



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Wspólne posiedzenie
Komisji Rodziny
i Polityki Społecznej (105.),
Komisji Ustawodawczej (253.)
oraz Komisji Zdrowia (66.)
w dniu 18 marca 2014 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Pierwsze czytanie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (druk senacki nr 555).

(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Ustawodawczej Piotr Zientarski)

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Bardzo proszę o zajęcie miejsc.

Rozpoczynamy posiedzenie połączonych komisji: Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji, Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Ustawodawczej.

Przedmiotem naszego posiedzenia jest rozważenie podjęcia postępowania w sprawie inicjatywy ustawodawczej dotyczącej petycji złożonej do Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji, odnoszącej się do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Do reprezentowania komisji występującej z inicjatywą, czyli Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji, został upoważniony pan senator Jan Rulewski.

Rozumiem, że pan senator jest.

(*Głos z sali: Jest nieobecny.*)

Nie ma pana senatora. W takim razie Kto z ramienia komisji chciałby przedstawić założenia?

(*Głos z sali: Pan senator Paszkowski*)

Pan senator Paszkowski czy Biuro Legislacyjne?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Pan senator Paszkowski chce to przedstawić? Bardzo proszę.

Senator Bohdan Paszkowski:

Panowie Przewodniczący, w zastępstwie chciałbym przedstawić w skrócie założenia projektu ustawy będącego wynikiem realizacji petycji, która wpłynęła do Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji. Rzecz dotyczy zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Założenie takiej nowelizacji ustawy jest w zasadzie proste, ale bardzo prospołeczne. Przychylając się do petycji, proponujemy, by osobom, które pobierają emeryturę lub rentę w wysokości nieprzekraczającej kwoty najniższej emerytury i które ukończyły siedemdziesiąty piąty rok życia, przysługiwało bezpłatne zaopatrzenie w leki – odsyłam do ustawy, którą wymieniłem wcześniej – w kategorii dostępności Rp lub Rpz, oraz w środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, dopusz-

zione oczywiście do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Można powiedzieć, że w zasadzie takie są główne założenia tej ustawy.

My dość głęboko przedyskutowaliśmy ten projekt na posiedzeniu komisji. Zapoznawaliśmy się z opiniami, w tym również z opinią ministra zdrowia. Po dość szerokiej dyskusji i rozważeniu wszystkich argumentów, które były tu przytaczane, między innymi dotyczących obciążeń wiążących się z ustawą, a ponadto z polityką lekową, którą proponowało ministerstwo, górę wzięło przekonanie członków komisji, że osoby te rzeczywiście znajdują się w bardzo trudnej sytuacji materialnej i wyjście naprzeciw ich zapotrzebowaniom w zakresie zaopatrzenia w leki uznaliśmy za zasadne.

Tyle tytułem wstępu do dyskusji. Dziękuję.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Zgodnie z naszą procedurą przeprowadziliśmy szereg konsultacji na ten temat. Konsultacje te są oczywiście na naszych stronach internetowych i państwo mieli możliwość zapoznania się z nimi. Są one w większości nieprzychylnie dla tego omawianego projektu. Minister pracy i polityki społecznej podniósł również wątpliwości, czy stworzenie kolejnego wyłomu w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie naruszy konstytucyjnej zasady równości, a jeśli ją naruszy, to czy takie naruszenie może zostać uzasadnione odpowiednio wyższym interesem. Takie wątpliwości przedstawiło Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Czy przedstawiciele instytucji, które brały udział w tych konsultacjach, chcieliby zabrać głos? Rozumiem, że tak.

Wiodącą rolę miałyby tu opinia pana ministra zdrowia.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, o zabranie głosu i przedstawienie konkluzji wynikających z państwa opinii.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Państwo Senatorowie, chciałbym powiedzieć, że podtrzymujemy naszą opinię. Biorąc pod uwagę intencje i szczytność celu projektu, przeprowadziliśmy dość szczegółową analizę skutków uchwalenia takiej ustawy i okazało się, że byłyby one szkodliwe nie tylko dla finansów systemu

ochrony zdrowia, czyli przede wszystkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozwolą państwo, że powiem parę słów na ten temat i uzasadnię tę tezę.

Jednym z powodów, dla których projektodawcy proponują tego typu legislację, jest to, że świadczenia emerytalne i rentowe nie wystarczają emerytom i rencistom do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, takich jak opłaty, żywność czy też środki higieny, i są oni zmuszeni do oszczędzania na lekach. Ponieważ jesteśmy nadal jednym z najbiedniejszych krajów Unii Europejskiej, można z dużą dozą prawdopodobieństwa powiedzieć, iż rzeczywiście jest grupa obywateli, których ten problem dotyczy. Chciałbym jednak zapytać państwa, czy problem braku pieniędzy na żywność lub na środki higieniczne należy rozwiązywać za pomocą zmian związanych z refundacją leków. Czy nie należy spojrzeć na to znacznie szerzej niż poprzez refundację leków, czyli poprzez problem wysokości świadczeń emerytalnych i rentowych czy też poprzez problem opieki społecznej. Ponieważ projektodawcy w dobrej intencji, co cały czas podkreślam, powołują się na zapisy konstytucji, ja też chciałbym zwrócić uwagę na jej art. 68, który mówi, jak dobrze państwo wiedzą, że władze publiczne zapewniają obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Projekt ten może więc budzić wątpliwości ze względu na naruszenie równości dostępu do tych świadczeń.

W wypadku omawianego projektu ustawy możemy się zetknąć nie tylko z problemem niekonstytucyjności, ale również z problemem tak zwanej linii odcięcia. Jak będziemy tłumaczyli emerytom i rencistom, którzy mają świadczenia niewiele wyższe od określonego kryterium dochodowego lub spełniają to kryterium dochodowe, a są w wieku nieznacznie poniżej siedemdziesiątego piątego roku życia, że nie mogą korzystać z tego typu świadczeń?

Zmierzając już do końca, chciałbym zwrócić uwagę na pewne zasady, a potem na koszty, z jakimi będzie się wiązało wprowadzenie w życie tego projektu ustawy.

Podkreślam, że zasady refundacji są regulowane ustawą o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, czyli ustawą refundacyjną. W ustawie tej przy ustalaniu cen leków bierze się pod uwagę kryterium kosztów terapii w stosunku do kwoty minimalnego wynagrodzenia. Mechanizm ten niweluje tu ekonomiczną dyskryminację. Jest to jedno z podstawowych założeń ustawy, które sprawia, że chronione są interesy pacjenta. W gruncie rzeczy polega to na tym, iż w tej samej grupie limitowej lekarz bez uszczerbku dla zdrowia pacjenta jest uprawniony do wypisywania leków droższych lub tańszych, ale o takiej samej skuteczności klinicznej.

Ponadto trzeba wskazać na koszty ponoszone przez NFZ i przypomnieć, że tak jak inne wydatki w całym systemie ochrony zdrowia, również środki przeznaczone na refundację leków są ograniczone. Przeznaczenie ich na dodatkowe wydatki powoduje automatycznie konieczność przesunięcia pewnych kwot z innej części, a więc zabranie innej grupie pacjentów.

Chciałbym wreszcie zwrócić państwa uwagę na pewną prawidłowość, która dotyczy uprawnień do leków bezpłatnych, ryczałtowych.

(*Senator Bolesław Piecha: Ryczałt to nie jest bezpłatność.*)

(*Głos z sali: 3,20 zł?*)

3,20 zł, oczywiście. Wszyscy mniej więcej wiemy, ile to wynosi. Posługuję się pewnymi uproszczeniami, żeby łatwiej i szybciej przekazać moje myśli.

Pewne grupy mają poszerzone uprawnienia, takie same jak proponowane w tym projekcie. Właściwie jest to potwierdzone i nie ma co dyskutować, że koszty refundacji leków dla osób mających szczególne uprawnienia, czyli na przykład inwalidów wojskowych – tu chciałbym wskazać na tę grupę – są nieporównywalnie większe niż koszty dla pozostałych grup. Koszt refundacji dla trzech tysięcy dwustu osiemdziesięciu inwalidów wojskowych wyniósł 1 milion 310 tysięcy zł. Według naszych szacunków osób, które objąłby proponowany projekt, czyli które ukończyły siedemdziesiąt pięć lat i pobierają świadczenia emerytalno-rentowe nieprzekraczające najniższego poziomu, jest około stu ośmiu tysięcy. Jest to liczba wielokrotnie wyższa od liczby osób uprawnionych, o których mówiłem wcześniej, czyli inwalidów wojskowych. Wobec tego należy się spodziewać, że ta znacznie większa grupa skonsumuje znacznie większą liczbę leków i koszty tego będą zupełnie niewspółmierne do celu, jaki stoi za tym projektem. Dziękuję.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Zanim przejdziemy do dyskusji senatorskiej, chciałbym, żeby zabrały głos osoby zaproszone, które brały udział w konsultacjach, bądź inne, które chciałyby zabrać głos teraz. Bardzo prosiłbym o przedstawianie konkluzji lub argumentów, które nie były zamieszczone w opiniach pisemnych, bo te opinie mamy.

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Sekretarz Generalny Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Elżbieta Ostrowska:

Elżbieta Ostrowska, reprezentuję Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, a więc społeczność, która jest najbardziej zainteresowana tym projektem ustawy, i chcę powiedzieć, że zarówno w imieniu członków związku, jak i – tak sądzę – szerszej społeczności seniorów, gorąco popieram ten projekt.

Panie Przewodniczący! Wysokie Komisje! Moje spojrzenie na pewno jest inne niż zaprezentowane przez przedstawiciela ministerstwa pracy...

(*Przewodniczący Piotr Zientarski: Zdrowia, na razie zdrowia.*)

Przepraszam, Ministerstwa Zdrowia.

Ludzie, którzy po ostatniej waloryzacji mają minimalne świadczenie w wysokości 800 zł brutto, stanowią, proszę państwa, 10% ogółu świadczeniobiorców ZUS. Oczywiście tylko część z nich osiąga wiek siedemdziesięciu pięciu lat, ale przypominam, że społeczeństwo się starzeje i wszyscy, jeśli dożyją, dotrą do tego wieku. Ludzie starsi chorują na wiele chorób – jest to po prostu uwarunkowane biologicz-

nie – i muszą, albo powinni, zażywać wiele leków, czego niestety nie wytrzymuje ich budżet. Według różnych badań emeryci i renciści wydają około 30% swojego budżetu na leki i świadczenia opieki zdrowotnej. Jeśli się tę kwotę odejmie od tych 800 zł minimalnego wynagrodzenia emeryckiego brutto, to... Nie muszę mówić, jak często osoby starsze muszą zrezygnować z zakupu leków, bo po prostu nie stać ich na nie. Chcę też powiedzieć, że w Polsce dopłaty pacjentów do leków są bardzo wysokie. Według ostatniego raportu WHO są one najwyższe w Europie, wynoszą ponad 40%, podczas gdy uważa się, iż czterdziestoprocentowa dopłata do leków stanowi granicę powodującą zmniejszenie dostępu do nich. Dlatego wydaje się, że ta inicjatywa komisji senackich, wychodząca naprzeciw zapotrzebowaniom tej bardzo poszkodowanej przez wiek i choroby grupy obywateli, jest bardzo cenna.

Przedstawiciel ministerstwa wspomniał przed chwilą o zastrzeżeniach konstytucyjnych. Nie jestem prawnikiem i nie jestem konstytucjonalistą, ale pozwolę sobie przypomnieć, że kiedy zostały zmienione zasady waloryzacji rent i emerytur na waloryzację kwotową i zajął się tym Trybunał Konstytucyjny, to Trybunał uznał, iż w określonej sytuacji takie zmiany są możliwe, skoro budżetu nie stać na inny sposób wspomagania osób najuboższych – bo taka była wtedy intencja zmiany zasad waloryzacji.

Na zakończenie, jeśli można, króciutka dygresja, ale związana z tematem dzisiejszego posiedzenia. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów jest organizacją ogólnokrajową. Mamy około dwóch i pół tysiąca jednostek terenowych. W tej chwili przygotowujemy się do zjazdu krajowego, we wszystkich naszych jednostkach odbywają się zebrania, zgłaszane są wnioski oraz postulaty dotyczące zarówno spraw wewnątrzwiązkowych, jak i ogólnych, związanych z polityką senioralną, polityką państwa wobec osób starszych. I jednym z najczęściej powtarzających się postulatów jest postulat dotyczący zwiększenia dostępności świadczeń opieki medycznej, w tym obniżenia cen leków. Myślę, że to wskazuje, jak ważny jest to problem dla osób starszych, dla osób chorych, niepełnosprawnych, których ostatnie lata życia często upływają pod znakiem braku środków na podstawowe leki gwarantujące im utrzymanie jako takiego zdrowia, a niekiedy wręcz warunkujące utrzymanie życia. Dlatego chciałabym, przy wszystkich wątpliwościach, które zgłosił przed chwilą przedstawiciel resortu, bardzo gorąco poprzeć tę inicjatywę i wskazać, jak ona jest cenna, bo rozwiązuje wręcz palący problem dużej części naszych najstarszych współobywateli. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, proszę się przedstawić.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Grzegorz Kucharewicz, jestem prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Przewodniczący Piotr Zientarski: Po dyskusji. Proszę bardzo.)

Trzeba sobie zdać sprawę z tego, że osoby starsze w naszych aptekach często po prostu nie wykupują leków, a pożywienie i leki to najważniejsze rzeczy potrzebne dla ludzi po siedemdziesiątym czy siedemdziesiątym piątym roku życia, jak tutaj zostało to zapisane. Problem jest bardzo ważny, bo emeryci nie wykupują przepisanych im leków, w konsekwencji czego trafiają do szpitala, trafiają na SOR... Wydaje mi się, że leczenie tych pacjentów jest wówczas o wiele droższe. Szkoda, że nie ma takich danych, ale leczenie w szpitalach, w SOR jest chyba bardziej kosztowne, niż wprowadzenie tych ewentualnych dopłat. Cykliczność pojawiania się w szpitalach, w SOR, emerytów, którzy nie wykupują leków, jest duża, bo jeżeli nie wykupią leków, trafiają na jeden dzień, na dwa, trzy dni, czasem nawet na kilka dni, do szpitala – i tam są przynajmniej na jakiś czas zaopatrywani – po czym wychodzą ze szpitala i znowu nie kupują leków, i koło się zamyka. Wydaje mi się, że ta prezentowana inicjatywa była bardzo cenna. W niektórych krajach problem ten został przynajmniej w pewnym zakresie rozwiązany. My jako izba aptekarska widzimy potrzebę poparcia takiego projektu. Ze wszech miar byłby on korzystny dla ludzi starszych, tym bardziej że niektóre emerytury są bardzo niskie. Tego typu rozwiązanie byłoby dla tych ludzi bardzo pomocne, bo obecnie często pozbawiają się oni możliwości leczenia w ogóle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję uprzejmie.

Rozumiem, że poza senatorami nie ma chętnych do zabrania głosu, w związku z czym przystępujemy do dyskusji senatorskiej.

Jako pierwszy zgłosił się pan przewodniczący Mieczysław Augustyn.

Proszę bardzo.

Senator Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, warto prowadzić politykę opartą na faktach. Akurat sytuacja osób starszych została całkiem niedawno dość rzetelnie zdiagnozowana w czasie największych w Europie badań. Raport grupy, która realizowała badania, i to w sposób krzyżowy, metodyczny, pokazuje również problem dostępności leków. Okazuje się, że na brak funduszy na zakup leków wskazuje, jeśli dobrze pamiętam, około 8% emerytów od sześćdziesiątego piątego roku życia. Jest oczywiście pytanie, czy państwo odpowiada na tę potrzebę, bo nawet jeśli to dotyczy 8%, to powinniśmy się nad tym problemem zastanawiać. Otóż okazuje się, że mamy co najmniej kilka instrumentów, z których osoby starsze mające niskie dochody i potrzebujące środków na leki mogą korzystać

Pierwszym takim instrumentem jest zasiłek celowy z gminy – w tym wypadku kwestia zakupu leków jest enumeratywnie wymieniana – który może być przyznawany na zakup leków tym, których na to nie stać. W uzasadnieniu istnienia zasiłku pielęgnacyjnego, który dotyczy tej samej

grupy wiekowej, czyli osób, które skończyły siedemdziesiąty piąty rok życia, czytamy, że 153 zł miesięcznie lub jeśli osoba posiada świadczenie emerytalne z ZUS, 203 zł...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, 206 zł. Jeszcze się nie nauczyłem, Pani Dyrektor.

...Po waloryzacji, przyznaje się obligatoryjnie każdemu, kto skończył siedemdziesiąt pięć lat, właśnie ze względu na potrzebę zakupu leków. Jest więc pytanie: czy chcemy wprowadzić dodatkowe świadczenie na ten sam cel?

(Senator Bolesław Piecha: Chcemy.)

Ja uważam, że ta grupa wiekowa jest wyróżniana w tym sensie, iż obligatoryjnie dostaje znacząco wyższe świadczenia. Proszę państwa, jeżeli najniższe świadczenie wynosi 800 zł, a ktoś dostaje dodatkowo 206 zł, to jest to pokazywany zastrzyk finansowy, który powinien wystarczyć na dofinansowanie kosztów leków. Dlatego uważam, iż niezależnie od wątpliwości konstytucyjnych i celowościowych – bo wiemy, że tego rodzaju uprawnienie może być nadużywane, i bywa nadużywane – mamy podstawy twierdzić, iż oprócz stałego mechanizmu przyznawania świadczeń osobom 75+, mamy jeszcze pomoc społeczną dla osób w najtrudniejszej sytuacji. Jeśli się zdarzy, że tych 153 zł czy 206 zł nie wystarczy, to – jeszcze raz powtórzę – jest w pomocy społecznej zasiłek celowy z możliwością wykorzystania go na zakup leków. Wydaje mi się, że nie pozostawiamy osób starszych samym sobie z tym problemem, nawet teraz, kiedy grupa osób deklarujących, iż brakuje im środków na leki, jest kilkuprocentowa. Dziękuję.

(Przewodniczący Piotr Zientarski: Mam rozumieć, że jest to wniosek o odrzucenie projektu ustawy?)

Tak, wnoszę o to, żeby nie przyjmować tej ustawy, ponieważ są inne mechanizmy – na które wskazałem – wspierania seniorów w zakupie leków.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Helena Hatka zgłosiła się jako druga. Widzę to od początku.

Senator Helena Hatka:

Szanowni Państwo, chciałabym, żebyśmy tę dyskusję uporządkowali. Pragnę przypomnieć parę faktów, bo mam wreszcie zaszczyt zadać pytania panu ministrowi. Szkoda, że nie od razu można było z takiej możliwości skorzystać.

(Przewodniczący Piotr Zientarski: Ale teraz można.)

Przypomnę parę faktów. Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia wynosi w tej chwili – jeżeli się myślę, to proszę mnie poprawić – 66–67 miliardów zł. I to jest pierwszy fakt.

Drugi fakt jest taki, iż koszty leczenia osób po sześćdziesiątym piątym roku życia są dwu- lub trzykrotnie wyższe.

Trzeci fakt jest taki, że z uwagi na starzenie się społeczeństwa w przyszłości będzie wzrastała liczba osób po siedemdziesiątym piątym roku życia, zwłaszcza że za parę lat średnia życia będzie wynosiła około osiemdziesięciu lat dla kobiet, a siedemdziesięciu ośmiu dla mężczyzn.

Następny fakt jest taki, że z ustawy dotyczącej refundacji leków wynika sztywna zasada, iż koszty leków nie mogą przekraczać 17% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kolejny fakt jest taki, że niewątpliwie widoczne jest ubożenie i coraz trudniejsza sytuacja ludzi starszych, szczególnie tych, którzy ponoszą większe koszty związane z leczeniem. Niewątpliwie osoby, które skończyły siedemdziesiąt pięć lat, potrzebują wsparcia i potrzebują...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy mogę mówić? Chciałabym, żebyśmy uporządkowali dyskusję i żeby łatwiej nam się potem pracowało. Mogę, Pani Przewodniczący?

Przewodniczący Piotr Zientarski:

My, Pani Senator, czuwamy nad uporządkowaniem dyskusji. Każdy ma w dyskusji swoje zdanie. Jeszcze się dyskusja nie zaczęła na dobre, a pani chce ją porządkować.

(Senator Helena Hatka: Ale mogę wyrazić swoje zdanie, Pani Przewodniczący?)

Oczywiście, dlatego...

Senator Helena Hatka:

Dziękuję bardzo.

Niewątpliwie osoby starsze, po siedemdziesiątym piątym roku życia – których liczba, podkreślam to, będzie coraz większa z uwagi na demografię – będą potrzebowały większych środków finansowych na refundację leków, na koszty związane z leczeniem. Ten problem występuje i teraz. Świetnie, że mamy zasiłki celowe na koszty leczenia, ale ja nie mam pewności, czy w 100% tę potrzebę zaspokajamy.

Po tym dłuższym wstępie i apelu, żebyśmy rozmawiali o faktach, miałabym konkretne pytanie do pana ministra zdrowia: ile obecnie w wypadku osób, które skończyły siedemdziesiąt pięć lat, będzie dodatkowo kosztowała Narodowy Fundusz Zdrowia – symulację państwo niewątpliwie zrobili – realizacja tej projektowanej ustawy? Ile realizacja tej ustawy będzie kosztowała, kiedy zwiększy się liczba osób po siedemdziesiątym piątym roku życia za pięć lat, za dziesięć lat, za piętnaście lat, za dwadzieścia lat?

(Głos z sali: Wtedy nie będzie tej ustawy.)

Spokojnie, zobaczymy.

Jeżeli nie mamy tej informacji, to chciałabym państwa o nią poprosić, żebyśmy podejmowali decyzję, znając takie fakty. Jeżeli się okaże, że koszty te będą przekraczały możliwości Narodowego Funduszu Zdrowia i przełożyłyby się na obniżenie dostępności świadczeń zdrowotnych, na problemy finansowe, to oczywiście podejmiemy decyzję z uwzględnieniem tych realiów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Czy pan minister mógłby odpowiedzieć?

Bardzo proszę.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: Tak, tak.)

Oczywiście dyskusja trwa, potem głos zabiorą pan senator Paszkowski i później kolejno...

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Nasze szacunki mówią, że w tym momencie dodatkowe koszty wyniosłyby 260 milionów zł. Jeżeli zaczekamy z tym do 2020 r., będziemy musieli doliczyć mniej więcej 25% dodatkowych kosztów, bo tak zmieni się populacja. Oczywiście im dalej, tym bardziej ta populacja będzie wzrosła, ale już nie w tak dużym tempie jak do 2025 r.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

A źródła finansowania wnioskodawcy tutaj nie wskazał. Pan senator Paszkowski, później pan senator Mamątow.

Senator Bohdan Paszkowski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Chcę się odnieść do podnoszonego tu zarzutu, że ta projektowana ustawa może być niekonstytucyjna. Powoływano się na art. 68...

(Głos z sali: Który?)

Art. 68 ust. 2. A ja chciałbym zwrócić uwagę, że w tym samym artykule jest ust. 3, który stanowi: „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”. Dlatego uważam, że nasz projekt wychodzi naprzeciw tej zasadzie konstytucyjnej, niezależnie od tego, jak chcielibyśmy interpretować konstytucję. Dziękuję.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Kolejny mówcy to pan senator Mamątow i pan senator Piecha.

Senator Robert Mamątow:

Panowie Przewodniczący, chciałbym zwrócić uwagę na jedną rzecz. Mówimy, że 10% ludzi, którzy skorzystaliby z tej ustawy, to grupa osób, których dochód wynosi około 1000 zł. Zapłacą 300 zł za mieszkanie i zostaje im 700 zł. Niech państwo spróbują wykupić za to leki i utrzymać się, to zobaczą państwo, czy to jest realne. Bardzo się dziwię mojemu koledze, przewodniczącemu Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, który jest przewodniczącym Parlamentarnego Zespołu do spraw Osób Starszych... Nie wiem, czy nie powinien pan dodać do tej nazwy jeszcze jednego wyrazu, to jest „bogaty”, żeby było: do spraw osób starszych bogatych. Myślę, że w Komisji Rodziny i Polityki Społecznej powinniśmy wszyscy zagłosować tak, żeby poprzeć ten projekt ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Piecha.

Senator Bolesław Piecha:

Dziękuję bardzo.

Muszę jednak wrócić do początku. Na jakiej podstawie, Panie Ministrze, wyliczył pan, że to będzie kosztowało 260 milionów zł, skoro dzisiaj uprawnieni do tego typu leków, o czym mówi ustawa, są inwalidzi wojenni, inwalidzi wojskowi, osoby, które straciły wzrok w wypadku skutków wojny itd.? Z tego, co pan powiedział, wynika, że to było trzy tysiące osiemset osób.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Trzy tysiące osiemset osób...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: Trzy tysiące dwieście osiemdziesiąt osób.)

Powiedzmy, trzy tysiące osób i to kosztuje 1 milion zł. Potem podał pan drugą liczbę, sto osiem tysięcy osób, i to ma kosztować według pana 260 milionów zł. Gdyby liczyć wprost, że ta sama grupa tych właśnie, którzy dzisiaj są uprawnieni, będzie korzystała z dofinansowania wynoszącego około 300–400 zł, bo za tyle bierze leki, to wychodzi mi, że to będzie około 150 milionów zł. Nie wiem, jakie pan wziął parametry. To pierwsza sprawa.

Drugą sprawą jest wzrost liczby uprawnionych za pięć lat o 25%. Co pan zakładał? Czy przede wszystkim zakładał pan, że tak wzrośnie populacja emerytów, czy że zwiększy się o 25% liczba emerytów, którzy mają najniższe emerytury? To też chciałbym wiedzieć. Jeżeli tak, to znaczy, że poszerzymy tylko i wyłącznie obszar biedy i tym biednym coś musimy zaproponować. Nie chciałbym, żeby pan kontynuował wywody konstytucyjne, bo akurat art. 68 jest bardzo pojemny i wskazuje osoby, wobec których można relewantnie zastosować odpowiednie ulgi. Takie ulgi są przyjęte w cywilizowanych państwach. I to nie jest tak, że w Europie nie ma leków bezpłatnych. Są. Nie jest też tak, że tylko inwalidzi wojenni mają leki bezpłatne, bo osoby psychicznie chore też mają pewien bardzo wąski zakres leków bezpłatnych. I co? To jest niekonstytucyjne? Bo jeśli ma żółte papiery, to jest to konstytucyjne, a jeśli ich nie ma, to nie jest to konstytucyjne? Nie wolno tym szafować, bo to nie ten...

Wydaje mi się, że Ministerstwo Zdrowia nie odrobiło lekcji, to znaczy nie przygotowało nam oceny skutków regulacji. Bo jeżeli to ma kosztować, według moich obliczeń, 150 milionów zł, to przy budżecie na leki... A przypomnę, że jest tu limit 17%, który musi być przestrzegany chyba od przyszłego roku i jest to około 12 miliardów zł. A kwota refundacji realizowanej w aptekach – bo część leków jest stosowana w programach lekowych i w lecznictwie zamkniętym – to 8 miliardów 500 milionów zł. I w takiej sytuacji 100 milionów zł to raczej bardzo skromna kwota wobec tej tuby propagandowej, ile to oszczędności przyniosła ustawa refundacyjna. Przypomnę: to były 2 miliardy zł. A 150 milionów zł czy – niech już będzie – 200 milionów zł to bardzo mały procent 2 miliardów zł. Sądzę więc, że należałoby się nad tym wszystkim zastanowić. Być może należałoby z tego wymiksować z Rpz – a taka grupa leków też istnieje – żeby nie wszystkie przepisywać, ale nie byłbym skłonny od razu to całe rozwiązanie odrzucać.

A panu przewodniczącemu, który mówił o tych wszystkich dodatkach, chcę powiedzieć, że pan chyba dawno nie był w aptece i nie wie pan, jakimi banknotami się w aptece

płaci. W aptece naprawdę nie płaci się monetami, tylko płaci się banknotami 50 zł, 100 zł, 200 zł. I najczęściej płacą to osoby w podeszłym wieku. Sądzę, że byłoby dobrze, gdyby państwo polskie mogło zaproponować tym ludziom określoną ulgę w najważniejszej potrzebie, w potrzebie zdrowotnej.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Panie Ministrze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo, pan senator przewodniczący.

Senator Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, w Senacie zawsze kierowaliśmy się zasadą, żeby nie wprowadzać nowych mechanizmów, jeżeli już istnieją inne. Teraz warto jeszcze raz – odwołując się do tego, co mówiła pani przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów – powiedzieć, iż w wypadku gdy najniższa emerytura osoby, która ma skończone siedemdziesiąt pięć lat, wynosi 844 zł brutto, osobie tej przysługuje 206 zł dodatku pielęgnacyjnego.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A jeśli to nie wystarcza – według badań prawdopodobnie nie wystarcza to około 4% siedemdziesięcioletków – jeśli się okazuje, że jest to za mało, to, jak wskazywałem, można zastosować jeszcze jeden mechanizm, i jest on stosowany wcale nierzadko, niezależnie zresztą od wieku, mechanizm możliwy do zastosowania, kiedy takiej osoby nie stać na zakup leków. To, czy w pomocy społecznej powinniśmy zadbać o to, ażeby osoby niezamożne mogły dostawać wyższe dofinansowanie, czy też żeby wprowadzać zmiany obciążające do przyznawania dodatku celowego na leki, to zupełnie inna kwestia. Powiedziałem i powtarzam, że nie lekceważę w żadnym wypadku sytuacji ani jednej osoby, która ma problemy z wykupywaniem leków. Przytaczałem dane potwierdzające diagnozę, o której państwo mówią. Powtórzę tylko puentę – bo pan przewodniczący mnie prosił, żebym spuentował swój wniosek – iż uważam, że to proponowane rozwiązanie nie jest optymalne i może powinniśmy szukać rozwiązania na innym gruncie, a nie w takiej ustawie. Dlatego uważam, że ta sprawa wymaga głębszej analizy i namysłu, żeby świadczenie, które przyznamy, nie dyskryminowało na przykład młodszych emerytów, którzy też mają potrzebę zakupu leków. Ja, Panie Senatorze, mam to nieszczęście, że odwiedzam apteki...

(Senator Bolesław Piecha: Myślę, że ma pan szczęście, bo się nic nie płaci.)

...i wydają sporo na leki.

Prosiłbym może o większą kulturę dyskusji, nie argumenty ad personam – bo ja do nikogo z państwa ad personam się nie odnosiłem – i żeby rozmawiać o istocie sprawy. Troską nas wszystkich jest to, żeby tak modelować system prawny, by odpowiadał on na rzeczywiste potrzeby wszystkich, którzy tego potrzebują. Nie ma takich badań, które by pokazywały, że wiek siedemdziesiąt pięć lat jest wiekiem przełomowym, gdy idzie o zapotrzebowanie na leki. Ja mam nadzieję, że znają państwo te badania – są

one zresztą zadziwiające – że liczba chorób przewlekłych i zapotrzebowanie na leki wcale nie rośnie liniowo w górę, lecz wzrost ten się załamuje w wieku siedemdziesięciu siedmiu lat i potem, według badań, o których mówiłem... Proszę sięgnąć do badań prowadzonych przez pana profesora Błędowskiego...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pan profesor Piotr Błędowski, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

...I tam można to zobaczyć. Zawsze pozostanie nam pytanie: dlaczego nie dajemy ulgi siedemdziesięciolatkom? Przecież oni mają niemalże te same potrzeby i te same wysokości emerytur. Albo dlaczego nie dajemy ulgi siedemdziesięciosiedmiolatkom – a to by wyszło, gdybyśmy chcieli się oprzeć na badaniach naukowych – a właśnie siedemdziesięciopięciolatkom? Ja mam bardzo poważne wątpliwości co do takiego ustawienia granic wiekowych oraz precyzowania, kto jest uprawniony do takiej ulgi. Wydaje mi się, że rozwiązania, które tu zaproponowano, nie uwzględniają rzeczywistego problemu w sposób ekwiwalentny do tego, w jakim wieku i w jakim stopniu on się nasila.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Pan przewodniczący Piechota i pan senator Jurcewicz.

Proszę bardzo.

Senator Leszek Piechota:

Ja mam pytanie do wnioskodawców projektu: czy zastanawiali się państwo, żeby ewentualnie ograniczyć liczbę osób, które miałyby przywilej otrzymywania dodatku, do tych, które nie mają możliwości roszczeń alimentacyjnych w stosunku do osób mających wobec nich taki obowiązek? Myślę, że byłoby to bardziej uczciwe postawienie sprawy. Bo jeżeli w stosunku do tych osób jest taki obowiązek ze strony dzieci czy najbliższych krewnych, to czemu całe państwo ma ponosić te koszty? Nie wchodzi w to, z jakiej przyczyny dana osoba ma niski dochód. Zakładamy, że jest to przyczyna niezawiniona – może być tak, że ktoś nie pracował lub był na czymś utrzymaniu albo po prostu jego emerytura była stosunkowo nisko wyliczona w jakimś tam okresie. Mimo wszystko solidarność wymaga, żeby ze strony najbliższej rodziny był taki obowiązek. Oczywiście w wypadku osób starszych, które nie mają najbliższej rodziny, bo bliscy umarli, i te osoby rzeczywiście są samotne, należałoby się zastanowić... Może Ministerstwo Zdrowia przeanalizowałoby wersję z taką zawężoną grupą osób, które są skazane na pomoc zewnętrzną – a więc gminy, państwa – czy takie koszty nie powinny być skalkulowane i poniesione wspólnie przez Skarb Państwa i Narodowy Fundusz Zdrowia. Może można by to zdefiniować jednoznacznie w celu wyrównania szans tych osób, jeśli chodzi o możliwość dbania o zdrowie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję.

Pan senator Stanisław Jurcewicz.

Senator Stanisław Jurcewicz:

Panowie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Słuchałem tej dyskusji i mam wniosek. Padły tu różne argumenty, z których jedne są bardziej emocjonalne, a drugie bardziej racjonalne. Ja proponuję przerwać to posiedzenie, aby w świetle wniosków i różnych sugestii ministerstwo spróbowało, jeśli będzie to możliwe, przygotować jeszcze raz szacunki i po tym podjęlibyśmy decyzję. Widzę, że momentami jest to dyskusja ad personam, a ja jestem przeciwny mówieniu o panu przewodniczącym Augustynie, że preferuje jakąś grupę. Absolutnie prosiłbym, by w przyszłości nie urządzać takich wycieczek personalnych. Dziękuję.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Przychylam się do tego wniosku, bo rzeczywiście pan senator Bolesław Piecha podniósł pewne argumenty i wątpliwości, które wymagają jeszcze głębszej analizy ze strony ministerstwa. W związku z tym, jeśli nie zauważę sprzeciwu, uznam, że godzimy się na tę propozycję odroczenia.

Ale przedtem ma jeszcze wniosek pan senator Paszkowski.

Senator Bohdan Paszkowski:

Ja mam jeszcze jeden wniosek, który nie jest spreczny z tą sprawą, a nawet wychodzi jej naprzeciw. Mam pewną niejasność co do wsparcia ze strony pomocy społecznej.

Gdy czytam przesłaną na nasze dzisiejsze posiedzenie odpowiedź ministra pracy i polityki społecznej, gdzie jest też mowa o zasiłkach celowych, okresowych, w kontekście potrzeb lekowych, i gdy konfrontuję to z tym, co mówił senator Augustyn, to mam pewną niejasność. Warto byłoby to wyjaśnić, bo powtarza się tu świadczenie obowiązkowe w wysokości 200 zł itd., i nałożyć to na taką okoliczność... Z doświadczenia wiemy, że na pewne zasiłki brakuje po prostu pieniędzy i wtedy MOPS wypłaca je w wysokości dużo mniejszej, niż można byłoby wypłacić. Warto byłoby poznać stan faktyczny. Bo wymieniane są tu kwoty, które łatwo przecież można uzyskać z pomocy społecznej. A różnie to bywa... Z doświadczenia wiem, że czasami brakowało pieniędzy na pewne formy działalności w zakresie pomocy społecznej. Chodzi o to, żeby nie było tu nieporozumienia. Dziękuję.

Przewodniczący Piotr Zientarski:

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że jest to czas – nie tylko dla ministerstwa, ale również dla wnioskodawców – na ewentualne zawężenie czy doprecyzowanie projektu.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To jest jasne, na tym druku pracujemy, on jest wiodący.

Skoro nie ma innych propozycji i do tej wszyscy się przychylają, nie ma bowiem wniosku odmiennego, odraczamy posiedzenie naszej komisji, a dzisiaj zamykamy posiedzenie połączonych komisji.

Dziękuję gościom za przybycie, dziękuję państwu senatorom.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 55)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii