PET-CT w diagnostyce nowotworów złośliwych. I okazało się, że jest to wspaniała metoda, ale nie we wszystkich chorobach nowotworowych ma jakąkolwiek przewagę nad innymi tradycyjnymi i dziesięciokrotnie tańszymi metodami. I stąd w Polsce o pięć skanerów PET-CT mniej.

W ciągu ostatnich dziewięciu, dziesięciu miesięcy agencja wykonała następujące zadanie, mianowicie zorganizowaliśmy wszystkie prace nad koszykiem świadczeń gwarantowanych, wszystkich przeszkoliliśmy, wszystkie prace koordynowaliśmy. Praca merytoryczna oczywiście przebiegała w zespołach konsultantów krajowych, były reprezentowane wszystkie specjalizacje ogólne i szczegółowe istniejące w Polsce, w znakomitej większości pod kierownictwem konsultantów krajowych. Panowie profesorowie i inni wybitni naukowcy w tych dziedzinach powołali zespoły, a my organizowaliśmy ich prace. Dodatkowo były trzy zespoły od metodologii koszyka świadczeń gwarantowanych i tu do pracy zostali zaproszeni wszyscy eksperci – i wszyscy, niezależnie od poglądów politycznych, przyjęli zaproszenia – którzy do tej pory w Polsce zajmowali się medycyną dowodów naukowych, oceną technologii medycznych, racjonalnym podejmowaniem decyzji itd.

Dzięki tym pracom powstała tak zwana Centralna Baza Świadczeń Opieki Zdrowotnej, bo jakoś musieliśmy ten nasz zbiór danych nazwać, więc tak go nazwaliśmy. I jest to ten zbiór świadczeń, z którego, na zasadzie zgodnej opinii eksperckiej – pierwszego podstawowego kryterium dowodu naukowego – powstał katalog gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, będący podzbiorem Centralnej Bazy Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Czasami dowiadujemy się z różnych mediów, że taka czy inna choroba nie znalazła się w katalogu. A to nie jest katalog chorób, to jest katalog świadczeń, bo chcemy wycenić w nim pracę ludzką i świadczenie. Wiemy, co robimy: czytamy zlecenie, wyciągamy lek, strzykawkę, nakładamy igłę, bierzemy waciki – i to wszystko da się wycenić, bo to są poszczególne kroki, to, co robi lekarz, pielęgniarka, technik czy diagnosta.

W celu uporządkowania tego w pierwszym etapie zakupiliśmy prawa do korzystania ze wszystkich dotychczas używanych na świecie katalogów opisujących tę pracę: IX i X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, kody resortowe, bazę leków, katalog wyrobów medycznych, specjalizacje, umiejętności lekarskie itd. I tak się szczęśliwie złożyło, że kiedy zaczynaliśmy, Naczelna Izba Lekarska kończyła polską wersję amerykańskiej terminologii procedur lekarskich, uzyskanej bezpłatnie od American Medical Association i na podstawie CPT-4 powstała wersja CPT-PL. I wspólnie, w trzydziestoosobowym gronie ekspertów od metodologii koszyka, postanowiliśmy wykorzystać to jako jeden z podstawowych słowników, i tak zrobiliśmy.

W tych tomach macie państwo tylko dwa pierwsze kroki: opis świadczenia i wskazanie. Dzięki tym wszystkim katalogom mamy jego nazwę, mamy wskazania, mamy standard wykonania opisany w bazie. Tak jak mówiłem, jeśli będzie wola kogoś z państwa, na jakiś czas udostępniemy możliwość logowania się na nasz serwer, żebyście mogli popatrzeć, jak to naprawdę wygląda. Jeżeli tu jest dwa, a tam jest osiem, to tutaj opisana jest dopiero 1/4 tej pracy.

To pod tą czerwoną linią jest Centralna Baza Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Jej dużą część, właściwie większość, stanowi katalog gwarantowanych świadczeń, finansowanych najprawdopodobniej w całości ze środków publicznych. Zaś te wszystkie inne świadczenia, które mają prawo być wykonywane, bo są bezpieczne i nie stwarzają zagrożenia dla pacjentów, mogą być traktowane jako materiał do stworzenia ubezpieczeń dodatkowych, przy współpłaceniu pacjentów, lub innych form finansowania.

Czym po skatalogowaniu tego wszystkiego w Centralnej Bazie Świadczeń Opieki Zdrowotnej kierowaliśmy się przy tworzeniu tego podzbioru, koszyka? Uwzględniliśmy tu podstawowe kryteria określone przez pana ministra Religę, zresztą wzorem wszystkich innych krajów, bo takie same kryteria są w Australii, w Kanadzie, w Wielkiej Brytanii i we wszystkich krajach, które na tej podstawie pracują. Zatem katalog świadczeń to jest lista świadczeń z określeniem dodatkowych elementów identyfikujących dane świadczenie. Nie każde świadczenie potrzebuje identyfikacji dodatkowymi przymiotnikami, bo jeżeli mówimy „porada lekarska”, to na tym kończymy. Jeżeli mówimy na przykład o programie chemioterapeutycznym w przypadku nowotworu złośliwego lewego nadnercza, takiej właśnie postaci histopatologicznej, to na przykład dodatkowo są tam jeszcze precyzyjnie opisane programy lekowe.

Czasami trzeba określić sytuacje kliniczne, w których świadczenie będzie finansowane ze środków publicznych, a więc czasami to świadczenie nie jest finansowane we

wszystkich przypadkach. Ono jest finansowane ze środków publicznych przy precyzyjnie określonych wskazaniach, a czasami nie ma sensu opisywać, w których przypadkach jest finansowane, bo jest ich tak dużo, tylko w których nie powinno być. I tego typu opisy są stosowane, na przykład: te i te należą się dzieciom, te i te kobietom w ciąży itd. Ważnym opisem elementów są też ograniczenia w finansowaniu w szczególnych przypadkach. Takim przykładem była wspomniana przeze mnie diagnostyka, czyli pozytonowa tomografia emisyjna PET-CT, która w niektórych przypadkach nowotworów złośliwych jest naprawdę znakomitym narzędziem diagnostycznym, a w innych w ogóle nie ma żadnej przewagi nad dziesięciokrotnie tańszą zwykłą tomografią komputerową.

Po raz kolejny pozwoliłem sobie podkreślić, że w koszyku świadczeń gwarantowanych są świadczenia pozwalające leczyć wszystkich pacjentów i wszystkie choroby, które do tej pory w Polsce występowały. Pozwoliłem sobie zaprezentować parę przykładów, które kwalifikowaliśmy jako gwarantowane, a które nie. Na przykład pacjent kardiologiczny, który z powodu infekcji lub nadmiaru elektrod miał założony układ stymulujący, czyli kardiowerter-defibrylator, metodą mechaniczną, oczywiście on po pewnym czasie musi mieć ten układ usunięty. I on będzie miał to usunięte dobrą starą metodą mechaniczną. Jeżeli zaistnieje taka sytuacja, że to nie pomoże, to metoda mechaniczna plus elektrokoagulacyjna na pewno pozwoli te elektrody usunąć. Nie możemy natomiast każdemu zagwarantować, że będzie miał je usuwane najdroższą metodą laserową, bo jest ona kilkakrotnie droższa, a te dwie pozostałe metody, jeżeli chodzi o skuteczność kliniczną, nie są gorsze. Jeżeli z kolei chodzi o implantację defibrylatora z funkcją stymulacji resynchronizacyjnej, to oczywiście jest to inny przykład: to świadczenie jest gwarantowane, ale tylko przy jednym konkretnym wskazaniu, a w innych nie. Jeżeli frakcja wyrzucania nie jest mniejsza od 35% i nie ma cech asynchronii skurczu, to nie gwarantujemy takiemu pacjentowi implantacji kardiowertera-defibrylatora, bowiem nie udowodniono, że jest skuteczny przy innych parametrach.

Jakich efektów spodziewamy się po wejściu w życie ustawy o koszyku świadczeń gwarantowanych? Po pierwsze, pozwoli to stworzyć podłoże do funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych – my je nazywamy „dodatkovymi” – przy tym podziale na suplementarne, komplementarne lub alternatywnych oraz pozwoli na systemowe rozwiązanie kwestii wynagradzania personelu medycznego. Dlaczego? Trochę odbiegnę tu od prezentacji i powiem tak: opisane są wszystkie świadczenia, które w zakładzie opieki zdrowotnej wykonuje tak zwany biały personel. Z tych klocków lego, z tych cegiełek Narodowy Fundusz Zdrowia zbuduje produkty kontraktowe. To jest bezbolesna metoda, ewolucyjna, która zachęci zarówno publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej do liczenia kosztów.

Wszyscy doskonale wiemy, że obowiązujące od 1998 r., a więc od dziewięciu lat, rozporządzenie ministra zdrowia o leczeniu świadczeń w zakładach opieki zdrowotnej jest fikcją, bo nikt tych świadczeń tak naprawdę nie liczy, liczy się je tylko do momentu, do którego nakazuje to ustawa o księgowości i sprawozdawczość publiczna. Pan prezes Sośnierz przygotowuje nową filozofię rozliczania, czyli łatwiejszy, szybszy i sprawniejszy system rozliczania kosztów uwzględniający jednorodne grupy pacjentów, DRG czy HRG. Bardzo dobrze, że tak się dzieje, bo to jest właściwy kierunek. I niejako do środka tego produktu można bezboleśnie i w bardzo krótkim czasie – rzędu dni, góra: tygodni – wprowadzić wszystkie te świadczenia z naszego koszyka. One będą cegiełkami, z których będzie składał się produkt kontraktowy.

I proszę zauważyć, że wtedy każdy dyrektor zakładu opieki zdrowotnej, każdy menadżer, będzie miał doskonałe narzędzie do rozliczania pracy personelu, bo w systemie komputerowym będzie, kto co wykonał. Jeżeli zostanie to przez nas wycenione, będzie wiedział, jak w fabryce, ile każdy pracownik wypracował dochodu dla danego zakładu opieki zdrowotnej. Będzie mu się opłacało to liczyć i monitorować, czy koszty wyliczone przez agencję, przez pana ministra zdrowia, są proporcjonalne do tego, co zrobiła agencja. A jeżeli zakład pracy ma inne dane, będzie wykorzystywał naszą metodykę liczenia kosztów, bo ona jest jawna, do ośmiuset zakładów opieki zdrowotnej wysłaliśmy w tej sprawie dwukrotnie zaproszenia. I temu zakładowi pracy będzie się to opłacało, bo będzie on to wszystko monitorował. I wtedy będziemy mieli rzetelną informację i wystąpi gra rynkowa pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem. Dodatkowo będzie o mógł rozliczać pracę personelu wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej. Tak więc każdy element systemu będzie miał korzyść z tego koszyka.

Dodatkowo, wykorzystując kilkunastoletni dorobek kolegów lekarzy amerykańskich, ale nie tylko, można w każdym świadczeniu pokazać – to, co prezentowaliśmy u pana ministra Religi – jaki jest udział pracy ludzkiej w każdej procedurze. Oczywiście jest paradoksalne, że praca kardiochirurga, na przykład pana profesora Religi, przy przeszczepie serca to tylko 10–15% wartości procedury, a porada u dermatologa to 98% wartości procedury. Jeżeli pacjent przyjdzie do wybitnego profesora dermatologii, to on go obejrzy i od razu będzie wiedział, co mu jest, ewentualnie weźmie wyskrobiny lub pośle na badanie, a w tej procedurze 90% to jest wartość pracy ludzkiej. Czyli czym innym jest cena i wartość tego całego świadczenia, a czym innym jest procentowy udział pracy ludzkiej w danej procedurze. I to, dzięki uprzejmości amerykańskich kolegów, mamy bardzo dobrze opracowane. Dziękuję bardzo za uwagę.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tam po drodze był taki slajd, że brakuje 10 miliardów zł, ale jakoś bardzo szybko to znikło.

*(Głos z sali: Bo tam zabrakło jednego zera.)*

Tak? Chodziło o 100 miliardów zł?

Dobrze.

*(Senator Stanisław Karczewski: Żebyśmy mogli zarabiać tyle, ile lekarze w Stanach, to pewno tak.)*

Tak.

Bardzo dziękuję za tę prezentację filozofii budowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Jak zrozumiałem, znajdujemy się w fazie, w której mamy katalog procedur, z których można budować produkty kontraktowe. Mamy też te nieujawnione w przesłanych dokumentach dalsze elementy do wyceny procedur. Zatem mamy układ, że Agencja Oceny Technologii Medycznych będzie miała swoją wycenę procedury, co nie zwalnia zakładu pracy z dokonywania oceny swojego rachunku kosztów zakładowych, bo ten rachunek będzie różnicował zakłady efektywne od nieefektywnych. W każdym razie tak rozumiem ideę tej gry zarządczej, do której zostaną zmuszeni świadczeniodawcy.

Moja pierwsza wątpliwość dotyczy tego, że ostateczna decyzja zostanie podjęta przez ministra, a nie przez płatnika, co już jest pewną filozofią systemu. Można powiedzieć, że w momencie, w którym minister przyjmie odpowiedzialność za system, staje się to jakoś logiczne. I moje pytanie jest następujące: jak będzie wyglądała gra pomię-

dzy Narodowym Funduszem Zdrowia, który ma niejako kupić ten katalog świadczeń gwarantowanych – prawda? – a ministerstwem? W jakiej jest to fazie?

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Odniosę się najpierw do pierwszej części wypowiedzi. Jeżeli chodzi o metodykę wyceny, ona tu jest, ona nie jest ukryta. Jedyłą rzeczą, której tu nie ma, jest dalsze rozwinięcie szczegółowego opisu świadczeń, ale w kolejnych tomach są te przykłady wyceny, jest cała metodyka, bo to wszystko jest absolutnie jawne, transparentne, z tym nie ma najmniejszego problemu. Poza wyceną poszczególnych świadczeń jest jeszcze rynek. Czym innym jest cena pojedynczego świadczenia, a czym innym jest zakup tego świadczenia w liczbie dziesięciu tysięcy, stu tysięcy czy miliona. I tu oczywiście jest pole do popisu Narodowego Funduszu Zdrowia. Uważamy, że NFZ ma ogromną rolę do spełnienia, jest niezwykle ważny i powinien udoskonalać – co zresztą robi – metody kontraktowania, rozliczania i kontrolowania. Zaś za bezpieczeństwo zdrowotne konstytucyjnie jest odpowiedzialny minister zdrowia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Mam pytanie dotyczące harmonogramu wdrożenia koszyka świadczeń gwarantowanych.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Panie Przewodniczący, w tej chwili pan minister posłał tę naszą pracę do uzgodnień wewnątrzministerialnych i są na to określone terminy w technice legislacyjnej. Następnie pośle projekt do konsultacji społecznych, a to oznacza, że sto kilkanaście instytucji będzie nadsyłało nam swoje uwagi. Tych uwag na pewno będzie bardzo dużo, bo zdajemy sobie sprawę z tego, że zostało popełnionych wiele błędów, do których zresztą się przyznajemy, które sami zauważamy i które będziemy sukcesywnie poprawiali. Jeżeli je wszystkie poprawimy i przedstawimy panu ministrowi sprawozdanie z konsultacji z odpowiednim raportem, podejmie on decyzję o przedłożeniu tych prac w Komitecie Stałym Rady Ministrów. Jeżeli Rada Ministrów to zaakceptuje, to prawdopodobnie pan premier złoży to do łaski marszałkowskiej. Jak to przedłoży, to...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Procedurę, delikatnie mówiąc, mamy przećwiczoną, ale bardzo bym się cieszył, gdyby udało się chociaż orientacyjnie powiedzieć...

*(Senator Stanisław Karczewski: Kiedy ustawa będzie w Senacie.)*

...kiedy tak naprawdę trafi ona do parlamentu.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Zespół, który pracuje pod moim kierownictwem i oczywiście pod kierownictwem pana ministra Pinkasa, nad koszykiem, robi wszystko, żeby w tym roku uchwalić

nowelizację ustawy o finansowaniu świadczeń, do której dopiszemy ten fragment o koszyku. Dlaczego? Dlatego, że najprawdopodobniej będzie to koniec tego roku. Jeżeli uda się to zrobić pod koniec tego roku, zbiegnie się to z zakończeniem wyceny świadczeń. A jeżeli zbiegnie się to z zakończeniem wyceny świadczeń, będziemy mieli jeszcze pewien czas na to, żeby na podstawie tego Narodowy Fundusz Zdrowia mógł przygotować produkty kontraktowe. I tak naprawdę byłoby ogromnym sukcesem, gdyby te wszystkie prace się zbiegły i te przepisy weszły w życie metodą ewolucyjną, spokojną od 1 stycznia 2009 r.

**Senator Czesław Żelichowski:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Mam pytanie związane z jednym ze slajdów, który oglądaliśmy. Mieliśmy na nim prostokąt i w nim koło. Prostokątem była centralna baza świadczeń, natomiast kołem był koszyk gwarantowanych świadczeń. Mam pytanie do pana ministra: czy jesteśmy w stanie oszacować różnicę pomiędzy koszykiem świadczeń gwarantowanych a wszystkimi świadczeniami z bazy?

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

Trzyście i pół tysiąca świadczeń to koszyk, zaś osiemnaście tysięcy – cała baza. Czyli wypadło około pięciu tysięcy procedur medycznych czy świadczeń zdrowotnych – tak należy to traktować. Ile powinien kosztować koszyk, żeby nie było kolejek i żebyśmy mieli jakąś dobrą relację z naszymi pacjentami, którzy tego oczekują? Na całym świecie są kolejki i nie wszystko się dzieje *ex tempore*. Wygląda na to, że aby szpitale także nie miały nadwykonań – bo to także braliśmy pod uwagę – trzeba do systemu dopompować około 10 miliardów zł. Zrobiliśmy symulację na rok 2008, kiedy będzie już to, co jest zapowiedziane w tej chwili, podwyżka plus 15%, które zostały obiecane przez rząd. I wtedy w roku 2008, już mając konkretne podwyżki, trzeba by do systemu dopompować 10 miliardów zł, żeby to się zaczęło dobrze bilansować. To jest ewidentny deficyt, który w tej chwili jest na polskim rynku. Przy czym duża jego część jest finansowana przez same szpitale, które wykonały określone świadczenia i oczekują na zwrot kosztów tych świadczeń. Przy czym, jak mówię, jest to analiza zgrubna, ale myśmy się pomylili miliard w tę lub tamtą stronę. Nie było specjalnie skomplikowane, żeby dojść do takiego wniosku.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan senator Okła, bardzo proszę.

**Senator Michał Okła:**

Właśnie chciałem się dowiedzieć od pana ministra, dlaczego to jest 9 miliardów zł. Czy liczyte to na podstawie procedur, które w tej chwili są wyceniane w Narodowym Funduszu Zdrowia...

(*Głos z sali:* Dokładnie tak.)

...czy tych, które będą wyceniane.

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

Dokładnie tak, czyli według obecnych cen. To było bardzo dobre pytanie, dziękuję panu senatorowi za jego zadanie, bo rzeczywiście o tym nie wspomniałem. Co się zdarzy, kiedy będziemy mieli rzetelną wycenę świadczeń zdrowotnych zrobioną przez ekspertów? Przecież wiadomo, że szpitale, które będą nam przedstawiały swoje świadczenia, to będą ich pomysły na życie; wiadomo też, że świadczenie wykonywane w szpitalu pięć razy będzie ileś razy droższe od świadczenia, które wykonuje się w nim sto pięćdziesiąt razy. Tak więc musimy to w pewien sposób uśrednić, ale to wszystko jest do zrobienia. I później następuje element gry rynkowej: kupuje się tam, gdzie można dane świadczenie kupić po sensownych cenach. Zresztą później rynek sam wyreguluje sytuację. Używam tu chyba nie najgorszego porównania, jakim jest sytuacja zakupu jogurtu w sklepie. Mamy ileś tam jogurtów, one mają kod kreskowy, my wybieramy taki, na który nas stać, ale ten kod kreskowy mówi też o tym, co jest w tym jogurcie, w czym on pomaga, czy ma takie czy inne bakterie i jest tam też jego cena. I wybieramy taki jogurt, który według naszej oceny jest dla nas najlepszy. I w tej chwili te wszystkie świadczenia zdrowotne musimy „ometkować”, nadać im swoisty kod kreskowy.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pani senator Rudnicka, bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Panie Ministrze! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jestem bezpośrednio po rozmowach z paniami pielęgniarkami i w tej chwili chcę poprosić pana ministra przede wszystkim o sprawy informacyjne. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki po prostu z tego całego procesu nie rozumieją kompletnie nic. Niczego z tego nie rozumieją i niczego o tym nie wiedzą, nie wiedzą, z której strony to się w ogóle bierze i rozpoczyna. Jedna z pań powiedziała do redaktora: „Ten minister dwa lata nic nie robił, a dopiero jak jest strajk, to przyniósł koszyk”. To, że tej pani intelekt nie pozwala wyjść poza koszyk własnych zakupów, to jest normalna sprawa, ale my nie mamy żadnych informacji. Gdzie jest rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia i rzecznik prasowy Narodowego Funduszu Zdrowia? Gdzie oni są? W tej chwili wszyscy mówimy o tym, że ministerstwo odpowiada za bezpieczeństwo zdrowotne, a to bezpieczeństwo jest w tej chwili narażone. Ja nie demonizuję sprawy, bo sama co chwilę otrzymuję telefony, że ktoś dusi się, bo ma astmę i go nie przyjęli; pani gdzieś będzie rodzić i nie wie, dokąd ma jechać, a komuś zamknęli blok operacyjny tuż przed operacją itd. To jest zagrożenie. I w tej chwili wykluczam tu sprawy polityczne, choć też wiem, o co tu chodzi, ale mówię wyraźnie o potrzebie informowania naszego społeczeństwa, informowania medyków. Przecież znam ordynatorów, którzy do dzisiaj nie wiedzą, że na przykład nie są budżetówką, bo jak to, to minister ma pieniądze, to minister ma dać?

Bardzo proszę, żeby rzecznik prasowy, jeśli takowy jest, a chyba jest, naprawdę wytłumaczył, na czym ten koszyk polega, żeby to było w mediach, w czasopiśmie,



w różnych innych dostępnych sprawach. My wszyscy tu rozumiemy to, mamy takie czy inne zastrzeżenia, ale ludzie po prostu nic na ten temat nie wiedzą. I to jest katastrofalne. Dziękuję.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Można, Panie Przewodniczący?*)

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pan minister Pinkas.

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

Chcę powiedzieć, że rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia, podsekretarze stanu i wszyscy ci, którzy pełnią jakąś istotną rolę w resorcie zdrowia, są na pierwszej linii frontu, robią wszystko, żeby jakaś informacja do społeczeństwa dotarła. Zrobiliśmy ogromną konferencję „koszykową”, było na niej kilkudziesięciu, jak nie kilkuset, dziennikarzy, była z niej transmisja na żywo. Ponieważ okazało się, że koszyk nie jest może porażającym sukcesem, ale także na pewno nie jest porażką, w związku z tym to już nikogo nie zainteresowało. Nas, proszę państwa, interesują rzeczy spektakularne, dramatyczne, horrory, natomiast kiedy dzieje się coś normalnego, kiedy jesteśmy w stanie pokazać pewną normalność, ta informacja przestaje być informacją. Nikogo to nie interesuje.

Ileś razy, nie wiem już, ile, byłem w publicznej telewizji i wszelkiej maści radiach, opowiadałem o tym i cały czas też dostawałem takie informacje od dziennikarzy, że w którymś momencie stwierdziłem, że są oni wyrwani z kontekstu. Ostatnio byłem przerażony, kiedy jedna z najbardziej wybitnych polskich dziennikarek, tak naprawdę znajdująca się w pierwszej trójce dziennikarzy, w trakcie rozmowy z moim kolegą wiceministrem mówiła o tym, że jest dalej system budżetowy – a to jest 1999 r. Cóż więc możemy zrobić? To nie są informacje, które się mogą przebić. Informacją istotną dla społeczeństwa jest rozwód Dody Elektrody, a nie to, czy koszyk świadczeń gwarantowanych ma sens, czy nie. Przykro nam to mówić, ale mamy społeczeństwo, jakie mamy, musimy je edukować. 7% ma wyższe wykształcenie, około 15% wie dokładnie, co w dzienniku...

(*Głos z sali: 10% ma wyższe wykształcenie.*)

Tak, o ile liczymy licencjatów, to oczywiście 10% ma wyższe wykształcenie, natomiast tylko około 15% jest w stanie percepcować informacje z wiadomości telewizyjnych, to znaczy można ich zapytać, co z tej informacji wynikało, o ile nie jest to tylko wynik meczu. Jest to dość skomplikowane. Przykro mi to mówić, ale w pewnym sensie jest to nasza rola, rola nas wszystkich, bowiem niewiedza potęguje jakąś absurdalną sytuację, która w tej chwili jest w ochronie zdrowia, sytuację wszechogarniającego kryzysu. Oczywiście, że są strajki, oczywiście, że są protesty, ale, na Boga, ludzie są normalnie leczeni, w każdym dniu lekarz opieki podstawowej przyjmuje swoich pacjentów, może mniejsza liczba pacjentów jest operowana, ale jest to pewnego rodzaju normalność. I albo my to będziemy eskalować, albo pokażemy, że właściwie nie mamy systemu ochrony zdrowia. I to byłoby zupełnie dramatyczne.

Kolejną sprawą jest to, że do głosu dochodzą ludzie, którzy nie mają o tym pojęcia, często są oni niejako wyrwani z kontekstu. Liczba naprawiaczy systemu ochrony

zdrowia w Polsce jest prawdopodobnie większa niż liczba obywateli dorosłych, bo dzieci już są w stanie to naprawiać, prawda? Każdy ma swoją licencję na mądrość, każdy uważa, że jego zdroworozsądkowe podejście to jest panaceum na załatwienie wszystkich problematycznych spraw, a tak nie jest. To jest miejsce dla profesjonalistów, to jest miejsce dla parlamentarzystów, to jest miejsce dla resortu zdrowia, to jest miejsce dla tych, którzy po prostu wiedzą, że to nie jest tak, jak się komuś wydaje, tylko tak, jak jest naprawdę. Są pewne dane, które o tym jednoznacznie świadczą.

Proszę państwa, zrobiliśmy pierwszy, bardzo istotny krok. Ten krok pokaże bardzo wielkiej grupie obywateli, czego należy spodziewać się po pieniądzach, które wpłacają do systemu, a można spodziewać się tylko tego, na ile tych pieniędzy w systemie starczy, niczego więcej. I dlatego ta pierwsza część jest koszykiem prawdy. Prawdę często bardzo trudno się absorbuje, bo ludzie mają swój pomysł na życie i na swoją prawdę, którą sobie gdzieś tam, w głębi, wytworzyli. Cały czas jesteśmy epatowani tym, że system jest nieszczelny, że każdy pieniądz włożony do systemu to jest pieniądz zmarnowany – niezależnie od tego, ile byśmy o tym nie mówili. I cóż możemy w tej sytuacji zrobić? Uważam, że każde 10 miliardów zł w systemie, z czego przynajmniej 2–3 miliardy zł pójda na płace, to są pieniądze, które się nam wszystkim – bo w większości państwo senatorowie macie jakiś background medyczny – po prostu należą, bo na nie zasługujemy. I tak to powinno wyglądać. Proszę jednak pamiętać o tym, że niestety cały czas zdrowie jest także istotnym elementem gry politycznej, mniejszej czy większej, choć może już coraz mniejszej.

Muszę powiedzieć, że byłem dość mocno podbudowany debatą sejmową, w której występował pan profesor Religa. Pokazała ona, że w którymś momencie następuje jednak otrzeźwienie i dostrzeżenie, że nie ma tu prostych rozwiązań, bo tu są rozwiązania na całe lata i dla nas wszystkich. Po prostu trzeba sobie podawać tę pałeczkę, żeby nie zdestabilizować systemu. Dziękuję.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Zgłaszał się pan senator Karczewski.

Bardzo proszę.

### **Senator Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pan minister powiedział na początku, że dobrze by było, gdyby sprawy zdrowia były apolityczne, ponad podziałami politycznymi, żeby polityka i wysoka temperatura sporów politycznych nie dotykała trudnych problemów naprawy systemu opieki zdrowotnej. Muszę powiedzieć, że podczas ostatniej debaty na temat służby zdrowia byłem na galerii i odniosłem trochę inne wrażenie niż pan minister. Mianowicie jednak odniosłem wrażenie, że ta temperatura polityczna często utrudnia realne, trzeźwe spojrzenie na problemy służby zdrowia.

I chyba nigdy nie dojdziemy do takiej sytuacji, kiedy od początku do końca dyskusji na tematy służby zdrowia będziemy debatowali niepolitycznie, bo jednak ta deklaracja apolityczności jest tylko na początku rozmowy. Pamiętam wiele dyskusji, gdy mówiliśmy: dobrze, będziemy rozmawiali apolitycznie, nie będziemy z tym łączyć polityki. I pierwsze

sformułowania i pierwsze wypowiedzi były łagodne, natomiast później zaczyna się już „walenie” i często bardzo nieładne krytykowanie wszystkiego, co się dzieje.

Przed wszystkim chciałbym bardzo serdecznie pogratulować, że data 29 czerwca, często przywoływana przez ministra i przez kierownictwo ministerstwa, została dotrzymana. Koszyk został przedstawiony i to w dramatycznej otoczkę, bo podczas protestów pielęgniarskich, strajków lekarskich i jeszcze do tego doszła choroba pana ministra zdrowia. Tak więc tutaj głęboki ukłon w kierunku ministerstwa za wykonaną pracę i za wywiązanie się z wcześniejszych zobowiązań, deklaracji.

Nim koszyk się pojawił, to już właściwie rozpętała się jego krytyka: a to trociny były pokazywane, a to lipa była pokazywana. I to już nawet – tutaj zwracam się do pani senator – nie wynikało z niewiedzy, tylko właśnie z wiedzy i ze złośliwości, i z gry politycznej. Bo jeśli ktoś mówi, że nie wie, czy jest system, nie wie, że nie ma już systemu budżetowego, to oczywiście albo udaje, albo faktycznie nie wie. I wiele osób protestujących, wiele osób krytykujących rząd robi to z premedytacją, oczywiście wiedząc, co się znajduje w koszyku, wiedząc też, w jaki sposób był i przez kogo opracowywany. Nie można dezawuować pracy olbrzymiej liczby osób, tak ciężkiej pracy specjalistów, konsultantów krajowych, autorytetów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Rozumiem, że w tej chwili koszyk został przedstawiony, wiemy już, co w tym hiper-czy supermarkecie możemy wrzucić do koszyka, a czego nie możemy wrzucić. Natomiast sam proces wybijania kodu kreskowego i ukazywania się ceny będzie jeszcze trochę trwał. Z wypowiedzi pana ministra podczas prezentacji koszyka 29 czerwca zapamiętałem termin sześciu miesięcy – czy tak? I to była taka deklaracja. Rozumiem, że do końca tego roku przy każdej procedurze będziemy mieli określoną cenę w jakimś zakresie. Mówię tak, bo nie wiem, czy to będzie cena już ostateczna, opracowana przez zespół ekspertów, czy będzie to cena gwarantowana, czy to będzie cena minimalna. Tutaj będzie pewien problem. Czuję to tak intuicyjnie, nie umiem tego być może dobrze wyrazić, ale mam duże wątpliwości właśnie co do tej ostatecznej ceny. Podczas konferencji prasowej główne pytania i zastrzeżenia dotyczyły cen. Jeśli chodzi o sam koszyk i o te wszystkie procedury medyczne – powtórzę – jestem pełen uznania za ogromną pracę i określenie tego, tylko jednak bym jeszcze pana dyrektora dopytał o tę cenę. Gdyby mógł pan jednak troszeczkę przybliżyć nam, co to będzie za cena. Być może na chwilę się wyłączyłem i nie zrozumiałem tego.

Rozumiem, Panie Ministrze, że przy tej cenie i określaniu kosztów pracy będzie to, co można wykorzystać do negocjacji z lekarzami, bo to będzie jakiś układ zbiorowy, prawda? Widzę tutaj elementy i układu zbiorowego, i sieci szpitali. Jeżeli będziemy mieli określone kryteria, kwalifikacje i wyposażenie poszczególnych jednostek, to będzie to w jakimś stopniu również określało sieć szpitali, a także ten układ zbiorowy, bo będzie wyliczone, w jaki sposób powinna być wyceniana nasza praca, praca pielęgniarek i lekarzy. Chociaż tutaj pewnie diabeł tkwi w szczegółach, bo nie możemy wycenić pracy lekarza pracującego na oddziale pomocy doraźnej tylko i wyłącznie na podstawie procedur i koszyka. Wiadomo, że musi być jeszcze pewna gotowość, tak jak – już kończę, Panie Przewodniczący – jest, powiedzmy, u dziennikarza: on ma swoją pensję podstawową i wierszówkę za wykonaną dodatkową pracę.

Jeszcze raz serdecznie gratuluję i bardzo proszę pana dyrektora jednak o przybliżenie kwestii tej ceny, o określenie jej definicji, o powiedzenie, jaka ta cena będzie za pół roku. Dziękuję bardzo.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Można, Panie Przewodniczący?)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Najpierw odniosę się do pierwszej części wypowiedzi. Chcę powiedzieć, że są takie grupy polityków, które potrafią rozmawiać bez istotnych emocji, gdzie te emocje są studzone, a kiedy słyszy się z ich strony krytykę, to jest to krytyka, a nie krytykanctwo. I chcę powiedzieć, że w Senacie najjaśniejszym takim przykładem jest senacka Komisja Zdrowia. I bardzo państwu dziękuję, że bywam na jej obrady czasami zapraszany.

Pan dyrektor Wierzba oczywiście powie o wycenie. Ja tylko na samym wstępie powiem, że ta wycena to jest oczywiście pewna średnia pojedynczego świadczenia z bardzo wielu miejsc, bo tylko w ten sposób możemy procedować. Na ten temat można mówić strasznie dużo, bo przecież jest to kwestia metodologii czy metodyki, sposobu, w jaki dochodzi się do tego produktu, jakim jest cena.

I mam tu gorącą prośbę do pana przewodniczącego. Ponieważ jest już za piętnaście czwarta, a o godzinie trzeciej w Centrum „Dialog” rozpoczęły się rozmowy...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rozumiemy.)*

...chciałbym przynajmniej w ich ostatniej fazie brać udział. Z reguły udaje mi się czasami łagodzić obyczaje i dlatego chciałbym, bo od początku brałem w tym udział, dotrzeć teraz do Centrum „Dialog”. I zostawiłbym „merytorystów”, moich najbliższych współpracowników z resortu, a jest ich tutaj całe duże gremium, a sam – jeżeli to jest możliwe – prosiłbym bardzo o zwolnienie mnie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Oczywiście. Ponieważ pewien wątek polityczny wyszedł z ust wiceprzewodniczącego, to zanim pan minister wyjdzie, skorzystam ze swoich uprawnień i powiem coś, co może będzie tą odrobiną dziegiu w beczce miodu.

Ja też bardzo doceniam robotę przez was wykonaną, ale trzeba sobie jasno zdać sprawę z tego, że koszyk jest w drodze. I gdyby literalnie patrzeć na deklaracje i ich wykonanie, to trzeba sobie jasno powiedzieć, że nawet bijąc rekordy świata w tempie, jesteśmy na trudnej drodze, w procesie dochodzenia do koszyka. I taka jest prawda. Dlatego nie eksponowałbym tych wątków politycznych w tej sprawie, bo w tym momencie będziemy musieli sprzeczać się o rzecz, która, moim zdaniem, akurat nie zasługuje na krytykę. Został wykonany kawał dobrej roboty, proces idzie w dobrą stronę, natomiast jest jeszcze przed nami długa i trudna droga. Moim zdaniem, jest ona bardzo trudna, bo właśnie zahacza o to, co jest tą kreską w systemie, prawda? Chodzi o to, w którym miejscu następuje to odcięcie i co tak naprawdę definitywnie znajdzie się w tym pierwszym rozdaniu w strukturze koszyka.

To byłoby na tyle. Nie chciałbym specjalnie rozwijać skrzydeł politycznych w tej dyskusji, wolałbym, żeby pozostała ona na poziomie merytorycznym, a jeszcze jest trochę tutaj do obgadania.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale w kwestii formalnej?  
Bardzo proszę.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Jeśli można, Panie Przewodniczący, w sprawie formalnej, a może pseudoformalnej. Mianowicie chciałbym poprosić pana ministra o informację, odchodząc troszeczkę od problematyki koszyka. Oczywiście, jeśli pan minister bierze udział w tych rozmowach, to powinien pan minister tam być, ale gdyby pan minister był uprzejmy w kilku słowach powiedzieć, na jakim etapie są w tej chwili rozmowy i czy one już zmierzają ku końcowi.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Mogę?)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Te rozmowy na pewno są już bardzo zaawansowane, to znaczy przekroczyliśmy taką odległość, z której widać już dość jasne światło w tunelu. Naszym ogromnym problemem jest kwestia dogadania się różnych stron związkowców, bo oni też są poddani pewnej dyspersji. Mamy różnych graczy, w dobrym tego słowa znaczeniu.

W tej chwili istotnym problemem jest to, w jaki sposób podzielić 40% środków, które mogą dotrzeć do szpitali z nadwykonaniami. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, czyli panie, które w tej chwili są w „białym miasteczku”, chce pokazać, że to właśnie one będą istotnymi beneficjentami z tych 40%. Kolegom lekarzom na tym nie zależy, oni nawet w dużej mierze mogliby te pieniądze w całości w tym roku przekazać pielęgniarkom, ponieważ kolegom lekarzom zależy na pewnej perspektywie – płaca minimalna w określonym czasie, nie od razu. Przy czym ta płaca minimalna mogłaby być zagwarantowana w ponadzakładowym układzie zbiorowym, nad którym w tej chwili trwają prace w Ministerstwie Pracy – pytanie, czy jest on możliwy do stworzenia, czy nie? Proszę pamiętać o tym, że minister nie jest pracodawcą lekarzy. Więc jest to bardzo skomplikowany, kolokwialnie mówiąc, łamaniec prawny, ale przy pewnym konsensusie może być możliwy do zastosowania.

Wracając do pań pielęgniarek, to chcą one być głównymi czy istotnymi beneficjentkami tych 40%, a w tej chwili są w konflikcie z innymi związkami zawodowymi, które uważają, że wcale nie muszą się z nimi tymi pieniędzmi dzielić. My się najbardziej boimy, żeby 40% nie poszło wyłącznie na podwyżki płac lekarzy, którzy w tej chwili się już zwolnili czy są w trakcie zwolnień z pracy, bo wtedy po prostu nie będzie pieniędzy dla pielęgniarek i położnych. Ten protest jest protestem w dużej mierze związanym z finansowaniem sfery ochrony zdrowia i doskonale wiemy, że czego byśmy o tym proteście nie mówili, to intencje tego protestu są dość jednoznaczne, nie można ich spostponować.

Zależy nam na tym, żeby był to taki układ, po podpisaniu którego wszystkie strony wyjdą z podniesionym czołem i nikt nie wyjdzie na kolanach. Dlatego ten konsensus jest bardzo trudny, choć możliwy. Jestem przekonany, że dzisiaj pewnie uczynimy kolejny krok do przodu. Nie wiem, czy zostanie dzisiaj zwinięte miasteczko – marzę o tym, bo uważam, że nasze koleżanki pielęgniarki powinny rzeczywiście zajmować się innymi rzeczami, a to miejsce staje się coraz mniej atrakcyjne. To już przestał być „event”, w tej chwili jest to gehenna dla naszych koleżanek pielęgniarek. I trzeba zrobić wszystko, żeby ten konflikt zakończyć.

Jak państwo widzicie, procedujemy w miarę spokojnie. Te rozmowy są też rozmowami, podczas których poziom emocji jest coraz mniejszy. Na początku było dramatycznie, w tej chwili poziom emocji istotnie się zmniejszył. Stron tego konfliktu jest dużo, to nie jest tak, że siedzi rząd i cała reszta. Nie: tam siedzi rząd, siedzi prezes Sośnierz i różne grupy zawodowe, które czasami mają nieco inne spojrzenie na to, jak należy ten konflikt zakończyć. Jednak my, Polacy potrafimy dochodzić do kompromisu. Jestem głęboko przekonany, że nam się to uda, tak więc proszę o trzymanie kciuków.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Chciałbym bardzo podziękować panu ministrowi. Nie zatrzymujemy pana, bo nie zdąży pan na dialog.

*(Senator Stanisław Karczewski: Zdąży, zdąży.)*

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

W sprawie dialogu, Panie Ministrze. Przed chwilą właśnie panie pielęgniarki mówiły mi o wycenie pracy, więc proszę na to zwrócić uwagę, bo one uważały, że w kwestii wyceny pracy nie robi się nic. Kiedy będzie ta wycena? To jest jedna sprawa.

Druga sprawa. Panie pielęgniarki również mają obawy, że gdy wrócą ze strajku, to zostaną im potracone pieniądze za strajk i będą mniej zarabiać. Mówiłam, że to jest to sprawa, niestety, dyrektora, zarządu, organu założycielskiego. W każdym razie takie dwa sygnały kierują do pana ministra. A o tę informację, o to, żeby docierały rzeczy prawdziwe, proszę, tak jak w Biblii, nie siedem razy, tylko siedemdziesiąt siedem razy. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Dziękuję bardzo panu ministrowi.

Wracamy do dyskusji.

Zgłaszał się pan senator Kraska.

Bardzo proszę.

**Senator Waldemar Kraska:**

Panie Przewodniczący, nie ma pana ministra, a więc do któregoś z panów z ministerstwa mam pytanie, które jest troszkę przedłużeniem pytania pana senatora Okły. Wprowadzamy koszyk po cenach, które obowiązują w tej chwili za punkt, prawda?

Procedury są takie, jakie są i wszyscy wiemy, że są za nisko wycenione, przez co szpitale mają problemy, a my mało zarabiamy. Czy była przeprowadzana symulacja, ile tak naprawdę to będzie kosztowało, licząc po cenach realistycznych? I czy będzie to budżet możliwy przez nas do udźwignięcia?

Bo jeżeli nie, to jest troszeczkę nieracjonalne wprowadzanie koszyka po cenach, które obowiązują teraz, szczególnie, że według szacunków już na wstępie brakuje do tego 10 miliardów zł. Tak więc wprowadzenie tego koszyka spowoduje nakręcanie spirali zadłużenia szpitali. I czy wobec tego jest jakaś idea wprowadzenia tak zwanego małego koszyka, który byłby na miarę możliwości finansowych naszego państwa? Chodziłoby o odłączenie na jakiś okres przejściowy pewnych procedur. Czy w ogóle była o tym mowa?

I drugie pytanie. Oszacowano tutaj, że będzie około 1 miliarda zł dodatkowych wydatków na centralne programy zdrowotne i moje pytanie jest takie: czy to ma pójść na programy, które już istnieją, czy będą to jakieś zupełnie nowe programy zdrowotne? Dziękuję bardzo.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Może zacznę od końca, bo to najbardziej pamiętam. Rzeczywiście, wycena była robiona na podstawie dzisiejszych cen, bo jeżeli chodzi o rzeczywiste koszty, to, jak wszyscy doskonale wiemy, nie mamy rzetelnej informacji o rzeczywistych kosztach procedur, bo do tej pory nikt ich nie liczył. Mamy nadzieję, że dopiero wprowadzenie...

Słucham?

**Senator Michał Okła:**

Mogę służyć panu ministrowi zestawieniem kosztów, które robiliśmy od 1990 r. (*Senator Waldemar Kraska: Wiem, że są szpitale, które takie zestawienia prowadzą, czyli można to jakoś ocenić.*)

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Dwukrotnie zwracaliśmy się do wszystkich szpitali w Polsce z prośbą o to, pokazując też, jak należy rzeczywiście liczyć te koszty. Po pierwszej naszej prośbie na ponad osiemset pism wysłanych w zeszłym roku w czerwcu, ponad rok temu otrzymaliśmy szesnaście odpowiedzi. Rzeczywiście, są szpitale, które to liczą, ale ich jest tak naprawdę kilkanaście. Taka jest rzeczywistość i to nie jest niczyja wina.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Moim zdaniem, akurat bardzo dobrze, że mamy ich chociaż tyle, bo już od czegoś można zacząć.*)

Tak jest. I podjęliśmy ogromny wysiłek, parafrazując poetę, „jeździliśmy z Kolbergiem po kraju” i namawialiśmy do tego naszych prywatnych przyjaciół ze Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, którzy zarządzają szpitalami. W środowisku wszyscy wiemy, które szpitale są lepiej zarządzane od strony liczenia kosztów, a które gorzej. Pracowaliśmy z najbardziej znanymi nam ekonomistami ochrony zdrowia – z instytutu gruźlicy, z Krakowa, z Poznania, z Warszawy – i wypracowaliśmy pewną metodykę liczenia kosztów.

Na pytanie pana senatora wiceprzewodniczącego odpowiadam, jaka to jest metodyka. Ona opiera się na tablicach technologicznych zużycia zasobów i pracy ludzkiej, bo dwa najważniejsze elementy składowe kosztów to fakt, jakie zasoby się zużywa i jaki jest udział pracy ludzkiej. Chodzi tu nawet o taki poziom, ile minut w danym zabiegu operacyjnym pracuje operator pierwszy, asysta, anestezjolog, instrumentariuszka i dodatkowy personel. To wszystko zostało opracowane i do tego poziomu chcemy liczyć koszty, i możemy to zrobić.

W tej chwili podpisaliśmy wstępne umowy z sześćdziesięcioma szpitalami. Nasza ideą przy wycenie kosztów jest to, żeby do każdego świadczenia opisanego w koszyku mieć minimum osiem – dziesięć różnych oddziałów z różnych regionów, które będą zasilaty nasz system informatyczny danymi dotyczącymi tego, jaki jest u nich koszt tego świadczenia. I z tego będzie wyciągana średnia, czyli zostaną opracowane tablice technologiczne zużycia zasobów i ilości pracy ludzkiej. Potrzebujemy do tego minimum osiem, a najchętniej dziesięć jednostek: szpital powiatowy, szpital z dużego miasta, szpital kliniczny, szpital wojewódzki, szpital specjalistyczny – jak to będzie, zsumujemy wszystko i wyciągniemy średnią. I to będzie informacja o tym, jaki jest średni koszt świadczenia zawartego w koszyku, jaka jest jego cena.

Podobnie jak jest w koszykach w innych krajach. Nie pomyślałem, bo mogłem państwu przynieść i pokazać, jak wygląda koszyk w Queenslandzie w Australii, jak oni to liczą i jak to wygląda. Oczywiście, tam jest troszeczkę inne podejście, bo tam czasami jest tak, że świadczenie kosztuje 1500 AUD, a jest refundowane na przykład tylko w 30%. Proszę sobie wyobrazić, że w koszyku świadczeń gwarantowanych jest świadczenie, które jest gwarantowane, a w ogóle nie jest refundowane. Na czym to polega? To polega na tym, że państwo czy ubezpieczalnia gwarantuje jedynie dostęp do tego świadczenia, czyli zabezpiecza warunki, w których może być wykonane, bo to też jest obowiązek państwa, ale w ogóle nie chce za nie płacić. I to jest też koszyk świadczeń gwarantowanych.

Dlatego jeśli mówimy, że to nie jest w koszyku, a tamto jest, to wcześniej trzeba precyzyjnie się umówić, jaka jest tego definicja. My zaproponowaliśmy polską definicję koszyka świadczeń gwarantowanych w oparciu przede wszystkim na modelach australijskim i kanadyjskim, ale tak naprawdę, naszym zdaniem, wybraliśmy najlepsze elementy z całego świata. I tak chcemy podejść do liczenia tych kosztów.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Patrząc na tytuł tak się zastanawiam, bo w podręczniku „Evidence Based Medicine” bardziej mówi się nie o udowodnionej, ale o wiarygodnej skuteczności medycznej. I tak się zastanawiam, czy dla pewnej rzetelności metodycznej nie powinniście państwo trochę skorzystać z tego, co „Evidence Based Medicine” próbuje powiedzieć na temat wiarygodności działań medycznych. Ale to tak na marginesie.

Pan senator Żelichowski, bardzo proszę.

### **Senator Czesław Żelichowski:**

Panie Dyrektorze, mam jeszcze jedno pytanie związane z wielkością koszyka. Wykonaliście olbrzymią robotę, w centralnej bazie jest zapisanych osiemnaście i pół tysiąca różnych świadczeń, ale doskonale wiemy, że nie jest to zbiór zamknięty w tym



sensie, że na dzień dzisiejszy jest pewnym zbiorem statycznym. On się będzie zmieniał w miarę, jak będą powstawały nowe świadczenia, nowe procedury. W związku z tym mam pytanie: jak będzie wyglądała procedura zmiany koszyka? Dziękuję bardzo.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Bardzo dziękuję.

Dla mnie jest to jeden z najważniejszych elementów tego koszyka. Nie jest najważniejszy ten katalog, tylko precyzyjne kryteria włączania i wyłączenia. Panie Senatorze, jest cały rozdział, który ma tytuł „Rekomendacje” i on mówi o finansowaniu lub nie, są w nim precyzyjnie opisane formularze, to, jak należy składać wniosek i jak mają wyglądać dokumenty. Jeżeli jest to na przykład produkt leczniczy i chcemy podeprzeć się jakimś raportem oceny technologii medycznej, to my przejrzyście opisaliśmy, jak ten raport ma wyglądać. I dla każdego zainteresowanego ten raport będzie jednakowy. W tej chwili jest tak, że raport napisany w Krakowie jest zupełnie inny, raport w Nowym Sączu jest inny, raport w Warszawie jest inny, w Poznaniu inny, a gdzieś jeszcze z zagranicy jeszcze inny.

Pozwolę sobie odnieść się do tego, co powiedział pan przewodniczący. Panie Przewodniczący, mimochodem poruszył pan jeden z najważniejszych problemów: brak słowników, glosariuszy. My tę całą terminologię wynegocjowaliśmy z autorytetami, z profesorem Niżankowskim, Niewadą, doktor Orlewską, profesorem Sławińskim – nie chcę już wszystkich wymieniać. Jak oni się kłócili, czy to jest koszt-efektywność czy efektywność kosztów, czy wpływ przyływu na odpływ – to był po prostu dramat. Ale udało się, naprawdę się udało. I dlatego zachęcam do lektury słowniczka, do zapoznania się z tą terminologią, bo co autorytet, to inaczej pewne rzeczy pojmuje. Nawet język angielski jest tu trudny. Dlatego czasami na tych slajdach był napis „assessment”? To jest ocena i tamto to jest też ocena, tylko to jest ocena podstawowa, a to jest ocena wartościująca. Język angielski z jednej strony jest łatwy, a z drugiej strony może być bardzo mylący.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze, dziękuję bardzo.

Pani senator Budner, proszę.

**Senator Margareta Budner:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Mam takie pytanie: czy w przyszłości po wprowadzeniu koszyka przewidujecie państwo, że coś zmieni się w kwestii procedur wysokospecjalistycznych, które teraz obowiązują? Czy te procedury w ogóle się zmieniają? Dziękuję.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Oczywiście. Uważamy, że procedury wysokospecjalistyczne, jak każde inne świadczenie, powinny przejść proces rekomendacji i podlegać systematycznemu przeglądowi, który pozwoli podjąć decyzję w oparciu na dowodach naukowych.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze są chętni do zabrania głosu?

Bardzo proszę.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Koledzy wyczerpali moje pytania, ale chciałabym zapytać jeszcze o pewną sprawę. Chodzi mi o związek między DRG a przygotowywanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia systemem kontraktowania. Jak będzie powiązany DRG z koszykiem świadczeń, jak to będzie wyglądało?

Druga sprawa dotyczy świadczeń profilaktycznych. Z tego, z czym tylko ogólnie się zapoznałam, wynika, że te świadczenia profilaktyczne będą tylko w programach. A może one przy tym podejściu lekarskim autonomiczno-klinicznym też są uwzględnione? Bo tutaj tego nie zauważyłam.

I trzecia sprawa to świadczenia pielęgniarские znajdujące się w koszyku. Jest tu prezentowane ciekawe podejście, bo zauważyłam, że jest to uzależnione od miejsca, to znaczy wymienione są poszczególne rodzaje świadczeń i one będą wycenione w zależności od miejsca. I one po to są rozdrobnione, żeby można było odpowiednio do miejsca je wycenić, tak to rozumiem. Zauważyłam też, że badanie fizykalne jest rozbite na bardzo szczegółowe elementy, nie jest ujęte jako jedna całość. Czy na przykład jeśli pielęgniarka wykonuje całościowe badanie fizykalne w związku z udzielaną poradą, będzie musiała wymieniać te wszystkie procedury z poszczególnych układów? Jak to będzie wyglądać w praktyce? Dziękuję bardzo.

**Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Waldemar Wierzba:**

Dziękuję bardzo.

Zacznę od końca, bo chciałem o tym powiedzieć, ale pan minister mi nie dal dojsć do głosu. Ten koszyk w ogromnej części jest zasługą prac pań pielęgniarek. I jestem dumny z tej części, bo mi się akurat z paniami pielęgniarkami – to był trzydziestoosobowy zespół – znakomicie pracowało. To jest po prostu ogromna przyjemność pracować z tym zespołem, w nim jeszcze było dwóch panów.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

I muszę powiedzieć, że jest to wspaniałe dzieło, bo te panie pracowały z ogromną przyjemnością, znakomicie. I to był jedyny zespół – podkreślam: jedyny – w którym nikt nie pytał, kiedy i ile za to dostanie pieniędzy. Muszę powiedzieć, że zrozumienie tematu było natychmiastowe, czasami o wiele łatwiej się nam pracowało z nimi niż z niektórymi zespołami lekarskimi. Mimo, że sam jestem lekarzem, chylę tu czoło.

I uważamy, że tak, jak to świadczenie jest rozpisane, powinno być pozostać. Ono zostało rozpisane po to, żeby później można było z tych wszystkich cegiełek, według tych tablic technologicznych pracy, wszystko poukładać. W dzisiejszej dobie, przy systemie informatycznym to jest moment – kliknięcie i już jest wpisane: robiłem to, robiłem tamto. I to pozwala pokazać, po pierwsze, społeczeństwu, a po drugie, politykom zaj-

mującym się zdrowiem, jak ogromnej wiedzy wymaga praca personelu pielęgniarskiego i lekarskiego. Pokazuje, jak wielkiej nauki, wielkiego nakładu czasu, pracy i odpowiedzialności, żeby można było to pokazać i to udowodnić, żeby nikt już się nie wahał, nie wątpił, że trzeba dać dużo większe pieniądze. Cała nasza praca była nastawiona na to, żeby środowisko medyczne miało z tego korzyść, taki był nasz jedyny cel. Oczywiście, jeżeli korzyść ma pielęgniarka, korzyść ma lekarz, to korzyść ma też pacjent.

Kiedy piętnaście lat temu byłem na studiach menedżerskich w Stanach Zjednoczonych, było tylko jedno równanie: *patient`s satisfaction* równa się *doctor`s benefite*. I koniec. Jeżeli jest zadowolony pacjent, to jest zadowolony lekarz, i w drugą stronę. I to jest jedyne równanie w ochronie zdrowia. Doktora można zamienić na każdego pracownika ochrony zdrowia. I taka jest odpowiedź.

Zapomniałem, jakie były dwa poprzednie pytania.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Leczenie profilaktyczne i DRG.)

DRG to jest pogrupowanie czegokolwiek według jednorodnych grup pacjentów. Tak więc niezależnie od tego, czy będzie tam taki koszyk, czy inny, można to sobie pogrupować w jednorodne grupy pacjentów, w jednorodne problemy zdrowotne. A jak pani senator będzie miała w systemie komputerowym nawet osiemnaście tysięcy, to będzie mogła sobie w ciągu dwóch dni wszystko pozaznaczać: to do tego, to do tamtego; według ceny, według choroby, według ICD, od pierwszej literki, od drugiej literki – to jest bardzo łatwe. Absolutnie jedno z drugim jest zgrane.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Świadczenia profilaktyczne.)

Świadczenia profilaktyczne są w czterech grupach: w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i pielęgniarskich, w podstawowej opiece zdrowotnej, w zdrowiu publicznym i w programach polityki profilaktycznej.

### **Senator Jadwiga Rudnicka:**

Chcę zapytać o to, jak w koszyku wygląda opieka w zakładach opiekuńczych, w hospicjach i rehabilitacja? Chodzi mi o te trzy działy.

### **Dyrektor Agencji Oceny Technologii Medycznych Waldemar Wierzba:**

Muszę powiedzieć, że wyglądają bardzo dobrze. Przede wszystkim, jak wspominałem przed chwilą, jest koszyk świadczeń pielęgnacyjnych i pielęgniarskich, rehabilitacja po raz pierwszy jest bardzo dobrze opisana. Rehabilitacja jest osobno, fizjoterapia, balneoklimatologia i lecznictwo uzdrowiskowe – to wszystko jest precyzyjnie opisane. Pracował nad tym trzykrotnie większy zespół niż przeciętnie na przykład w kardiologii czy w położnictwie i ginekologii. I procedury są tu opisane precyzyjnie, jest dokładny opis, jak się leczy pacjenta i sprawuje nad nim opiekę.

(Senator Jadwiga Rudnicka: I hospicja też?)

Tak.

(Senator Jadwiga Rudnicka: Hospicja też. Dziękuję.)

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

„Z informacji ministra zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych na temat prac nad koszykiem świadczeń gwarantowanych oczekiwana jest faza upublicz-

nienia dyskusji, w której należy uzyskać aprobatę dla porządkowania systemu i urealniania oczekiwań społecznych” – co wy na to?

(*Senator Stanisław Karczewski*: Bardzo dobry tekst.)

Czyli aprobujecie go.

On woli poza protokołem, bo to jest ryzykowne...

Dobrze, czy są uwagi? Nie ma?

**Senator Stanisław Karczewski:**

To jest bardzo dobry tekst.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Wobec powyższego przyjmujemy ten tekst i go rozsyłamy, tak?

Kto jest za przyjęciem tego tekstu jako stanowiska komisji?

Dziękuję bardzo.

Chodzi o to, żebyśmy nie skończyli na niczym tej fazy dyskusji.

Dobrze. Proszę państwa, szybko: sprawy różne.

**Senator Janina Fetlińska:**

Panie Przewodniczący, dziękuję za udzielenie głosu.

Skoro państwo senatorowie mają już tekst stanowiska, tylko krótko powiem, że do senackiej Komisji Zdrowia wpłynął raport Programu Odpowiedzialnej Sprzedaży Wyrobów Tytoniowych. Ten program jest realizowany od dziesięciu lat przez różne organizacje pozarządowe, przez niektóre samorządy, na przykład małopolski samorząd wojewódzki, przez około osiemnaście różnych podmiotów gospodarczych.

W jego ramach prowadzone są różne działania edukacyjne, dystrybuowane są materiały edukacyjno-informacyjne na temat zakazu sprzedaży wyrobów tytoniowych dzieciom i młodzieży poniżej osiemnastego roku życia, a także organizowane są dni czy też miesiące odpowiedzialnej sprzedaży. Pokazane są w tym raporcie również wyniki badań. Otóż okazuje się, że, niestety, ten zakaz nie jest przestrzegany przez sprzedawców. Co prawda, ten odsetek jest coraz mniejszy, ale około 60% sprzedawców...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Proszę o stanowisko, bo będziemy dyskutować.)

Przedstawiam problem. W związku z tym, że okazuje się, iż jednak ciągle zakup wyrobów tytoniowych jest możliwy przez młodzież bez okazywania przez nią legitymacji czy też dowodu osobistego, mam nadzieję, że komisja przyjmie przygotowane stanowisko. Mam nadzieję, że potwierdzi, iż zapoznała się ze sprawami, o których mówiłam i rozważy przy najbliższej okazji nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych takie działania, jak: wprowadzenie licencji na sprzedaż wyrobów tytoniowych, zwiększenie sankcji karnych, zwiększenie liczby organów uprawnionych do kontroli, zmianę ustawy o strażach gminnych, która by umożliwiła policjantowi czy strażnikowi miejskiemu prowadzenie kontroli punktów sprzedaży bez munduru, a także upoważnienie straży miejskiej do nakładania mandatu karnego za sprzedaż wyrobów tytoniowych nieletnim – do

tej pory mogą to robić tylko policjanci. Chodzi też o rozszerzenie przepisów odnośnie do wieku klienta, tak, żeby sprzedawca mógł wylegitymować osobę, która wygląda na małoletnią i która musiałaby okazać dokument ze zdjęciem, który by potwierdzał jej wiek. Także potrzebne jest prowadzenie działań profilaktycznych w szkołach i wdrażanie programów informacyjno-edukacyjnych dla sprzedawców i rodziców. One są, ale ciągle – co wymaga podkreślenia – jest ich za mało. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy uzasadnienie jest we wstępie?

*(Senator Janina Fetlińska: Tak.)*

Uzasadnienie rozwija wątek merytoryczny.

Bardzo proszę.

*(Brak nagrania)*

**Senator Janina Fetlińska:**

To jest do dyskusji. Uzupełnimy jeszcze o taką...

*(Senator Stanisław Karczewski: Popieram tutaj uwagę pana senatora Okły.)*

Problem polega na tym, że to jest tylko do dyskusji, ponieważ na razie nie mamy licencji. Musielibyśmy wprowadzić taką licencję i wówczas z tym związane...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Tak, tak. To również odebranie licencji.

*(Brak nagrania)*

**Senator Janina Fetlińska:**

Proszę państwa, może jeszcze coś wyjaśnię. Wydaje mi się, że aktualnie jest możliwość skierowania przez policję czy przez straż miejską sprawy do sądu do spraw wykroczeń i wówczas można udzielić grzywny do 5 tysięcy zł. To w naszym prawie obowiązuje. Nie ma natomiast jeszcze możliwości wprowadzenia takiej licencji na sprzedaż wyrobów tytoniowych, jaka jest na przykład na alkohol. Jednak jeśli wprowadzilibyśmy taką licencję, to też należałoby przewidzieć, w jakich przypadkach można ją odebrać. I tutaj pan senator Okła ma rację, że wtedy należałoby to też zapisać, bo każdy sprzedawca, każdy punkt sprzedaży, który byłby uruchamiany, musiałby uzyskać licencję. Jej utrzymanie byłoby właśnie uzależnione od tego, czy te wyroby sprzedawane są zgodnie z prawem, czyli bez udostępniania ich młodzieży.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Proszę państwa, jak do tej pory mandat może tylko nadać policjant, natomiast straż może prowadzić kontrolę.

*(Brak nagrania)*

**Senator Janina Fetlińska:**

Proszę państwa, te sankcje, jak mówi raport, wynikają z takiego modelowego zestawu sankcji, które można stosować i które są zalecane przez ekspertów tej proble-

matyki. Stąd ten katalog jeszcze niewdrożonych u nas sankcji karnych pozwoliłam sobie państwu przedstawić. I oczywiście możemy z tego wybrać, co nam się będzie podobało, właśnie przy okazji nowelizacji ustawy o używaniu tytoniu, o ochronie zdrowia przed skutkami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Tak więc to jest po prostu katalog, z którego możemy wybierać, ale przedstawiłam to w całości, bowiem pozostałe elementy tego katalogu, o którym wspomina raport, są u nas wykorzystane. Nasze ustawodawstwo jest już pod tym względem bogate i rzeczywiście wyczerpujemy tu niemalże wszystkie elementy, poza tymi, które tutaj wymieniłam, bo to jeszcze chcemy rozważyć. Wszystkie inne pozostałe są w naszym ustawodawstwie. Ta ustawa z roku 1995 była już czterokrotnie nowelizowana, ale nie zawiera tych elementów, o których wspominam w stanowisku dotyczącym tego, że przyjmujemy ustawę o ochronie zdrowia przed skutkami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

*(Senator Stanisław Karczewski: Teraz będzie nowelizacja tej ustawy.)*

Właśnie.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

I zaczyna się od tego, że Komisja Zdrowia przyjęła do wiadomości tę informację. I mamy tutaj też ten punkt mówiący o tym, że jest to w związku z podejmowaną przez parlament nowelizacją ustawy. Lista wymieniona przez panią wiceprzewodniczącą obejmuje propozycje uzupełnienia katalogu zawartego w ustawie o te sankcje.

Ze względu na to, że jest tutaj propozycja dalej idąca, bo dotycząca cofania licencji, proponuję, by w pktcie 1 był zapis o udzielaniu licencji i ich cofaniu.

### **Senator Michał Okła:**

Jeżeli napiszemy „wprowadzenie licencji na sprzedaż wyrobów tytoniowych”, to w tej licencji są już uwzględnione wszelkie sprawy.

*(Senator Janina Fetlińska: Tak. To jest ogólne stwierdzenie. Proszę państwa, ja nie rozwijałam tego. Bo jak się coś wprowadza, to można to później cofnąć.)*

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobra, dobra.

Czyli wątpliwość dotyczy pktu 5. Wobec tego przegłosujmy to.

*(Senator Janina Fetlińska: Ja może wyjaśnię...)*

Ale rozumiemy to.

Rozumiemy?

*(Senator Janina Fetlińska: Straż miejska na dzień dzisiejszy...)*

### **Senator Stanisław Karczewski:**

Chodzi o to, żeby można było nie tylko przyznawać licencje, ale również wycofać je w przypadku nieprzestrzegania zasad.

**Senator Czesław Żelichowski:**

Mam taką propozycję, żebyśmy nad stanowiskiem nie procedowali tak, jak nad ustawą i nad poprawkami, bo przecież oczywiście nad ustawą jeszcze będziemy procedowali. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jest wniosek senatora Karczewskiego o wykreślenie punktu i to powinniśmy po prostu przegłosować.

**Senator Janina Fetlińska:**

Tylko może przed głosowaniem jednak jeszcze przypomnę, że na dzień dzisiejszy mandat może dać policjant, nie może go dać strażnik miejski.

*(Głos z sali: Nie chodzi o mandat, bo mandat to nie jest kara, bo to jest 50 – 100 zł. I to jest żadna kara.)*

Nie, za sprzedaż małoletniemu bez sprawdzenia jego tożsamości, jeżeli jego wygląd budzi podejrzenie, że jest jeszcze małoletnim to jest 500 zł. I w tym momencie straż miejska jest bezradna w takiej sytuacji, a mogłaby po prostu też dać taki mandat. Wydaje się, że powinno nastąpić rozszerzenie kręgu osób, które po prostu mogą doraźnie karać.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, tylko problem jest taki, że w tym momencie jest tu pewne ryzyko ustrojowej...

*(Senator Michał Okła: Zmiana ustawy umożliwiająca prowadzenie kontroli punktów sprzedaży bez munduru oraz kwestia nakładania mandatu. I koniec.)*

Nie, ale myślę, że...

**Senator Stanisław Karczewski:**

Komu to stanowisko prześlemy?

*(Senator Janina Fetlińska: Myślę, że realizatorom programu.)*

A ja bym radził jednak przesłać to do Sejmu, do Komisji Zdrowia, która na pewno już niebawem będzie debatowała na temat nowelizacji ustawy antytytoniowej.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: O, to jest pomysł!)*

Przede wszystkim tam trzeba to skierować.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Mam wątpliwości dotyczące czegoś innego, mianowicie na ile konstytucyjne jest oczekiwanie, że straż miejska będzie nakładała mandaty w trybie, o którym mówi tutaj pkt 5. Ja nie pamiętam ustawy o straży i stąd moja wątpliwość.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Może to robić. Bo była już debata na temat tego, czy strażnicy miejscy mogą nakładać mandaty.

(*Senator Janina Fetlińska*: Tak, za wykroczenia mogą je nakładać.)

Oczywiście. Tylko tam była kwestia niekonstytucyjności korzystania przez nich z radarów.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Słuchajcie, twierdzą, że pkt 5 jest w pkt 2 i poddaję to jednak pod głosowanie.

Kto jest za wyrzuceniem punktu? (5)

Kto jest przeciw? (1)

Kto się wstrzymał od głosu? (2)

Kto jest za przyjęciem stanowiska ze zmianą, którą przed chwilą wprowadziliśmy? (8)

(*Senator Stanisław Karczewski*: Stanowisko koniecznie trzeba przesłać do sejmowej Komisji Zdrowia.)

Dobrze, przyjęliśmy to wcześniej.

(*Głos z sali*: Jednogłośnie za.)

Kto jest za przyjęciem tego, włącznie z uwagą pana Staszka Karczewskiego, przewodniczącego Karczewskiego? (8)

Jednogłośnie za.

Dziękuję bardzo.

Słuchajcie, jeszcze jest parę rzeczy. Tych diabetyków zostawimy sobie na inną okazję. Proszę państwa, mamy tutaj troszeczkę takich rzeczy adresowanych do nas, a związanych z protestem pielęgniarek. Ponieważ omówiliśmy już wcześniej trochę ten protest pielęgniarek, wymienię tylko, kto do nas co skierował.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia oczywiście popiera bardzo słuszne pretensje pielęgniarek o większe płace. Rada Miejska w Sosnowcu apeluje o podjęcie dialogu w celu osiągnięcia porozumienia. Marszałek województwa mazowieckiego zwrócił się do mnie o wspieranie wszelkich działań mających na celu wypracowanie konkretnych propozycji, których realizacja ograniczyłaby skutki przedłużającego się strajku lekarzy i pielęgniarek. I mamy też uchwałę sejmiku.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Można to zobaczyć?)

Tak, bardzo proszę. Mamy też taką sprawę, która jest bardzo trudna, mianowicie apel Szpitala Bródnowskiego z Warszawy.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

To przygotuj stanowisko komisji w tej sprawie.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Dobrze. I tu jest taki problem – który tylko jest nam podawany do wiadomości, bo to nie jest pismo skierowane do nas – że za wszystkie świadczenia, których szpital udzielił pacjentom od 1999 r. do dziś, a które przekraczały limity, powinna zostać zapłacona kwota 10 milionów 482 zł. Taka jest cena na wykonanie tych świadczeń. Mówię o tym, ponieważ to pokazuje skalę nadwykonań w jednym tylko Szpitalu Bródnowskim.

I ostatnia rzecz, proszę państwa. Jest bardzo ciekawe stanowisko, rozesłane przez pana doktora Szubę, a dotyczące problemu porównania cen leków markowych i generycznych. Jeśli państwo nie mieliście tego w rękach, zachęcam do zapoznania się z tym, w Komisji Zdrowia jest to do wglądu i to jest bardzo ciekawe. Dam wam tylko jeden przykład. Postać leku – Aciclovir. Zovirax kosztuje 183 zł, a wersja tania, generyczna – 16 zł 66 gr. Stosunek ceny markowej do generycznej – 13,21. Flucanosal, Diflucan –



149 zł, a Flucofast – 13,97 zł; stosunek cen – 10,94. Warto wiedzieć, jaka jest skala tego problemu, a doktor Szuba to bardzo rzetelny ekspert, którego warto czasami wysłuchać. Macie to? To dobrze, bo chciałem o tym powiedzieć. I to były wszystkie sprawy.

Czy jakieś inne rzeczy bieżące?

Bardzo proszę, pani senator Rudnicka.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Panie Przewodniczący, wpłynęły, do mnie trzy takie sprawy i chciałabym się nimi z komisją podzielić i prosić pana przewodniczącego o poradę, co z tym zrobić. Jedna jest króciutka: „W związku z dysproporcją wynagrodzeń rezydentów, którzy po kilkuletnim stażu są lekarzami o wysokich kwalifikacjach i wspomagają wydatnie lecznictwo zamknięte, proszę o zwrócenie się do działu prawnego i działu nauki Ministerstwa Zdrowia z zapytaniem, na jakich warunkach zakład prowadzący szkolenie mógłby premiować i nagradzać lekarzy rezydentów”. To jedna sprawa, dotycząca rezydentów, czyli tego, jak można ich wynagradzać i premiować.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy pani senator może powiedzieć, kto jest adresatem tego pisma? Do kogo oni się zwrócili?

(*Senator Jadwiga Rudnicka:* Ja, senator Jadwiga Rudnicka.)

Jako senator?

Pan senator Karczewski chciałby odpowiedzieć, bardzo proszę.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Panie Przewodniczący, może nie odpowiedzieć, ale powiedzieć coś na ten temat, bo ja też nie jestem w stanie na to pytanie odpowiedzieć, chociaż ten problem już kilkakrotnie podnosiliśmy.

(*Senator Jadwiga Rudnicka:* Tak, tu ministerstwo musi się wypowiedzieć.)

To jest bardzo ważny problem, bo rezydenci od pierwszego do ostatniego dnia swojej pracy zarabiają taką samą kwotę. I mówiliśmy o tym, że tuż przed uzyskaniem specjalizacji, kiedy są prawie specjalistami, nie mogą mieć wyższego wynagrodzenia. I tutaj ponowiłbym swoją prośbę o posiedzenie komisji poświęcone kształceniu lekarskiemu. Rozumiem, że już na następnym nie da rady tego zrobić, bo będziemy mieli cztery ustawy, czyli to jest niemożliwe. Jednak bardzo proszę pana przewodniczącego o uwzględnienie tego tematu po przerwie wakacyjnej. Mieliśmy się tym zająć, ale z różnych powodów przesuwaliśmy tę debatę.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pani Senator, proponujemy, żeby w odpowiedzi wskazała pani, że Senat zajmie się tym na posiedzeniu powakacyjnym, dobrze?

(*Senator Jadwiga Rudnicka:* Tak, zostawię ten dokument.)

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Druga sprawa też jest skierowana do mnie jako do senatora, więc pozwolę sobie o niej powiedzieć w skrócie, bo to jest parę stron. Mianowicie jeden milion Polaków jest zakażonych HCV i około trzystu tysięcy jest zakażonych HBV. Na ten temat mam tutaj materiały towarzystwa, które woła do nas o jakieś wspomnienie, zainteresowanie się tym. Czy mogę zostawić ten dokument?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Nie. Proponuję, żeby złożyła pani oświadczenie adresowane do ministra zdrowia z prośbą o odniesienie się do tego.

*(Senator Jadwiga Rudnicka: Dobrze, dobrze.)*

Ewidentnie jest to taka sprawa, która wymaga zajęcia się nią. Kiedy minister zajmie stanowisko w tej sprawie, wtedy wrócimy do tego w komisji.

Mamy już odpowiedź pana ministra?

Bardzo proszę.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Panie Przewodniczący, proszę państwa, myślę, że dobrze, że pani senator prezentuje tutaj tego typu sprawy. Moglibyśmy również – i to jest już moja oficjalna propozycja – dyskutować wspólnie nad tego typu sprawami, bo indywidualnie, do każdego z nas z osobna, docierają te same problemy i w różnym czasie występujemy do ministra zdrowia o to samo, a to nie ma sensu.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dobrze, pani senator to poruszyła, a ty masz już odpowiedź?)*

Tak, ja już to składałem, pan senator też składał i podejrzewam, że jeszcze inni senatorowie też to zrobili. Stowarzyszenie prowadzone przez tego pana – nie pamiętam jego nazwiska – jest bardzo aktywne i bombarduje nas tego typu pismami. Na to odpowiadał minister Piecha – już nie pamiętam, czy w Sejmie, bo byłem na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia na temat polityki lekowej państwa – odpowiadał w komisji tam i tutaj. Tak więc byłoby dobrze, żebyśmy to skoordynowali. Pani Senator, na mojej stronie internetowej mam to pytanie i odpowiedź w tym zakresie Ministerstwa Zdrowia.

*(Senator Jadwiga Rudnicka: Na ten temat?)*

Na ten temat, tak. To było oświadczenie senatora Żelichowskiego i moje.

*(Senator Jadwiga Rudnicka: Bardzo dziękuję. Mam jeszcze trzecią sprawę, i koniec.)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Mamy dużo odpowiedzi.

Bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

I właśnie dlatego dobrze jest o tym mówić. Czy może ktoś z państwa ma pismo z Górnośląskiego Centrum Medycznego, Samodzielnego Publicznego Szpitala Kli-

nicznego nr 7? Chodzi o dość dużą Klinikę Chirurgii Ogólnej i Naczyń zamkniętą od 1 lipca. Czy ktoś to dostał?

Dostałeś może, Czesiu, coś na ten temat?

To jest Śląska Akademia Medyczna, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7, Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń. Jedyna klinika naczyniowa na Śląsku jest od 1 lipca zamknięta. I to jest dość duża sprawa. Musiałabym to wszystko czytać...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale to jest sprawa lokalna i, moim zdaniem, na poziomie...

*(Senator Jadwiga Rudnicka: Wojewódzka.)*

Tak, ona jest wojewódzka. I powinna pani to zgłosić na poziomie ministra.

*(Senator Jadwiga Rudnicka: Oni się zwrócili do marszałka Muszyńskiego, a on powiedział: to jest akademia.)*

Ponieważ to jest sprawa wojewódzka, a szpital podlega ministrowi, to pani senator powinna wystąpić do pana ministra oświadczeniem, z pytaniem o tę sprawę, bo to jest sprawa lokalna.

Bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Dziękuję.

Dlatego pytam, czy ktoś jeszcze dostał to pismo? Ale jak Czesio nie dostał, to widocznie tylko ja. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

**Senator Janina Fetlińska:**

Mam prośbę do pana przewodniczącego, żeby podczas jednego z posiedzeń komisji uwzględnić zaproszenie kilku organizacji pozarządowych, które zajmują się takimi problemami, jak: WZW, choroby psychiczne czy cukrzyca u dzieci. Jest jeszcze kilka, chyba sześć, organizacji, które mają problemy z lekami. Chodzi o to, żeby zbiorczo na jednym posiedzeniu omówić problematykę tych leków.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Może to jest pomysł, tak.)*

Omawianie tego pojedynczo byłoby zbyt trudne, a pokazanie tego w szerszej skali uświadomiłoby skalę problemu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ale w ramach polityki lekowej, tak?

*(Senator Janina Fetlińska: Tak, w ramach polityki lekowej i pomocy organizacjom pozarządowym.)*

Czy my przypadkiem nie mamy jakiejś kolejnej nowelizacji ustawy prawa farmaceutycznego w ścieżkach?

*(Głos z sali: Jest w ścieżkach...)*

Moim zdaniem, gdy to będzie, zrobilibyśmy troszeczkę szersze spotkanie i wtedy byśmy ich zaprosili. Chodzi o to, żeby działało się to w tym momencie, kiedy będziemy mieli jakiś wpływ na proces.

Co wy na to, Szanowni Państwo? Będzie to część procesu legislacyjnego.

To zapamiętamy to, tak? Wiem, że jest szykowana jakaś kolejna nowela ustawy – Prawo farmaceutyczne.

Dobrze.

Czy mamy jeszcze jakieś inne sprawy?

Bardzo proszę.

**Senator Janina Fetlińska:**

Jest jeszcze informacja o konferencji, którą organizujemy. Jeszcze chciałam przypomnieć o „Konferencji Złotego Wieku”, która jest organizowana 18 września z udziałem Państwowego Zakładu Higieny, wojewódzkich centrów zdrowia publicznego i oczywiście Ministerstwa Zdrowia. Jest także tutaj włączony program szwedzki. To będzie ładna konferencja, zapraszamy. 19 września jest posiedzenie senackiej komisji, a więc konferencja jest w przeddzień.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przypomnę tylko, że na posiedzeniu Komisji Zdrowia są do omówienia cztery ustawy. To będzie trudne posiedzenie, dlatego bardzo państwa proszę o to, żebyśmy dziesiętnastego, że tak powiem, byli zvarci i gotowi.

Jeszcze pani senator Rudnicka, bardzo proszę.

*(Brak nagrania)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy jeszcze mamy jakieś sprawy? Nie mamy.

W takim razie chcę wszystkim państwu bardzo podziękować.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dziękuję bardzo.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 40)*



Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851