



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Wspólne posiedzenie
Komisji Zdrowia (70.),
Komisji Rodziny
i Polityki Społecznej (115.)
oraz Komisji Ustawodawczej (269.)
w dniu 20 maja 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 (cd.) (druk senacki nr 555).

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Zdrowia Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Witam państwa.

Szanowni Państwo, rozpoczynamy posiedzenie trzech połączonych komisji, Komisji Ustawodawczej, Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia, poświęcone zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Wszyscy panie i panowie senatorowie wiecie, o co chodzi.

Witam oczywiście na posiedzeniu naszej komisji pana ministra Sopińskiego ze współpracownikami. Witam wszystkich, panie i panów. Witam przedstawicieli naszego Biura Legislacyjnego.

Panie Ministrze, bardzo proszę o zabranie głosu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopiński:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Panie i Panowie Senatorowie!

Jeżeli chodzi o proponowaną zmianę uprawnień w zakresie korzystania z publicznego systemu refundacji leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, to chciałbym powiedzieć, że koszt leczenia w dużej mierze jest uzależniony od tego, jakie leki są przepisywane pacjentowi. W tym miejscu chciałbym podkreślić jedną rzecz, to, że w Polsce są dopuszczone do obrotu leki odtwórcze, tak zwane leki generyczne, które zmniejszają koszty lecznicze. Wysokie koszty ponoszone przez pacjentów w aptekach są generowane głównie z powodu ordynacji leków refundowanych przez grupę lekarzy, którzy nie mają podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i przepisują pacjentom leki na 100% wartości. I w ten sposób koszt tych leków wzrasta.

Kolejna kwestia. Zaobserwowano olbrzymi wzrost sprzedaży różnych preparatów, suplementów diety. Reklamy, które są w mediach, są tak bardzo natrączywe, że pacjenci... W reklamach są leki na wszystko, są leki na każdą chorobę i pacjenci po prostu kupują te leki, te suplementy diety.

Robiliśmy analizę, jak to wygląda. I tak: jeżeli chodzi o realizację recept pacjentów w przedziale wiekowym od sześćdziesięciu pięciu do siedemdziesięciu lat, to rocz-

nie jest to około trzydziestu... to ponad trzydzieści dwa opakowania. Dopłaca się tu rocznie – podkreślam: rocznie – około 297 tysięcy zł, co daje w rozbiu na miesiąc 24,5 zł na pacjenta. Jeżeli chodzi o grupę pacjentów od siedemdziesięciu do siedemdziesięciu pięciu lat, to tutaj liczba pacjentów wzrasta i wzrasta liczba realizowanych opakowań. Pacjenci dopłacają nieco więcej, bo ponad 27 zł. Jeżeli chodzi o pacjentów w przedziale wiekowym od siedemdziesięciu pięciu do osiemdziesięciu lat – pacjenci w tym wieku charakteryzują się wielochorobowością – to taki pacjent realizuje rocznie ponad trzydzieści osiem opakowań, dopłacając... Wychodzi, że to jest 30 zł i 11 gr miesięcznie na pacjenta. W przypadku pacjentów w wieku od osiemdziesięciu do osiemdziesięciu pięciu lat jest podobnie, jest to ponad 30 zł miesięcznie.

Chciałbym powiedzieć, że aktualnie, jeżeli chodzi o listę refundacyjną, o leki dostępne dla pacjentów z dopłatą poniżej 5 zł, to takich leków jest tysiąc trzysta dwadzieścia jeden. Ponad dwa tysiące trzysta leków to leki z dopłatą w wysokości 10 zł. Jest również cała grupa tak zwanych leków bezpłatnych, jest to lista stu pięćdziesięciu jeden leków, w przypadku których pacjent właściwie nie dopłaca.

Analizując projekt zmiany ustawowej dotyczącej refundacji, jak również wprowadzenia tego, żeby grupa pacjentów w określonym wieku miała leki bezpłatne, muszę powiedzieć, że jest tutaj pewien problem zgodności, jeśli chodzi o art. 45 ust. 2 w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Mianowicie na recepcie, według tej ustawy, muszą być określone uprawnienia pacjenta do tańszych lub bezpłatnych leków. W związku z tym tutaj analizowaliśmy... Projekt senacki nie zawiera zapisu regulującego, w jaki sposób osoba, która miałaby mieć wystawioną receptę, potwierdzałaby omawiane uprawnienie. Status takiej osoby byłby w istocie właściwie nieweryfikowany. Byłyby szalone trudności z weryfikacją, dlatego że składniki najniższej emerytury są zwykle... Bardzo często grupa pacjentów z niską emeryturą dostaje również pewne środki z opieki społecznej i dlatego weryfikacja byłaby tutaj niezmiernie trudna, wręcz niemożliwa.

W projekcie senackim nie przewidziano również możliwości otrzymywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacji o wysokości wypłacanych emerytur i rent. I proszę sobie teraz wyobrazić, jaka byłaby kontrola. Jeżeli chodzi o leki refundowane, to kontrola jest ścisła. I teraz byłaby to niewyobrażalna kontrola, właściwie comiesięczna, kontrola tego, czy dany pacjent kwalifikuje się do grupy pacjentów mających prawo do leków bezpłatnych.

Chciałbym również powiedzieć, że jeżeli chodzi o refundację, to na leki refundowane Narodowy Fundusz Zdrowia wydatkował w 2013 r. ponad 8 miliardów 280 milionów zł, przy czym nie wlicza się w to leków z listy tak zwanych programów terapeutycznych i leków stosowanych w chemioterapii. Tym samym uznając... Analizowaliśmy również, jaka grupa pacjentów kwalifikowałaby się do proponowanych uprawnień. Byłaby to populacja ponad stu ośmiu tysięcy osób uprawnionych. Jaki, według różnych obliczeń, byłby to koszt? Koszt wahałby się od 285 milionów zł do ponad 300 milionów zł rocznie. Jeżeli chodzi o opinię ministra zdrowia... To wszystko wymagałoby oczywiście pewnych zmian, jak również zwiększenia środków.

Mając na uwadze to, co przedstawiłem, powiem, że w praktyce projekt może przyczynić się do pogorszenia, a nie do poprawy stanu zdrowia populacji osób, które miałyby być objęte projektowanym uprawnieniem. Uznajemy, że zmiany, które są tu proponowane, są niekompletne. Nie pozwalają one – na to przede wszystkim chciałbym zwrócić uwagę – na weryfikację uprawnień, które miałyby być przyznane. Dlatego też, uwzględniając całokształt przedstawionej argumentacji, rząd negatywnie ocenia senacki projekt o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodzie lekarza i lekarza stomatologa. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.
Proszę uprzejmie. Pan senator Jan Rulewski:

Senator Jan Rulewski:

Zarówno na poprzednim posiedzeniu, jak i w wystąpieniu pana ministra jako przedstawiciel Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji znalazłem potwierdzenie społecznej potrzeby przeprowadzenia tej inicjatywy ustawodawczej. Pan minister wskazał, że liczba leków, która jest zalecana tej grupie wiekowej, niejako wysublimowanej, bo tu właściwie, z wyjątkiem dodatku do emerytury i zasiłku opiekuńczego, nie występuje... To jest uzasadnione. Wskazuje na to liczba leków, które są ordynowane, czyli ponad tysiąc. Wskazuje na to wielkość dopłat w granicach 50–70 zł. Ponadto korespondencja, która jest zapewne w archiwach komisji, wskazuje na to, że system pomocy społecznej, który rzeczywiście ujmuje zasiłki celowe lub zasiłki specjalne celowe, nie jest w stanie podołać konstytucyjnym przepisom art. 68 pkt 2 i 3 – ten akt konstytucyjny nakazuje dbałość o ludzi w podeszłym wieku. W systemie pomocy społecznej, do którego odnosi się w swoim stanowisku minister pracy i polityki społecznej, pomoc lekowa występuje jako zadanie własne gminy, ale ma charakter doraźny, nie obejmuje przypadków długotrwałych chorób, w podeszłym wieku występujących zresztą bardzo często. Ma ona charakter, powiedziałbym, wyjątków i oczywiście – jest tak w przypadku wszystkich funduszy gminy – jest tak jakby skazana na niedostatek.

Liczy wskazują, że te kwoty odbiegają od zapotrzebowania osób dorosłych w wieku od siedemdziesięciu pięciu lat. A dodajmy, że one i teoretycznie, i praktycznie same

sobie nie mogą już pomóc. I tu oczywiście system pomocy społecznej posiada inne kryteria, to jest 450 zł na osobę. Jak wiemy, zawsze są problemy z weryfikacją tych kryteriów, bo tu decyzje zapadają raz na parę lat. Dzisiaj dla osoby w rodzinie – na ogół dla dwojga emerytów – to jest 450 zł, a dla samotnej 540 zł. I to jest całość środków, które są dzisiaj przeznaczone na utrzymanie emerytów, a państwo uważa, że sytuacja jest normalna. Zresztą emerytura minimalna niewiele od tego odbiega, bo wynosi chyba 864 zł. Po opodatkowaniu, opłaceniu składek to jest raptem 720 zł, a jeśli dodamy, że renty są jeszcze niższe, w tym w KRUS, bo to też ta ustawa obejmuje, to w gruncie rzeczy możemy mówić, że poziomy są zbliżone.

Ja, Panie Przewodniczący i Wysokie Komisje, chciałbym się odnieść do wypowiedzi ministra i tego, czego nie podkreślano na posiedzeniach komisji praw człowieka, a było ich kilka z udziałem pana ministra. Mianowicie w gruncie rzeczy pan minister powiada, że są przeszkody techniczne, i z lekka jedynie ustosunkowuje się do zasadności i do społecznego znaczenia projektu. W gruncie rzeczy pan minister oparł swoje „nie” na kwestiach technicznych. Ja tu na szybko próbowałem skonstruować odpowiedź i wyglądałaby ona... Chodzi tu o kategorię niemożliwość wprowadzenia projektu ze względów organizacyjnych i technicznych, zwłaszcza na poziomie aptek. Chyba tak to było powiedziane.

Otóż każda recepta jest opatrzona numerem PESEL, czyli jest weryfikowalna w odniesieniu do wieku pacjenta, bo numer PESEL wskazuje wiek, a więc to, czy ktoś jest upoważniony. Oczywiście NFZ może poprzez system eWUŚ weryfikować powtarzalność i ewentualne nadużycia. Pytanie jest takie: czy lekarz i apteka – w pierwszym rzędzie lekarz – orientuje się w sprawie najniższej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Lekarz rzeczywiście się w tym nie orientuje, przychodzi czy placówka medyczna też się w tym nie orientuje. Ale to są dane, które podaje prezes GUS, i emeryt może dołączać do recepty kserokopię, może okazywać ostatni odcinek z renty lub emerytury i udowadniać w ten sposób, że spełnia warunki komunikatu GUS. Moim zdaniem lekarz powinien przyjąć to oświadczenie – pacjent przedstawił świadectwo najniższej emerytury, zatem ma uprawnienie do otrzymania recepty oznakowanej innym symbolem. I taka byłaby cała technologia. Oczywiście w przypadku aptek byłoby trudniej, bo kupa aptek musiałaby to weryfikować. I tak na gorąco uważam, że ten argument jest do rozpatrzenia, do rozważenia. To jest do uregulowania. Tyle że mnie przeraża to ostatnie zdanie, które nie nawiązuje do treści. Otóż pan minister stwierdził, że to pogorszy sytuację chorych. No chyba dlatego, że chory będzie się kłócił z lekarzem lub apteką o to, czy należy to uznać, czy nie. Bo to, żeby pacjent otrzymał tych lekarstw tyle, ile trzeba, jest chyba celem służby zdrowia. A skazywanie go na... Ale można też inaczej powiedzieć, Panie Ministrze. Jeśli dzisiaj pacjent nie otrzymuje danych leków, bo nie może ich wykupić, to udaje się do szpitala. Lekarstwo kosztowałoby, powiedzmy, 100 zł, a jednodniowy pobyt w szpitalu kosztuje 3 tysiące zł. A przecież w szpitalu muszą go przyjąć.

Wobec tego ja nie rozumiem tej matematyki w zakresie służby zdrowia, opinii reprezentowanej przez pana ministra, jakoby ten system miał pogorszyć stan zdrowoty pacjentów. Dodajmy także – chyba komisje mają co do tego przekonanie, zwłaszcza Komisja Zdrowia – że w wielu innych krajach są stosowane różne inne formy, w tym dość często całkowite zwolnienia wszystkich emerytów, a nawet innych podmiotów. Komisja nie podzieliła zdania autorów petycji i zawęziła problem do zaledwie około stu dwudziestu tysięcy...

(*Głos z sali: Stu ośmiu.*)

...rencistów i emerytów, którzy mają siedemdziesiąt pięć lat i w przypadku których wskazania lekarskie są jasno artykułowane. Chodzi o to, że ich potrzeby są długotrwałe i stałe, a ponadto otrzymują oni świadczenie po iluś tam latach pracy, co najmniej dwudziestu pięciu, wkrótce trzydziestu, otrzymują minimalną emeryturę.

Pragnę dodać, że premier Buzek zwrócił na to uwagę i gdy zaproponował waloryzację emerytur, to kierował się właśnie... Przepraszam, premier Tusk. ...Kierował się taką logiką, że emerytury niejako giną w różnych mechanizmach waloryzacyjnych i nie są w stanie spełniać potrzeb rencistów.

Dlatego wnoszę o wyrozumiałość, o możliwość uwzględnienia postulatu technicznego pana ministra i przyjęcie inicjatywy przez Wysokie Komisje.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Skoro są takie wątpliwości, to – jeżeli państwo byście się zgodzili – ja bym poprosił o zabranie głosu panią magister z Biura Legislacyjnego.

Pani Magister, bardzo proszę.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Po wystąpieniu pana senatora Rulewskiego ja mam niewiele do dodania. Rzeczywiście ten projekt powstał w wyniku rozpatrzenia petycji skierowanej do Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji przez dwie osoby prywatne oraz zorganizowaną grupę osób, przez Stowarzyszenie „Dzieci Wojny w Polsce”. Zakres petycji o podjęciu działań legislacyjnych był szeroki. Wspomniane osoby postulowały przyznanie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki.

Komisja, rozpatrując petycje, skupiła się przede wszystkim na aspekcie społecznym, na sytuacji materialnej i ekonomicznej seniorów i rzeczywiście uznała, że należy wprowadzić tu zawężenie do osób starszych oraz otrzymujących najniższe świadczenia. To jest aspekt społeczny. Jeśli chodzi o aspekt prawny, to rzeczywiście jest tu pewien problem, bo nastąpiła próba jakiegoś zobiektywizowania tego kryterium i ta próba znalazła wyraz w projekcie. Takie dokonanie zobiektywizowania w systemie nie jest wcale proste. To jest rzeczywiście dość złożony problem natury systemowej i prawnej. Uznano, że ponieważ ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wprowadza pewne kategorie, którym się przyznaje szczególne uprawnienia do świadczeń opieki

zdrowotnej w różnym zakresie, w różnym stopniu – chodzi głównie o odpłatność za leki – to należy stworzyć nową kategorię. I zaproponowano sposób ujęcia tej kategorii. Chodziłoby o leki wydawane z przepisu lekarza oraz z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania.

Co można powiedzieć? Sprawa materii nie jest prosta. Rzeczywiście istnieje tu kwestia tego, o czym mówił pan senator Rulewski. Wydawało nam się, że... To jest kwestia organizacyjna na poziomie przychodni. Kwoty świadczeń są powszechnie znane i ogłaszane, no i organizacyjnie jest szansa na to, żeby one były dostępne w przychodni. Niemniej jednak materia, na którą wskazywał pan minister, również istnieje i ujęcie jej w sposób niebudzący zastrzeżeń... No, ten problem istnieje. Nie można powiedzieć, że to jest proste, najprostsze rozwiązanie. Nastąpiło wskazanie w tym projekcie pewnego problemu, no i właściwie tyle można tu powiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Pani Magister.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopiński:

Odpowiadając panu senatorowi na postawione pytania, jak również odnosząc się do przedstawionego stwierdzenia, powiem, że opieka zdrowotna – chciałbym to podkreślić – nad osobami w wieku powyżej siedemdziesięciu pięciu lat wymaga przede wszystkim bardzo rozważnej farmakoterapii. Tak jak powiedziałem, osoby w starszym wieku chorują zwykle na kilka chorób jednocześnie i wymagają szczególnego, zindywidualizowanego podejścia w zakresie farmakoterapii. Przy stosowaniu leków służących łagodzeniu objawów chorobowych bardzo często dochodzi do interakcji lekowej. Muszę powiedzieć, że dane z zakresu geriatry podają, że ponad 30% hospitalizacji osób starszych wynika z niekorzystnych interakcji pomiędzy przyjmowanymi lekami. Po prostu bardzo często stosowana jest polipragmazja. Apteki nie są podłączone do systemu eWUŚ, żeby można było skontrolować, jakie leki pacjent miał przepisane. Dlatego też poprawa stanu zdrowia populacji, o której mówimy, a więc osób w starszym wieku, powinna koncentrować się na podniesieniu efektywności leczenia i bezpieczeństwa farmakoterapii, przede wszystkim na indywidualizowaniu tej farmakoterapii, a szczególnie na poprawie opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. I w tym kierunku zmierzają działania rządu. Przede wszystkim są one nakierowane na rozwój opieki geriatrycznej i wzmocnienie systemu podstawowej opieki zdrowotnej poprzez rozszerzenie kadry lekarskiej sprawującej funkcje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzamy do POZ specjalistę chorób wewnętrznych, żeby dokładniej diagnozować i leczyć tych pacjentów. Tu nie chodzi o liczbę zjadanych leków, ale o właściwe przepisywanie leków w wielochorobowości. Ja nie chcę podawać przykładów polipragmazji, które znam z własnego doświadczenia lekarskiego, ale powiem, że był taki okres,

kiedy renciści i emerycy mieli leki bezpłatne, i wtedy, gdy przyjeżdżałem karetką pogotowia do pacjenta, to najpierw sprawdzałem, ile i jakich leków pacjent posiada. Często były tam szuflady pełne przeterminowanych, różnych leków. Dlatego też jesteśmy tutaj ostrożni i mówimy raczej o poprawie podstawowej opieki zdrowotnej, większej roli lekarza rodzinnego, niestosowaniu polipragmazji i niesłuchaniu reklam, które są w telewizorze i które mówią, że na wszystko jest lek. Dlatego też zwracam tu uwagę nie tylko na sprawy techniczne, związane z wystawianiem recept, ale również na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów z tej grupy. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Szanowni Państwo, w zasadzie wszyscy panie i panowie senatorowie macie już wyrobione zdanie, tak że prosiłbym o zabieranie głosu w bardzo istotnych sprawach.

Proszę. Pani senator Helena Hatka.

Senator Helena Hatka:

Ja chciałabym, włączając się w dyskusję, podkreślić, jakie były intencje Komisji Ustawodawczej, która, zawiązując wniosek zawarty w petycji, skoncentrowała się na grupie najsłabszej, czyli grupie osób o najniższych dochodach.

Polemizując z panem ministrem, powiem, że my nie mamy żadnych wątpliwości co do tego, że lekarze są kompetentni, szczególnie na poziomie POZ, ale nie tylko, i w sposób kompetentny będą wypisywali osobom najstarszym leki, które są konieczne do przedłużenia życia. My koncentrujemy się na problemie związanym z niemożliwością zakupu leków niezbędnych do zachowania zdrowia. I stąd jest wniosek, projekt ustawy, który pozwoli grupom ludzi o najniższych dochodach te leki zakupić. Oczywiście rozstrzygnięcia wymaga sprawa weryfikacji dochodu. Nie wyobrażam sobie, żeby na poziomie lekarza czy apteki weryfikować dochód osoby uprawnionej, ale przecież jest w naszym kraju rozwinięta sieć instytucji pomocy społecznej, są też inne instytucje, które mogłyby wspierać system w weryfikowaniu, które osoby mają uprawnienia. Pamiętajmy też, że rodzina również powinna wspierać starą osobę – chodzi o możliwość dofinansowania leków.

Ja stoję na stanowisku, że należy wesprzeć projekt ustawy i dążyć do tego, żeby zrobić pierwszy krok, żeby wspierać najsłabszych, starszych ludzi, jeżeli chodzi o możliwość kupowania leków. Koszt 200 milionów zł przy ponad 70 miliardach zł dochodów Narodowego Funduszu Zdrowia czy ponad 100 miliardach zł, które są w systemie, to jest mała kwota, to żaden problem. I zgadzam się z panem senatorem, że koszty leczenia szpitalnego, będącego skutkiem niedoleczenia, są dużo wyższe.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, pani Senator.

Proszę bardzo. Pan marszałek Borowski.

Senator Marek Borowski:

Ja oczywiście doceniam i popieram samą intencję, bo ta sprawa, wbrew temu, co mówił pan minister, nie jest rozwiązywana. Geriatria to jest trochę co innego, tak mi się w każdym razie wydaje. Jeśli chodzi o tworzenie ogólnych warunków, o odpowiednią informację, zniechęcającą na przykład do suplementów diety – zgadzam się z tym, że to jest oszustwo – to trzeba to wszystko robić. Ale to nie zmienia postaci rzeczy, tego, że są ludzie w starszym wieku, którzy potrzebują znacznie więcej lekarstw, ale niestety mają niskie dochody. A więc temat jest jak najbardziej aktualny i pozostaje kwestia sposobu jego rozwiązania. Ja w tej chwili pomijam sprawy techniczne, bo moim zdaniem one są do rozwiązania, jeśli tylko się tego chce.

W gruncie rzeczy projekt dotyka tematu, w jaki sposób realizować pomoc socjalną, bo to oczywiście jest rodzaj pomocy socjalnej – prawda? Notabene my częściowo stosujemy systemy, które – tak uważam – są wadliwe, ale to nie znaczy, że trzeba je powielać. Mianowicie są systemy oparte na dochodzie. Pani senator cały czas mówiła o dochodzie, ale tu, w tej ustawie, nie mówi się o dochodzie, tylko mówi się o emeryturze. Są systemy oparte na dochodzie na głowę mieszkańca i są systemy oparte na jakiejś płacy, poniżej, powyżej itd. Otóż racjonalne są oczywiście tylko systemy oparte na dochodzie. W tym przypadku, proszę zwrócić uwagę... Ja raczej nie mam wątpliwości co do tego, że znacząca większość emerytów i rencistów o najniższych emeryturach i rentach potrzebowałyby tego rodzaju wsparcia, ale mamy też do czynienia z emerytami – dalej będę mówił już tylko o emerytach, chociaż są i renciści, ale potraktuję ich łącznie – którzy mają najniższe emerytury i którzy pracują, zarabiają. W związku z tym ich sytuacja jest zupełnie inna niż tych, którzy mają tylko najniższą emeryturę. Dalej: są tacy, którzy żyją we wspólnym gospodarstwie domowym, z reguły z dziećmi, i w związku z tym ich sytuacja również jest inna. I wreszcie... Zawsze jest problem, jeśli się bierze pod uwagę określoną zarabianą kwotę, bo jest pytanie, co z tymi, co mają o złotówkę więcej. Najniższa emerytura to jest 864 zł, ale niektórzy mają emerytury w wysokości 870 zł, 880 zł itd. I oni byliby pozbawieni tego prawa. Chcę tu zwrócić uwagę na to, że z całą pewnością część osób byłaby zadowolona, a pewnie taka sama część byłaby niezadowolona, bo jej by to nie objęło, i roszczenia niejako szłyby dalej.

I chcę powiedzieć tak. Ja uważam, że jest kilka kwestii, w przypadku których pomoc społeczna musi być okazywana. Jest to na przykład kwestia kosztów mieszkania. Proszę zwrócić uwagę na dodatki mieszkaniowe. Dodatki mieszkaniowe wiążą się z dochodem w rodzinie. Różne rzeczy są tam jeszcze odejmowane itd., itd. Jest to pewien system. Można dyskutować o tym, na jakim poziomie stawić ten dochód, ale jest to pewien system, który się broni. Jest też pomoc społeczna w postaci świadczeń stałych i... Chciałem powiedzieć „okresowych”, ale na okresowe nie ma u nas pieniędzy. Są świadczenia stałe i to również jest dochód. On jest niski, bo przez długie lata te świadczenia nie były waloryzowane, ale to jest w systemie.

Uważam, że choroba i związane z nią wydatki to jakby odrębny temat. To znaczy można mieć w miarę tanie mieszkanie i niski dochód, ale być względnie zdrowym.

Można też mieć trochę wyższy dochód, rzędu, nie wiem, na przykład 1 tysiąca zł, ale być chorym i mieć w związku z tym duże wydatki. Dlatego uważam, że tak jak stosuje się różnego rodzaju bony, na przykład bony żywnościowe przydzielane rodzinom, których dochód jest niski, tak samo powinien być system umożliwiający ludziom, którzy mają duże wydatki zdrowotne w stosunku do dochodu, nabycie lekarstw po niskich cenach, po stawkach zerowych itd., system jakichś bonów, jakichś uprawnień. Ale to musi być zupełnie inaczej skonstruowane. Powiem szczerze, że zastanawiam się, czy pan senator Rulewski, który od lat jest w tę sprawę najbardziej zaangażowany, lub członkowie komisji nie mogliby podejść do tego tematu i spróbować rozwiązać problem, wydzielając pewną pulę środków, która oczywiście musiałaby być na ten cel przeznaczona, czy z budżetu, czy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Bo jeżeli przyjmie się ustawę w tej postaci, to będzie z nią bardzo dużo kłopotów, i to w odniesieniu do bardzo wielu ludzi. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Panie Marszałku.

Szanowni Państwo, na podstawie własnego doświadczenia medycznego mogę powiedzieć tyle, że mnie się ten projekt nie podoba właśnie dlatego, że on w zasadzie nie konsumuje pomocy tym ludziom. Według mnie jest to coś, co jak gdyby pozwoli nam powiedzieć „my dajemy ludziom pieniądze na leki”, ale nie załatwi problemu. Mnie się wydaje, że bardzo dobrze podszedł do tego pan marszałek Borowski, który dostrzegł tutaj różne inne elementy związane z kwestią pomocy. Zgadną się również z panem ministrem, moja wieloletnia praktyka świadczy o tym, że wielu emerytów bardzo często ma pełne szuflady przeterminowanych leków, których się nie używa.

(Głos z sali: To jest wina lekarzy.)

Nie, to nie jest wina lekarzy. Jeżeli pan jest lekarzem, to może pan ze mną na ten temat rozmawiać, a jeżeli nie, to nie dyskutujemy. Ja na temat wydobycia węgla nie będę z nikim rozmawiał, bo nie jestem...

(Głos z sali: Lekarze...)

A pacjent nie zażywa. Bardzo często tak jest.

Kolejna rzecz jest, proszę państwa, taka, że pobyt w szpitalu nie kosztuje 3 tysięcy zł. Doba hotelowa kosztuje około 250–300 zł.

Nie wiem... Osobiście uważam, że przyjmowanie tego w tej postaci to nie jest dobry krok.

Proszę. Pan senator Augustyn.

Senator Mieczysław Augustyn:

Proszę państwa, sytuacja zdrowotna osób starszych została dosyć dobrze zdiagnozowana w badaniach PolSenior, największych badaniach w Europie, przeprowadzonych na ogromnej próbie seniorów, i to badaniach krzyżowych. W ankietach badano stan zdrowia i samopoczucie. Wiek siedemdziesięciu pięciu lat nie jest tutaj jakąś cezurą, tak naprawdę kilkanaście procent, 13%, o ile dobrze pamiętam, emerytów po sześćdziesiątym piątym roku życia wskazuje, że ma mniejsze lub większe problemy w nabywaniu leków. Jeśli dobrze pamiętam, 4% ma bardzo poważne problemy

w nabywaniu leków. I to jest zależne od sytuacji dochodowej, a nie od wieku i zaczyna się już po przejściu na emeryturę. Co więcej, wyniki tych samych badań pokazują – to może dziwić – że u osób po siedemdziesiątym siódmym roku życia zapotrzebowanie na leki nieco spada, dlatego że jest mniej chorób przewlekłych.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: ...Umierają.)

Oczywiście tak. Jest tak, jak państwo mówicie, ale to nie zmienia wyników tego badania. Ten komentarz jest słuszny, ale to nie zmienia wyników badania.

Wydaje mi się, że problem rzeczywiście tu jest, ale proponowane rozwiązanie jest nieadekwatne. Bo powstanie pytanie: co z innymi emerytami, którzy mają ten sam problem i mają najniższe emerytury, a nie osiągnęli wieku siedemdziesięciu pięciu lat? Powstanie pytanie: co z tymi, którzy tylko trochę przekroczyli próg dochodowy? A ja chciałbym dołożyć jeszcze jeden element, o którym pan senator Rulewski tylko wspomniał – główne uzasadnienie funkcjonowania, istnienia dodatku pielęgnacyjnego jest właśnie takie, żeby były pieniądze na zakup leków. Zaledwie 8% osób w wieku od siedemdziesięciu pięciu lat wymaga pielęgnacji, a dodatek pielęgnacyjny przysługuje wszystkim z racji tego, że osoby te mają zwiększone wydatki lecznicze. W tej chwili to jest chyba 208 zł, a więc w przypadku najniższej emeryturze to jest prawie 20%. To jest dwudziestoprocentowy dodatek, który służy właśnie temu, żeby pomóc w nabywaniu leków.

(Senator Piotr Zientarski: To jest prawie 30%.)

(Głos z sali: Nie.)

(Głos z sali: Jak się dostaje 700 zł...)

Chciałbym powiedzieć, że chociaż problem istnieje, to nie jest tak, że państwo tego nie widzi i nie przewiduje na to środków, bo jest pomoc społeczna i jest dodatek pielęgnacyjny. A jeśli chcemy pomóc, to absolutnie nie w ten sposób, tylko przez system pomocy społecznej.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu. Pani senator Chybicka. Proszę.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Wielce Szanowni Państwo!

Właściwie sama zasada, że należy pomóc osobom starszym, którym brakuje pieniędzy na wykupienie leków, a są poważnie chore, jest chyba bezdyskusyjna. Tyle tylko że sposób, w jaki trzeba to zrobić, musi być głęboko przemyślany, tak aby ani jedna złotówka nie została zmarnowana. A ten projekt jest napisany w taki sposób, że niestety chyba tak się nie stanie. Takiej wielkiej poprawy będziemy mogli oczekiwać w momencie, kiedy wreszcie pojawi się karta pacjenta, karta elektroniczna, na której będzie zapisane wszystko, co tego pacjenta dotyczy. W tej chwili naprawdę – wiercie mi państwo – wielokrotnie jest tak, że pacjent idzie do jednego lekarza i wychodzi od niego z receptą, a potem maszeruje do drugiego lekarza i wychodzi z drugą receptą. I gdybyśmy przegłosowali taką ustawę... To jest droga do kolosalnych nadużyć. Wydaje mi się, że tu by

trzeba było... Ja jestem przekonana do tej idei. Trzeba wyłapać osoby, które rzeczywiście mogą stracić życie z tego powodu, że nie wykupią leków, ale na dzień dzisiejszy, tak jak mówił senator Augustyn i jak mówili inni senatorowie, trzeba to chyba robić w ramach opieki społecznej, która wyłapie konkretne osoby i udzieli im konkretnej pomocy. Bo jeśli otworzymy te drzwi dla wszystkich siedemdziesięciopięciolatków z niskimi zarobkami, to – jestem o tym przekonana – nadużyć będzie niestety bardzo wiele. Trzeba to po prostu dopracować, Panie Senatorze. Pomysł jest znakomity. Nie ulega wątpliwości, że to jest potrzebne, tylko trzeba to wszystko zrobić dobrze, od nowa, trzeba napisać tę ustawę w oparciu o inne kryteria, tak żeby nie było możliwości wyrzucania w błoto pieniędzy Narodowego Funduszu Zdrowia, pieniędzy, które są naprawdę bardzo potrzebne, nawet tym osobom, na leczenie faktycznie przewlekłe chorych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Pani Senator.
Pan senator Mamątow. Proszę.

Senator Robert Mamątow:

Dziękuję bardzo.

Ja mam zaufanie do lekarzy i wiem, że jeśli prowadzą swojego pacjenta, to wypisują mu lekarstwa tak, jak należy, i wszystko jest okej. A to, że pacjent nie wykupuje lekarstw i ich nie bierze... No przecież nie o tym tu rozmawiamy. Jest tu problem społeczny. Ludzie, którzy mają dzisiaj siedemdziesiąt pięć lat, dostają osiemset parę złotych emerytury czy renty, mają zapłacić 400 zł za mieszkanie, wykupić lekarstwa za 200 zł i jeszcze się utrzymać...

(*Senator Mieczysław Augustyn: Dostają na ten cel doatek, 200 zł.*)

Proszę pana, niech pan spróbuje przeżyć za te pieniądze, to wtedy porozmawiamy. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, chciałbym już...

(*Senator Robert Mamątow: Oczywiście popieram projekt senatora Jana Rulewskiego.*)

Rozumiemy.

Pan senator ad rem, tak?

Jeszcze pan senator Rulewski. Bardzo proszę.

Senator Jan Rulewski:

Może od razu przejdę do rzeczy. Pragnę tylko uzupełnić...

(*Brak nagrania*)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dobra. Dziękuję.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Proszę. Jedno zdanie.

Radca Prawny w Naczelnej Izbie Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Dzień dobry.

Krzysztof Baka, radca prawny w Naczelnej Izbie Aptekarskiej.

Ja chciałbym zwrócić uwagę na pewną okoliczność, na coś, co nasunęło nam się w trakcie posiedzenia. Jednym z kryteriów, które trzeba spełniać, aby bezpłatnie otrzymać leki, jest fakt pobierania emerytury lub renty. I powstaje tu takie pytanie: czy w rozumieniu ustawy istnieje kategoria świadczeniobiorców, którzy ukończyli siedemdziesiąt pięć lat, mają tytuł do ubezpieczenia, ale nie obierają emerytury lub renty, a ich dochód jest niższy niż najniższa emerytura? Jeżeli jest taka kategoria świadczeniobiorców, to ona nie będzie objęta tym przepisem. I to jest, jak rozumiem celowe – tak?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dobra. Dziękuję.

Szanowni Państwo, uważam że wszyscy mamy wyrobione zdanie. W związku z tym bardzo proszę...

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Szanowni Państwo, przystępujemy do głosowania.

Kto jest za projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej? (11)

Kto jest przeciw? (8)

Kto się wstrzymał? (1)

Dziękuję.

(*Brak nagrania*)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

...Bez poprawek. Wniosek przyjęty.

Proszę państwa, kto będzie sprawozdawcą trzech komisji? Kto z pań i panów senatorów chciałby być sprawozdawcą?

(*Głos z sali: Jasiu.*)

Nie, pan senator Rulewski nie może być.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Senator Piotr Zientarski: Wniosek mniejszości trzeba złożyć.*)

Nie, nie trzeba.

Pan senator Mamątow? Czy są inne głosy? Nie. Proszę uprzejmie, pan senator Mamątow.

Dziękuję.

Zamykam posiedzenie trzech połączonych komisji, Komisji Ustawodawczej, Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia.

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii