



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (3.)
w dniu 9 grudnia 2015 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat planowanych działań i zamierzeń resortu.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Pragnę rozpocząć trzecie posiedzenie Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej.

Na początku chciałbym przywitać wszystkich zaproszonych gości. Przede wszystkim witam pana marszałka, który zaszczyił nas obecnością na posiedzeniu komisji, mimo że nie jest jej członkiem, ale wiem, że od lat jest związany z Komisją Zdrowia, cieszymy się, że jest z nami.

Witam pana ministra. Myślę, że po raz pierwszy jest taka sytuacja, że zarówno marszałkiem, jak i ministrem są senatorowie i do tego jeszcze lekarze, cieszy mnie, że nasza Komisja Zdrowia jest tak reprezentowana w Senacie Rzeczypospolitej.

Witam pana ministra Radziwiła ze współpracownikami. Myślę, że pan minister przedstawi współpracowników i powie o ich kompetencjach i zakresie działania. Witam państwa senatorów.

Proszę państwa, nasze dzisiejsze posiedzenie będzie się składało z dwóch punktów. W pierwszym punkcie jest informacja ministra zdrowia na temat planowanych działań i zamierzeń resortu, a w drugim – sprawy różne; chciałbym, byśmy zastanowili się nad planem pracy komisji na 2016 r.

Czy ktoś z państwa ma zastrzeżenia do takiego porządku obrad?

Senator Józef Łyczak:

Przepraszam, czy będzie możliwość dyskusji z panem ministrem?

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Oczywiście. Nie, nie, ja mówię tylko o porządku obrad.)

Ja tylko chciałbym zapytać. Rozumiem, że po informacji pana ministra będziemy mogli zadawać pytania.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Tak, tak.

Ale czy ktoś ma zastrzeżenia do porządku obrad? Nie widzę chętnych do zabrania głosu.

Stwierdzam, że komisja zatwierdziła porządek obrad.

Chciałbym teraz udzielić głosu panu ministrowi. Proszę o informację na temat planowanych działań i zamierzeń. Oczywiście potem będzie tura pytań: na początku państwo senatorowie, a potem ewentualnie, jeżeli starczy nam czasu, także zaproszeni goście. Na posiedzenie planujemy około 2 godzin. Pan minister ma swoje obowiązki, więc, myślę, 2 godziny nam wystarczą, żebyśmy zapoznali się z planami pana ministra i ministerstwa na najbliższy czas.

Proszę bardzo, oddaję głos panu ministrowi.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Marszałku! Szanowni Państwo Senatorowie!

Dziękuję bardzo za zaproszenie. To dla nas zaszczyt przedstawić tutaj nasze zamierzenia. Proszę tylko o wyrozumiałość, jesteśmy w ministerstwie od miesiąca, jest to czas, w którym nie wszystko można zaplanować, tak że to, można powiedzieć, będzie bardziej pewna wizja naszego działania niż rozpisany na daty plan konkretnych działań, ale w niektórych sprawach jesteśmy już zaawansowani na tyle, że rzeczywiście można coś pokazać.

Zanim zaprezentuję nasze zamierzenia, chciałbym przedstawić współpracowników, tak jak sugerował pan przewodniczący. Obok mnie siedzą: pan podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza, pan podsekretarz stanu Piotr Warczyński, pani podsekretarz stanu Katarzyna Głowala. Nie ma z nami panów sekretarza stanu Jarosława Pinkasa i podsekretarza stanu Krzysztofa Łandy. Przepraszam za to, ale po prostu jest naprawdę ogromna liczba różnych spraw, w które jesteśmy zaangażowani, i nie dało się ich tutaj ściągnąć. Jest koło mnie również pan Tomasz Matynia, szef gabinetu politycznego. Myślę, że jest to osoba dla państwa o tyle interesująca i ważna, że łatwo się z nią skontaktować i jest do państwa dyspozycji. Wypada mi jeszcze przedstawić pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusza Jędrzejczyka. To chyba wszyscy z naszej strony.

Proszę państwa, przystępując do omawiania tego, czym się zajmujemy, chciałbym powiedzieć przede wszystkim, że zanim zaczęliśmy cokolwiek planować, to jednak trzeba było rozejrzeć się wokół. Sytuacja w systemie ochrony zdrowia nie jest najlepsza, o czym wiedzą wszyscy, ale również mogę powiedzieć, że sytuacja, jaką zastaliśmy w Ministerstwie Zdrowia, pod wieloma względami, w każdym razie w niektórych aspektach, stawia przed nami bardzo

poważne wyzwania. Chciałbym o nich też powiedzieć, bo w jakimś sensie one dotyczą nie tylko, że tak powiem, naszych wewnętrznych spraw, związanych z pracą wewnątrz resortu, ale są to problemy, które daleko wykraczają poza kwestie, powiedziałbym, pracowniczo-organizacyjne.

Pierwsza rzecz, o której chciałem wspomnieć, niewątpliwie interesująca dla wszystkich, to kwestia informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Jak państwo wiedzą, od czterech lat Polska realizuje program P-1. Chodzi o algorytm P-1, który miał stać się, można powiedzieć, osią informatyzacji całego systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w relacji... tam, gdzie pojawiają się pacjenci, więc, można powiedzieć, w najbardziej krytycznym miejscu systemu ochrony zdrowia. Czyli od internetowego konta pacjenta, które miało ułatwiać przekazywanie dokumentacji od jednego do drugiego świadczeniodawcy za zgodą pacjenta, poprzez elektroniczne skierowania czy zlecenia, dane ratunkowe dostępne w różnych okolicznościach, aż po elektroniczną receptę. Jak państwo wiedzą, jest to duży program czy projekt, w zasadzie niestety można powiedzieć, że był. Jest wart prawie 1 miliard zł, więc jest to duże przedsięwzięcie, które realizowaliśmy w ogromnej mierze z wykorzystaniem środków unijnych. Jak państwo wiedzą, tak zwana perspektywa unijna kończy się wkrótce, 31 grudnia. No i niestety sytuacja, jaką zastaliśmy, nie jest w tym zakresie dobra, jest wręcz rozczarowująca. Jeżeli państwo chcieli zadać jakieś szczegółowe pytania, to ja poproszę o odpowiedź pana ministra Piotra Gryzę, który będzie mógł uzupełnić informacje. Ale na tym etapie, sygnalizując to, chciałem powiedzieć, że niestety z całą pewnością nie uda się tego programu dokończyć. W związku z tym jeśli chodzi o wszystkie zapowiedzi, co to byśmy mieli od 1 stycznia – bo przepisy już to umożliwiają, jak choćby w przypadku jednej z najbardziej widocznych rzeczy, czyli elektronicznej recepty – to z całą pewnością nie będziemy tego mieli.

I w największym skrócie można powiedzieć, że obecnie stoimy przede wszystkim przed dylematem czy problemem, jak to zrobić, żeby nie musieć oddać 500 milionów zł, które już dostaliśmy z Unii Europejskiej. To jest problem o dużym ciężarze gatunkowym. Chodzi także o to, co na bazie tego, co zostało zrobione w sposób zdecydowanie niekompletny, niedoskonały, można wykorzystać, żeby jeszcze w ogóle coś można było w tym zakresie zrobić. To, co mówię, nie jest zbyt optymistyczne. Mogę powiedzieć, że na tym etapie, praktycznie rzecz biorąc, jesteśmy już pod koniec zamykania współpracy z dostawcami różnych tak zwanych produktów czy strumieni, jak to się tam nazywa. Bo to by było podzielone między wielu dostawców, z różnymi konsekwencjami. Tam, gdzie się da to odebrać, odbieramy, tam, gdzie się da częściowo, odbieramy częściowo, a tam gdzie się nie da... Na przykład w przypadku głównego dostawcy, integratora, czyli tego, który, można powiedzieć, miał przygotować połączenie wszystkich produktów w całość, po prostu umowa już wygasła 30 listopada. I ponieważ produkt nie został odebrany, prawdopodobnie będziemy się sądzić. To jest...

A z drugiej strony jednak staramy się przygotować jakiś projekt uratowania mimo wszystko czegoś, co moglibyśmy wykorzystać w systemie ochrony zdrowia. I takie

wstępne... Podjąłem wstępną decyzję, chciałem, abyśmy uratowali przynajmniej elektroniczną receptę, a być może trochę więcej. Ale, jak mówiłem, o szczegółach ewentualnie powiedziałby pan minister Gryza.

Inna sprawa, z którą troszkę się borykamy, to bardzo ważny projekt, który obecnie jest realizowany ze środków unijnych, czyli mapy potrzeb zdrowotnych. W wielu swoich deklaracjach podkreślaliśmy – było to podkreślane również w deklaracjach moich poprzedników – że mapy potrzeb zdrowotnych to jest fundament planowania, a także kontraktowania świadczeń zdrowotnych, które w tej chwili, można powiedzieć, opierają się na słabych danych. Mapy potrzeb zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami powinny być gotowe do końca kwietnia. One są potrzebne do dwóch rzeczy. Po pierwsze, do odpowiedniego kontraktowania, do planowania sieci placówek czy świadczeń, które są konieczne do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli na danym terenie. Po drugie, do skorzystania ze środków unijnych w następnej perspektywie unijnej. Te dwie kwestie są bardzo pilne.

Jeśli chodzi o pierwszą z nich, to jakoś sobie poradzimy. Bo jak już państwo senatorowie na pewno wiedzą, planujemy przesunięcie terminu kontraktowania z połowy 2016 r. o rok. W związku z tym pilność przygotowania map zdrowotnych w związku z kontraktowaniem nie będzie już taka wielka. Niestety druga sprawa, to znaczy korzystanie ze środków unijnych, nie daje się przesunąć, więc mamy tutaj znacznie większe ciśnienie. Jesteśmy obecnie na takim etapie, że, można powiedzieć, prawie skończona jest mapa onkologiczna, to znaczy, została wysłana do konsultacji zewnętrznych i w zasadzie one już się zakończyły. Wypadły dosyć, powiedziałbym, pozytywnie, chociaż są też tacy, którzy bardzo krytykują to rozwiązanie. Ale zwracam uwagę na to, że sprawa jest o tyle delikatna... Ja jeszcze jej do końca nie rozpoznałem, ale wstępnie można powiedzieć, że jest tutaj pewien problem immanentnie związany w ogóle z projektem, jakim jest mapa potrzeb zdrowotnych. To znaczy, że niektórzy mogą czuć się po prostu troszkę zagrożeni, no bo na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych może się okazać, że nie wszystko jest, mówiąc wprost, potrzebne, prawda? No a jeśli ta kwestia dotyka jakiegoś konkretnego podmiotu, to wiadomo, że to nie budzi pozytywnych emocji. I mamy takie pierwsze sygnały. No ale zobaczymy. To na razie jest, jak mówię, etap, na którym jeszcze trudno wyrokować, co z tego będzie.

Jesteśmy zaawansowani także w przygotowaniu drugiej mapy – potrzeb kardiologicznych. I te dwie mapy zostaną zrealizowane właśnie ze środków unijnych. Następne są planowane w pierwszych miesiącach przyszłego roku. To będzie podzielone na obszary, można powiedzieć, dziedzin chorobowych. Jest ich zaplanowanych bodajże dwadzieścia.

Ciągłe jeszcze dyskutujemy, czy metodologia, którą przyjęto w przypadku dwóch pierwszych map, jest najlepsza, czy tego jakoś nie zmodyfikować. Ale tak czy inaczej, te mapy po prostu muszą powstać i myślę, że to jest jednak dosyć fundamentalne, powiedziałbym, rozwiązanie czy narzędzie pozwalające lepiej zaplanować opiekę zdrowotną w przyszłości, bez względu na to, w jakim momencie i w jakim układzie.

Kolejna rzecz, która jest obecnie niezwykle gorąca, to jest porozumienie, które mój poprzednik zawarł z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych. Przypomnę, że to jest porozumienie, które opiewa na kroczącą podwyżkę 400 zł co roku. Licząc od września, który minął, w ciągu czterech lat pielęgniarka ma dostać 1 tysiąc 600 zł podwyżki. To, proszę państwa, w wymiarze ogólnopolskim w ciągu 4 lat oznacza prawie 10 miliardów zł. To są potężne pieniądze. Wiąże się z tym wiele problemów. Przede wszystkim nie wszystkie pielęgniarki zostały tym objęte. To jest, myślę, dla państwa parlamentarzystów informacja, która nie jest tylko suchym faktem, ale stanowi również przesłankę do myślenia o tym, w jaki sposób system ochrony zdrowia w Polsce jest obecnie zorganizowany. Co mam na myśli? Otóż na przykład nie zostają objęte podwyżkami pielęgniarki, które pracują u tak zwanych podwykonawców. Dostyc zasadne jest moim zdaniem pytanie, czy istnienie czegoś takiego jak podwykonawca ma w ogóle jakiś sens. Czemu to służy? Ale faktem jest, że tak to funkcjonuje, że szpital, mówiąc wprost, ma szansę dostać pieniądze na podwyżkę, jeśli zatrudnia pielęgniarki, ale jeżeli zatrudnia podmiot zatrudniający pielęgniarki, to już nie. Ale pojawia się pytanie, czy ten podmiot jest do czegoś rzeczywiście niezbędny. Ja mam co do tego pewne wątpliwości, a nawet dużo wątpliwości, powiedziałbym. No ale to jest rzeczywistość, z którą się będziemy musieli zmierzyć, i to nie tylko w kontekście podwyżek. Chodzi w ogóle o to, jak to wszystko zaplanować, rozłożyć. Strasznie trudno się zorientować w tym, że tak powiem, chaotycznym, zatimizowanym systemie. On jest nie tylko zatimizowany, ale jeszcze wytworzyły się jakieś drogi na skróty albo dziwne patologiczne związki, powiedziałbym, które jeszcze bardziej zaburzają jego działanie.

Problem podwyżek dla pielęgniarek to nie tylko problem finansowy w stosunku do pielęgniarek, lecz także konieczność rozwiązania pewnych dylematów. Chodzi na przykład o to, że niektóre pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej nie zostały tym objęte ze względu na to, że płatnik nie wszystkie widzi. Chodzi o te pielęgniarki, które nie zbierają list aktywnych, czyli tak zwane pielęgniarki praktyki, te, które są zatrudnione na przykład w gabinetach zabiegowych. One są, można powiedzieć, elementem podmiotu, który czasem nie ma w ogóle zakontraktowanych usług pielęgniarki czy położnej środowiskowo-rodzinnej. No i w takim układzie te podmioty nie dostały podwyżki. Tutaj też jest pewien próg.

Tu na marginesie chcę powiedzieć, że my w tym roku nie jesteśmy tak zupełnie wolni od problemu daty 1 stycznia i kontraktowania w podstawowej opiece zdrowotnej, to jest problem, który pojawia się już od bardzo wielu lat. Mam nadzieję, że tym razem uda się to gładko przejść, ale na pewno nie unikniemy pewnych problemów.

Teraz jeżeli chodzi o... Aha, oczywiście jeśli chodzi o podwyżki dla pielęgniarek, to powtarzam: to nie dotyczy tylko pielęgniarek, lista osób niezadowolonych z tego porozumienia i jego konsekwencji jest bardzo długa. Oczywiście na pierwszym miejscu są pracodawcy, którzy uważają, że sposób załatwienia tej sprawy poprzez rozporządzenie ministra zdrowia o ogólnych warunkach umów jest wręcz niekonstytucyjny, że zaburza wolność kształtowania wy-

nagrodzeń itd., itd., i niewykluczone, że jest w tym sporo racji. Są prawnicy, którzy twierdzą, że to rozwiązanie jest rzeczywiście niezgodne z przepisami konstytucji, i są tacy, którzy twierdzą, że będą zmierzać do zaskarżenia go do Trybunału Konstytucyjnego. I niektórzy oceniają, że szanse wygrania tego są dosyć duże. A zatem, zgodnie z zasadą *pacta sunt servanda*, pewnie i tak będziemy musieli tę sprawę w jakiś sposób rozwiązać, zwłaszcza że porozumienie jest podpisane przez ministra zdrowia, nie przez kogoś, kto się z nimi umawiał, tylko przez urzędującego ministra zdrowia, przez urząd i po prostu trzeba je będzie w taki czy inny sposób, pod taką czy inną... pod rządami takiego czy innego rozwiązania prawnego realizować.

Ale, proszę państwa, tutaj problem się nie kończy, dlatego że odzywają się inne grupy pracownicze. Zacznę zaskakująco od lekarzy. Okazuje się, że w niektórych placówkach pojawiły się takie sytuacje, że w wyniku podwyżek pielęgniarki będą zarabiać więcej niż lekarze. I takie sygnały też do mnie dotarły. Tak że to pokazuje tylko, że ten problem naprawdę jest zawily i skomplikowany. Ale przede wszystkim chodzi o pozostałe grupy pracownicze. I tutaj związki zawodowe reprezentujące innych pracowników są, powiedziałbym, coraz bardziej aktywne. No a jeszcze żeby pokazać na koniec, jak ten problem wygląda, chcę państwu powiedzieć, że według naszej oceny w Polsce jest obecnie około 250 sporów zbiorowych, które prowadzi Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, mimo że podpisano porozumienie. Z tego około 20 jednostek to są jednostki, w których spór zbiorowy jest na etapie referendum strajkowego. Tak że to jest coś naprawdę niezwykle trudnego do ogarnięcia i zrozumienia. Pokazuję to po prostu jako pewne dziedzictwo, które naprawdę jest poważnym problemem do rozwiązania.

Tutaj od razu chcę powiedzieć, że zacząłem wstępne, na razie sondażowe rozmowy z przedstawicielami różnych związków zawodowych i, wydaje się, jest jakiś rodzaj akceptacji czy życzliwości dla myślenia, że w publicznym systemie ochrony zdrowia należałoby kwestie regulacji płacowych rozwiązać na poziomie ustawowym, na przykład na poziomie ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w różnych grupach pracowniczych, zaczynając od tego, że trzeba by przede wszystkim ustalić pewne relacje wskaźnikowe pomiędzy tymi grupami, bo wydaje się, że w tym zakresie jest sporo do zrobienia. Następnie należałoby to odnieść do jakiegoś wskaźnika na przykład średniego wynagrodzenia w gospodarce i następnie jeszcze przyjąć – co będzie pewnie najtrudniejsze – jakiś rodzaj mapy drogowej, sposób dochodzenia do określonych czy oczekiwanych poziomów wynagrodzeń, oczywiście rozłożonego w czasie. Bo trudno sobie wyobrazić, że usatysfakcjonujemy wszystkich pracowników systemu na poziomie, który obecnie jest obiecany pielęgniarkom. Powiedziałem, że to jest 10 miliardów zł, prawdopodobnie jeszcze prawie drugie tyle trzeba by dołożyć do systemu albo raczej wydać z systemu – o dokładaniu nie ma co marzyć tak szybko – żeby usatysfakcjonować wszystkie inne grupy pracownicze. Tak że pokazuję państwu, jak wielki to jest problem, i mimo że obecnie trochę to, że tak powiem, przycichło, to z całą pewnością sprawa nie jest załatwiona.

Jeżeli chodzi o problemy, którymi obecnie się zajmujemy, to można powiedzieć, że sztandarowym projektem, który jest już w bardzo zaawansowanej fazie i dzisiaj będzie omawiany na posiedzeniu kolegium w ministerstwie – wkrótce już ujrzą go państwo publicznie – jest projekt „Leki 75+”. To jest realizacja zapowiedzi wyborczych Prawa i Sprawiedliwości, ale także exposé pani premier, tak że można powiedzieć, że jest to jeden ze sztandarowych projektów. W skrócie rzecz ujmując, nie będzie tak, że wszyscy dostaną wszystko. Z jednej strony czyni nam się zarzut, że sprzeniewierzamy się obietnicy, ale z drugiej strony jest to po prostu przejaw odpowiedzialności. To znaczy, czy wszyscy dostaną? Odpowiedź brzmi: zasadniczo wszyscy, którzy skończyli... Przepraszam za „zasadniczo”. Wszyscy, którzy skończyli siedemdziesiąt pięć lat, będą objęci tym projektem. Nie będzie żadnego różnicowania w zależności od dochodów czy zamożności i zwracam uwagę na to, że to jest projekt, który ma na celu godne traktowanie ludzi, a to jest moim zdaniem zupełnie fundamentalna sprawa. Bo gdybyśmy zaczęli wprowadzać różnego rodzaju progi, to tych ludzi trzeba by wysłać najpierw do ośrodków opieki społecznej albo urzędów skarbowych, albo jeszcze innego miejsca, gdzie uzyskiwaliby zaświadczenia. Oczywiście na tym tle pojawiłyby się problemy, różne możliwości nadużyć itd., itd. Więc zrezygnowaliśmy z tego. Objęci tym projektem będą wszyscy. To po pierwsze.

Po drugie. Nie będą nim jednak objęte wszystkie, że tak powiem, rzeczy, które można dostać w aptece. Mówię „rzeczy”, bo w aptece są nie tylko leki, ale także różne inne środki, jest lista nazw różnego rodzaju. Więc idziemy w kierunku pewnej stopniowości. Przede wszystkim podjęliśmy decyzję, że będziemy regulować zakres tego, do czego będą uprawnieni starsi ludzie w ramach projektu. Na bieżąco, równoległe z wydawaniem obwieszczenia dotyczącego leków refundowanych, z taką samą częstotliwością – jest plan, żeby to trochę wydłużyć, ale na razie to będzie co dwa miesiące – będzie wydawane obwieszczenie dotyczące leków „S”, czyli przeznaczonych dla seniorów. Więc można powiedzieć, że tu nie ma nic stacjonarnego, będziemy przyglądać się sytuacji, patrzeć, jak wyglądają konsekwencje finansowe. Planujemy, że te konsekwencje w pierwszym roku nie powinny przekroczyć 500 milionów zł, ale w każdym razie będziemy tutaj bardzo ostrożnie się poruszać. Lista leków, od której zaczniemy, będzie obejmować, po pierwsze, spośród leków nieco droższych leki, jak my mówimy, przypisane do starości, czyli takie, których stosowanie jest związane właściwie tylko albo prawie tylko z chorobami towarzyszącymi ludziom w podeszłym wieku. Chodzi po prostu o to, żeby do minimum ograniczyć możliwość nadużyć i przepisywania leków, jak to już niektórzy mówią w mediach, „na dziadka”. To w uproszczeniu.

Drugą grupą leków, która znajdzie się na tej liście, będą leki tanie, stosowane także w okresie starości, ale tutaj już nie będzie takiego ostrego kryterium, to będą leki stosowane w chorobach przewlekłych. Bardzo mocno podkreślam, w tej drugiej grupie będą leki spośród najtańszych, to znaczy, te, które są na ryczałt, może z niewielką dopłatą. Ale jeszcze raz powtarzam, będziemy się przyglądać, jakie są konsekwencje, i być może następna lista za dwa miesiące będzie już wyglądać inaczej, będziemy ją poszerzać.

I ostatni warunek mający służyć pewnemu ograniczeniu możliwości nadużyć, na który zdecydowaliśmy się w pierwszej propozycji, to jest to, że recepty tego typu będą mogli wystawiać wyłącznie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Tutaj chodzi o to, że sytuacja bardziej osobistego spotkania lekarza z konkretnym pacjentem miałyby służyć temu, żeby pokusa nadużyć była jak najmniejsza. Oczywiście to nie jest twarda gwarancja. Ale wydaje się, że jest to jakiś kierunek, który zabezpiecza przed możliwością ewentualnych nadużyć. To jest ta propozycja.

O aneksowaniu umów w zasadzie już powiedziałem. To jest projekt, który dzięki życzliwości posłów Prawa i Sprawiedliwości jest już w parlamencie. Proszę państwa, obiecuję, że to jest raczej wyjątek, a nie reguła. Zdecydowanie nie chciałbym, żebyśmy musieli korzystać z drogi poselskiej, bo to jest droga w zakresie legislacji jednak jakoś tam ułomna, pozbawiająca przede wszystkim możliwości porządných konsultacji zewnętrznych. A propos, projekt 75+ będzie realizowany na drodze normalnej inicjatywy rządowej, a nie poselskiej. Ale w przypadku aneksowania umów chodzi o dwie rzeczy.

Po pierwsze, żeby jak najwcześniej było już na pewno wiadomo, żeby wszyscy wiedzieli – świadczeniodawcy, płatnik itd. – że nie będzie dużego kontraktowania w połowie przyszłego roku. Po drugie, są również inne argumenty, mianowicie na przykład, zgodnie z obecnym brzmieniem ustawy, jeśliby kontraktowanie odbywało się pod rządami obecnej, niezmienionej ustawy, to musielibyśmy kontraktować na podstawie kryteriów kontraktowania, które są już zawarte w niewydanym jeszcze rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie kryteriów. Dotychczas, przypomnę, było to oparte na zarządzeniach prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie kryteriów, a ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmieniła tę zasadę i, można powiedzieć, to jest wielkie wyzwanie, dlatego że nad tymi kryteriami jest rozporządzenie, które liczy bodajże sześćset stron. Nad tym rozporządzeniem jeszcze pracujemy. I to jest drugi argument za tym, żeby zdążyć z ustawą przed 1 stycznia. Jeśli to się uda, to wówczas ewentualne dokonywanie będą się odbywać pod rządami przepisów dotychczas obowiązujących. Tak że mam nadzieję, że również w Senacie ta ustawa uzyska aprobatę. Ja mam wrażenie, że nawet nie jest wykluczone, że uzyskamy tutaj powszechną zgodę. Bo muszę powiedzieć, że pan minister Zembala, odchodząc już, mówił, że również według niego jest taka konieczność, tak że powołuję się na jego znajomość stanu rzeczy sprzed rozpoczęcia naszego urzędowania, mam nadzieję, że będę się powoływał na jego słowa również w argumentacji, że to jest rozwiązanie potrzebne.

Jeżeli chodzi o następne plany, które są już troszkę mniej zaawansowane w zakresie legislacji, ale niebawem też ujrzą światło dzienne, to jest projekt, który nazywamy odwróceniem komercjalizacji. To będzie nowela ustawy... No, w zasadzie ona... Żle powiedziałem, ona jest tak samo zaawansowana. Dzisiaj na posiedzeniu kolegium będziemy... Tak, Panie Ministrze?

(Głos z sali: W przyszłym tygodniu.)

W przyszłym tygodniu, przepraszam. Tak że też już jesteśmy na drodze do zaprezentowania niedługo projektu ustawy, który będzie nowelizacją ustawy o działalności

lecniczej i ma zatrzymać istniejący do pewnego stopnia przymus komercjalizacji, wtedy kiedy samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ma kłopoty finansowe. Przypomnę, że tam jest kilka możliwości, ale tak naprawdę one sprowadzają się do tego, że jeśli nie ma pieniędzy, to właściwie nie tylko jest otwarta droga do komercjalizacji, ale w zasadzie jest to jedyny sposób utrzymania istnienia na przykład szpitala powiatowego – zwykle to dotyczy takich jednostek. Więc skasujemy ten obowiązek czy przymus. Tam gdzie spółki już powstały – to jest obecnie bodajże sto osiemdziesiąt kilka przypadków w Polsce – przepis będzie zakazywał sprzedaży większościowego pakietu udziałów czy akcji, tak żeby zachować publiczną własność co najmniej 51% podmiotu już skomercjalizowanego. Ustawa będzie także nakazywać funkcjonowanie tej publicznej spółki w formule non profit, z obowiązkiem przekazywania ewentualnego zysku na działalność statutową, a konkretnie na działalność leczniczą. I to jest, można powiedzieć, istota nowelizacji, którą obecnie przygotowujemy.

Bardziej odległym projektem, o którym chyba jednak trzeba koniecznie powiedzieć – bo pytanie na ten temat często pada w związku z zapowiedziami wyborczymi Prawa i Sprawiedliwości – to jest droga do finansowania z budżetu państwa i likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę państwa, tu przede wszystkim chciałbym zapowiedzieć, że to nie jest żaden projekt na już, tylko to jest raczej... Bo to jest jednak zmiana systemowa i będziemy nad nią pracować spokojnie. Myślę, że pierwszego projektu ustawy nie można się na pewno spodziewać wcześniej niż w połowie przyszłego roku, ale poprzedzą to już rozpoczęte prace eksperckie, następnie praca w szerszym zakresie z uczestnikami systemu ochrony zdrowia nad założeniami i dopiero nastąpi przygotowywanie rozwiązań ustawowych. Dzisiaj mogę powiedzieć tylko tyle, że przede wszystkim kierunek jest taki, że chcemy zrealizować konstytucyjne zobowiązanie państwa do zapewnienia wszystkim obywatelom prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Czyli chcemy uniknąć tego, co uczestnicy systemu ochrony zdrowia znają w zasadzie z codziennej praktyki, gdzie pierwszą barierą, problemem, który napotyka pacjent w placówce medycznej, jest ustalenie, czy jest ubezpieczony, czy też nie. Nawet jeśli to się odbywa w znacznej mierze automatycznie, to wiemy, że z tym też są problemy, a poza tym jest całkiem spora grupa osób, które po prostu nie mają prawa do świadczeń, bo faktycznie nie są ubezpieczone. Więc chcielibyśmy tego uniknąć. Z drugiej strony zdajemy sobie sprawę, że to rozwiązanie niesie ze sobą różnego rodzaju ryzyko, między innymi takie, że – jak mówią niektórzy eksperci – jest jakaś grupa ludzi, którzy w taki czy inny sposób rejestrują swoją działalność zawodową tylko po to, żeby mieć ubezpieczenie, a zatem istnieje pewne ryzyko, że jeśli nie będą mieli konieczności ubezpieczenia zdrowotnego, to przejdą do szarej strefy. To jest pewne ryzyko, które identyfikujemy. I dlatego wstępny projekt czy wizja rozwoju sytuacji jest taka, aby zacząć finansowanie budżetowe, jak gdyby wybierając pewnego rodzaju moduły czy pakiety z systemu ochrony zdrowia, które lepiej się do tego nadają niż inne. I obecnie na przykład w pierwszej kolejności myślimy o opiece psychiatrycznej, która w do-

datku jest gdzieś na pograniczu ochrony zdrowia i systemu opieki społecznej, i właściwie już po pewnych analizach i rozmowach z ekspertami mogę powiedzieć, że wszystko wskazuje na to, że jest to moduł, który mógłby być w ogóle finansowany wręcz nie tylko z budżetu, ale także poprzez jednolity budżet z zadaniem w postaci całościowej opieki: szpital, wokół niego na jakimś terenie rozlokowane różne placówki ambulatoryjne, a także właśnie różnego rodzaju... Tutaj zwracam uwagę na to, dlaczego taki model jest dobrym rozwiązaniem. Otóż dlatego, że przede wszystkim osoby chore psychicznie to są ludzie często wyjątkowo niezaradni. To są ludzie często mający problem właśnie z udowodnieniem faktu ubezpieczenia, a z drugiej strony jest oczywista konieczność zajęcia się nimi i wobec takiej grupy państwo ma szczególne zobowiązanie. Wczoraj byłem na posiedzeniu sekcji ochrony zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy prezydencie Rzeczypospolitej, gdzie zwracano uwagę na to, że oprócz tego, że jest taka szczególna grupa jak chorzy psychicznie, właściwie bezpośrednio z konstytucji można wywieść szczególny obowiązek państwa wobec kilku grup, które są w niej opisane, takich jak dzieci, kobiety w ciąży, osoby niepełnosprawne, osoby w starszym wieku. Więc niewykluczone że idąc tą linią, też można by się zastanowić nad takimi właśnie modułami. Dlaczego o tym mówię? Dlatego że można by nie tyle może zrobić pilotaż czy eksperyment, ile jednak w pewnym sensie, nie rujnując całego systemu, wyjmować pewne moduły, które byłyby finansowane bezpośrednio z budżetu i organizowane troszkę na innej zasadzie niż dotychczas. Ja zwracam uwagę na to, że obecnie też mamy taki moduł. Na przykład takim modułem jest Państwowe Ratownictwo Medyczne. Jak ratownicy przyjeżdżają do poszkodowanego na ulicy, to nikt go nie pyta, czy jest ubezpieczony, jemu się to ubezpieczenie należy i, wydaje się, na podstawie takiego modelu można rozwijać tę sprawę dalej. Wydaje się, że w jakimś momencie można myśleć o opiece onkologicznej też w takim wymiarze. Tam gdzie, można powiedzieć, ryzyko hazardu moralnego w sensie nadużywania świadczeń jest minimalne, tego typu rozwiązania też można wprowadzić. Ale z drugiej strony są też głosy, że takim modułem mogłaby być podstawowa opieka zdrowotna. Dlaczego? Dlatego że jest to obszar, w którym można za stosunkowo nieduże pieniądze uzyskać bardzo duży efekt zdrowotny – w zakresie wczesnych interwencji, wczesnego wykrywania chorób, ale także promocji zdrowia i profilaktyki. Na świecie jest wiele danych naukowych, które mówią, że brak dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej jest w sumie, jeśli patrzeć na koszty pośrednie, bardziej kosztowny niż ograniczanie dostępu dla osób, które w jakimś sensie nie przykładają się do finansów publicznych.

Jeśli chodzi o likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia, to też w tym kontekście nie należy widzieć tego jako projektu, którego realizacja jest bardzo bliska, ale, powiedzmy, wizja jest taka, żeby zastąpić funkcje Narodowego Funduszu Zdrowia jakąś instytucją typu centrum finansowania opieki zdrowotnej przy Ministerstwie Zdrowia oraz regionalnymi instytucjami, które funkcjonowałyby przy wojewodach. W ten sposób płatnik, ale także podmiot odpowiedzialny za zorganizowanie ochrony zdrowia byłoby, można powiedzieć, w jednym miejscu.

Z innych projektów, o których chciałbym wspomnieć, należy wskazać cały duży projekt dotyczący kadr medycznych, a w szczególności lekarzy. Zdecydowanie mamy problem demograficzny wśród lekarzy i niedostateczną ich liczbę. Obecnie przygotowujemy projekty konkretnych rozwiązań, które dotyczą dwóch obszarów.

Po pierwsze, chodzi o zwiększenie naboru na polskojęzyczne studia na wydziałach lekarskich. Przypomnę, że w Polsce jest ogromny potencjał dla zwiększenia liczby studentów polskojęzycznych, który nie jest realizowany, dlatego że po prostu uczelnie mające możliwość kształcenia większej liczby lekarzy nie otrzymują odpowiedniej dotacji i wobec tego decydują się na studentów studiujących głównie w języku angielskim. Podkreślam bardzo mocno, że to są praktycznie osoby, z których prawie żadna nie zamierza zostać w Polsce. Oczywiście to ma swoje zalety, bo uczelnie dzięki temu, można powiedzieć, mobilizują się, podnoszą poprzeczkę i nikt nie mówi o tym, żeby likwidować taką możliwość, ale z drugiej strony wydaje się, że w sytuacji braków lekarzy w Polsce powinniśmy jednak potencjał edukacyjny polskich uczelni wykorzystać przede wszystkim do kształcenia lekarzy dla Polski. Ja zwracam uwagę na to, że kształcenie lekarza trwa właściwie, realnie rzecz biorąc, około 10 lat. No więc jeśli nie zaczniemy tego robić teraz, to zaczyna to po prostu ginąć gdzieś w mgłę przyszłości. Planujemy już od 2016 r. zwiększenie naboru na studia polskojęzyczne o co najmniej 15%, a może nawet 20%. To będzie kilkaset osób więcej i, wydaje się, jest to pierwszy krok, który musi być zrobiony.

Po drugie, chcielibyśmy, żeby lekarze w Polsce byli kształceni na jak najwyższym poziomie, w związku z czym przywracamy staż podyplomowy lekarzy i to też już jest ujęte w konkretnym projekcie. Oczywiście z tym wiąże się również kwestia całego obszaru kształcenia podyplomowego. Chcemy nadal wszystkim absolwentom stażu podyplomowego gwarantować rezydenturę, czyli taki sposób specjalizowania się, który jest najlepszy. W ogóle – to już jest troszkę dalszy plan – chcemy się przymierzyć do systemu specjalizowania się. Tutaj się zrobiło coś niedobrego. Jesteśmy rekordzistami świata pod względem liczby specjalności, która dzisiaj dochodzi już do setki. Proszę państwa, zdecydowanie coś trzeba z tym zrobić. Tutaj przypominam, że w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry zawarta jest niezrealizowana od dawna delegacja do wydania rozporządzenia w sprawie węższych umiejętności. I wydaje się, że to jest też pewien klucz do ograniczenia aspiracji dotyczących wydłużania listy specjalności. Po prostu jeśli będą umiejętności, które będą nazywały węższe dziedziny medycyny, to, mam nadzieję, środowiska, które mają aspiracje, żeby właśnie określić to w taki sposób i również dawać jakieś świadectwa, będą mniej naciskać w kwestii liczby specjalizacji. Ale na pewno trzeba coś z tym zrobić.

Jednocześnie, mówiąc o specjalizacjach, chciałbym powiedzieć, że przygotowujemy się do opracowania ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. To będzie osobna ustawa. Obecnie już zacząłem zbierać ekspertów. Jest duży entuzjazm w tym zakresie wśród środowisk, które zajmują się medycyną rodzinną, i, myślę, jest duża szansa, że coś takiego powstanie. Chciałbym, aby podstawowa

opieka zdrowotna rzeczywiście była ważnym elementem... Wydaje się, że gdzieś się zagubiliśmy w ciągu ostatnich 20 lat. Na początku reformowania systemu rzeczywiście tak było, że budowaliśmy solidny system lekarza rodzinnego. Obecnie to się jakoś troszkę skrzywiło i troszkę popsuło. Chcielibyśmy wrócić do idei lekarza rodzinnego jako koordynatora zespołu, który wokół niego jest zbudowany: pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, także terapeutę czy trenerzy pomagający chorym przewlekle. I wydaje się, że można tutaj, tak jak już wcześniej powiedziałem, za stosunkowo nieduże pieniądze uzyskać zdecydowanie duży efekt zdrowotny. To oczywiście będzie wymagało także pewnej obudowy, powiedziałbym, edukacyjnej czy społecznej. Chodzi po prostu o to, żeby pacjentów zachęcić do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, a nie koniecznie z wyższych stopni referencyjności. To jest jeden z elementów, które z całą pewnością wydłużają kolejki, pogarszają dostęp do lekarzy, bo wielu pacjentów przewlekle chorych mogłoby spokojnie być nie pod stałą opieką lekarzy specjalistów, tylko właśnie pod kontrolą podstawowej opieki zdrowotnej.

Kolejną sprawą, którą będziemy się zajmować, jest nauczanie ratownictwa medycznego. Wydaje się, że docelowym rozwiązaniem powinno być ratownictwo medyczne jako coś w rodzaju publicznej służby. Obecnie realizowana jest ona między innymi w taki sposób, o którym już wcześniej wspominałem, to znaczy nie tylko przez podmioty prywatne, ale także przez podmioty, które zawierają umowy z podwykonawcami. Bardzo wielu pracowników, w tym także ratowników medycznych, funkcjonuje jako samozatrudnieni, no to jest chyba jednak jakaś patologia, trudno sobie coś takiego wyobrazić na przykład w policji czy w straży pożarnej; wydaje się, że ta służba powinna mieć charakter zbliżony do nich.

Bardzo ważnym projektem, którym będziemy się zajmować już w najbliższym czasie, jest dostosowanie polskiego prawa do nowej dyrektywy unijnej w sprawie badań klinicznych. Musi powstać nowe prawo w tym obszarze. Może to być nowelizacja prawa farmaceutycznego, ale wydaje się, że jest tak dużo różnych spraw, które wymagają uporządkowania zarówno od strony badaczy, na przykład kwestia komisji bioetycznych, jak i od strony pacjentów, uczestników badań, na przykład kwestia ubezpieczenia od ewentualnych niekorzystnych skutków badania itd., że sensowne byłoby przygotowanie odrębnej ustawy, która by regulowała problemy badań klinicznych.

No i wreszcie, zbliżając się do końca bardzo skrótowego przedstawienia tego, czym się zajmujemy, chciałbym poruszyć kwestię zdrowia publicznego. Weszła w życie... wchodzi w życie ustawa o zdrowiu publicznym. Wiele osób, które uczestniczyły w jej przygotowaniu i znają ją, uważa, że dobrze, że ta ustawa jest, ale właściwie więcej dobrego nie da się o niej powiedzieć. Jest to ustawa, która jednak jakoś zachęca, może mobilizuje do tego, żeby sprawą zdrowia publicznego zająć się bardziej na poważnie. Myślę, że niezależnie od konieczności ewentualnego poszerzenia zakresu działania tej ustawy zdajemy sobie sprawę – szczególnie państwo tutaj zgromadzeni – jak istotne jest zdrowie publiczne z punktu widzenia państwa. Bo tutaj, można powiedzieć, nie da się uzyskać efektów, że tak po-

wiem, fajnych dla polityków, w takim sensie, żeby ludzie byli od razu zadowoleni. Jednak z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, ale także wydatków na przykład w obszarze ochrony zdrowia efekty, które można uzyskać – koszt-efektywność środków przeznaczanych na zdrowie publiczne – są ogromne. W ramach zdrowia publicznego jest przygotowywany Narodowy Program Zdrowia pod rządami tej ustawy, mam nadzieję, że będziemy się zajmować nie tylko opieką zdrowotną i różnego rodzaju programami, lecz przede wszystkim akcjami na rzecz zmniejszenia ryzyka zachorowania albo wczesnego wykrywania chorób oraz zwalczania różnych plag społecznych, z którymi mamy do czynienia, a które są bardzo konkretnym zagrożeniem z jednej strony dla zdrowia Polaków, a z drugiej dla finansów publicznych. Bo starzenie się społeczeństwa jest faktem. W związku z tym pojawia się również mnóstwo dodatkowych problemów zdrowotnych, a to będzie tworzyło ogromny nacisk na finanse w służbie zdrowia, z którymi będziemy musieli sobie jakoś poradzić.

Proszę państwa, bardzo liczę na wsparcie państwa senatorów w zakresie niektórych rozwiązań, które już niedługo trafią do parlamentu, jak na przykład nowelizacja ustawy antytytoniowej, która będzie formalnie implementacją dyrektywy tytoniowej. Z tym musimy zdążyć do połowy przyszłego roku, taki jest termin implementacji. Liczę też na państwa zrozumienie, bo ustawa, za co już dostaję klapsy, będzie restrykcyjna. Nie ma się tutaj co oszukiwać. No ale liczę na to, że przynajmniej Komisja Zdrowia i pan marszałek przede wszystkim będą wspierać właśnie takie rozwiązania, bo po prostu one są jedyne, jeżeli chodzi o punkt widzenia ministra zdrowia, ale inni ministrowie będą, o czym państwo na pewno wiedzą, prezentować może jakiś inny...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, pierwszy nie, ale jeden z nielicznych rzeczywiście. Ale to, że ja nie palę, to jest, powiedzmy, może... Ja myślę, że to wbrew pozorom ma znaczenie, ale tutaj chodzi o coś więcej, prawda? Proszę państwa, nikt nie będzie zakazywał palenia. Bo to nie o to chodzi, ale... No, Panie Senatorze, chyba aż tak daleko... Nie, bo gdzieś...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kilka dni temu w jakiejś gazecie ktoś napisał, że my doprowadzimy do zakazania palenia. Chociaż trzeba powiedzieć, że w kilku krajach europejskich istnieją takie plany, może chodzi nie tyle o to, żeby zakazać palenia, ile o to, żeby wyeliminować papierosy z przestrzeni, że tak powiem, danego kraju. Finowie przyjęli mapę drogową, chcieliby w ciągu najbliższych 20 czy 30 lat – już nie pamiętam – nie mieć papierosów na swojej...

(Głos z sali: 20 lat.)

20 lat, tak. Więc ja nie mówię, że to jest moim zamiarem już teraz... Panie Senatorze, pełna zgoda, tak. Kiedyś pewnie tak. No ale na pewno nie chodzi o to, że ma to się stać pojutrze.

Proszę państwa, już zupełnie ostatnia sprawa. I proszę, żeby nie traktować tego, o czym powiem, jako zabiegu erytycznego czy czegoś w tym stylu. Ja bym chciał zmienić też w ogóle funkcjonowanie Ministerstwa Zdrowia czy sposób funkcjonowania Ministerstwa Zdrowia, jeśli chodzi o dwa aspekty podejścia do legislacji.

Po pierwsze, dialog. W pierwszym dniu swojego urzędowania, dosłownie w pierwszym dniu wysłałem sto kilkadziesiąt listów do, jak mi się zdawało, prawie wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia z prośbą o zidentyfikowanie pól, które wymagają naprawy, i dostajemy obecnie lawinę listów. Bardzo wszystkim, również poprzez państwa – zwłaszcza że niektórzy z państwa już napisali do mnie listy albo się spotkaliśmy – dziękuję za odpowiedzi. Gabinet polityczny wykonuje ogromną pracę, porządkuje to wszystko. I to będzie ważny punkt startowy, jeśli chodzi o dalszą działalność, ale również deklaruje, że dialog społeczny to nie tylko list i korespondencja w tej sprawie, ale w ogóle podejście polegające na tym, żeby tam, gdzie tylko jest to możliwe, nie skracać konsultacji, tylko wręcz odwrotnie, wydłużać je, jeśli jest to potrzebne, i prowadzić je jak najszerzej.

Po drugie, chodzi o to, żeby w miarę możliwości, tam, gdzie tylko jest to możliwe, decyzje nie wchodziły w życie natychmiast, tylko nawet jeżeli długo trwało ich przygotowanie, to żeby również data wejścia w życie przepisów była odroczone, tak żeby wszyscy mogli się do tego przygotować, oswoić się z tym, ewentualnie pomyśleć, czy jeszcze czegoś nie trzeba zmienić. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze, za zasygnalizowanie problemów, które czekają Ministerstwo Zdrowia i nas w najbliższej przyszłości.

Zanim przejdziemy do pytań, pozwolicie państwo, że udzielię głosu panu marszałkowi. Panie Marszałku, jeszcze raz dziękuję za przybycie na posiedzenie naszej komisji. Wiem, że dysponuje pan małą ilością czasu, proszę o kilka słów do nas, oczywiście proszę, aby zabrał pan głos też jako lekarz.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie i Panowie Senatorowie!

Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Faktycznie zaraz będę musiał wyjść.

Z największą uwagą wysłuchałem głosu pana ministra i bardzo dziękuję za dialog, za to, że rozmawiamy. Ja jestem senatorem dziesiąty rok i muszę powiedzieć, że jedynym ministrem, który chciał z nami rozmawiać i rozmawiał, był minister Religa. Mam nadzieję i pewność, że obecnie dialog zostanie nawiązany i będziemy rozmawiać, będziemy przekazywać sobie wzajemnie nasze uwagi, nasze pomysły, nasze spostrzeżenia. Ja muszę powiedzieć – i tak powiem politycznie – że pani minister Ewa Kopacz była u nas w Senacie jeden jedyny raz, wtedy kiedy był wniosek pana prezydenta Kaczyńskiego o ogłoszenie referendum w sprawie prywatyzacji szpitali. To była jedyna wizyta i ona miała charakter absolutnie polityczny, a nie merytoryczny. Pan minister Arłukowicz był u nas dwukrotnie w kwestiach czysto politycznych i czysto piarowskich, a nie merytorycznych, raz wtedy, kiedy zmienialiśmy naprędce ustawę o refundacji, a drugi raz wtedy, kiedy pośpiesz-

nie, bez jakiegokolwiek możliwości zgłoszenia poprawek, uwag do pakietu onkologicznego – państwo senatorowie i pan minister przypominają to sobie – przyjęto ustawę. Wtedy wołaliśmy: zmiany, zmiany, zmiany, nawet językowe. I tego nie wysłuchano i ustawę uchwalono z dnia na dzień. Bardzo źle, bardzo niedobrze. Dlatego że zmiany i poprawki, które my zgłaszaliśmy, obecnie będą... Pan minister nie mówił o pakiecie onkologicznym, ale zapewne będzie się to w dużej mierze pokrywało właśnie z naszymi uwagami i propozycjami zmian legislacyjnych. A również wizyta pana ministra Arłukowicza związana z nowelizacją ustawy o refundacji dotyczyła dokładnie poprawek, które Senat chciał wprowadzić, a jednak ministerstwo wtedy postawiło na swoim i wprowadziło ustawę w bardzo szybkim tempie bez konsultacji z Senatem.

Bardzo cieszę się ze słów pana ministra, że dialog będzie stałym elementem funkcjonowania ministerstwa. Zresztą, jak niektórzy z państwa pewnie sobie przypominają, organizowane przeze mnie konferencje w poprzedniej kadencji rozpoczynały się właściwie od jednego, od tego, że brakuje dialogu, brakuje rozmowy i nie ma z kim rozmawiać. Tak że bardzo dziękuję panu ministrowi za obecność i bardzo dziękuję za to, że pan minister przekazał całą garść informacji, tych, które dotyczą spraw bieżących, i tych, które dotyczą spraw w przyszłości. Niezwykle cieszy mnie projekt, który będzie realizowany z niewielkimi modyfikacjami, ale idącymi w bardzo dobrym kierunku, mówię o darmowych lekach dla osób powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia. To też, muszę powiedzieć, jest wynik właśnie dialogu. Ta ustawa nie wzięła się z sufitu, nie wzięła się z jakiegoś kaprysu i nie wzięła się z piaru, tylko wzięła się właśnie z dialogu. Podczas naszych wielogodzinnych rozmów były również przekazywane informacje, jakie są rozwiązania w innych krajach, jak traktuje się tam ułatwienie dostępu do leków, do niezbędnych świadczeń medycznych, które de facto później zmniejszają koszty leczenia, o czym mówił pan minister. To ustawa o zdrowiu publicznym, to ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, to też łatwiejszy dostęp do leków, co w ogólnym rozrachunku w znacznym stopniu wpływa na obniżenie kosztów leczenia.

Dziękuję panu ministrowi również za uwagi dotyczące kadr medycznych, i pielęgniarek, i lekarzy. Faktycznie przed nami jest olbrzymi problem.

Dodam jeszcze kilka słów do poruszonego przed chwilą wątku ustawy antytytoniowej. Jeśli są takie trendy na świecie i są kraje, które chcą doprowadzić nie do zakazu, tylko do wyeliminowania palenia tytoniu, to trzeba iść tą drogą, bo wiemy oczywiście, jak wielkie spustoszenie niesie ten nałóg. Doświadczeni lekarze doskonale o tym wiedzą, ale też całe nasze społeczeństwo i cieszę się, że podnosi się świadomość społeczna.

A jeśli chodzi o to, o czym powiedziała pani senator, to faktycznie z wyłączeniem pana profesora... Nie wiem, tutaj... Znak zapytania co do pana profesora Zembali. Poprzedni ministrowie niestety palili papierosy i to ich błąd. Więc determinacja w walce o zakaz palenia tytoniu pewno była mniejsza.

Tak że ja cieszę się na dialog. Cieszę się na zmiany. Cieszę się na trendy, które wynikają po prostu z oceny tego, co się do tej pory działo. Komercjalizacja, to, że

istotniejszy był pieniądź niż pacjent, spowodowała, że potrzeba zmiany. Zresztą społeczeństwo w jednych i drugich wyborach w tym roku powiedziało: „Oczekujemy zmian. Są potrzebne zmiany”. I te zmiany, o których pan minister mówił, idą w tym kierunku. Rzecz jasna, nie da się zrobić wszystkiego bardzo szybko, to, o czym pan minister mówił, zmiana finansowania systemu opieki zdrowotnej, to jest zadanie długofalowe i cieszę się, że jest tu... Na marginesie powiem, że to, o czym mówił pan minister, jeśli chodzi o chorych psychicznie, to też jest pięta achillesowa naszego systemu. To przecież tu, w Senacie, uchwalaliśmy jeszcze z byłym przewodniczącym świętej pamięci panem doktorem Sidorowiczem Narodowy Program Zwalczenia Chorób Psychiczych. On się zawalił. To nie funkcjonuje w ogóle i to bardzo źle. Bo on powstał tylko na papierze i nie jest realizowany, a wszyscy wiedzieliśmy i wiemy, jak wielki to jest problem, jak wielka potrzeba, jaką wielką troską powinno się otoczyć chorych psychicznie, i że należy zmienić filozofię opieki psychiatrycznej. Bardzo dziękuję panu ministrowi, że ministerstwo zwraca na to uwagę w tak istotny sposób. Sam byłem zaproszony przez konsultanta krajowego do odwiedzenia kilku oddziałów psychiatrycznych, więc widziałem naocznie, jak wiele zmian tam potrzeba i jak potrzebna jest zmiana filozofii opieki nad psychicznie chorymi.

Panie Ministrze, życzę i panu, i zespołowi, który tutaj pan minister przedstawił, powodzenia. Bo na pewno problemów jest dużo więcej. Powiedział pan o bardzo istotnych sprawach finansowych dotyczących podwyżek dla pielęgniarek. Z jednej strony bardzo mnie to cieszy, bo ja wiem, że pielęgniarki zarabiają mniej, z drugiej strony wiem – albo jeśli nie wiem, to czuję intuicyjnie – że to może być bomba z opóźnionym zapłonem podobna do tego, co nazywało się ustawą 203. Bo to później spowodowało olbrzymie problemy finansowe szpitali, ciągnące się... No może to był początek bardzo dużych problemów. Chciałbym, żeby nie doszło do powtórki.

Cieszy mnie również to, że pan minister zwrócił uwagę na kształcenie lekarzy. Chodzi też o to, o czym głośno tutaj mówiliśmy. Wołaliśmy: nie likwidujcie staży, bo studia medyczne są najtrudniejszymi studiami, są bardzo odpowiedzialne, bardzo ważne. Skrócenie studiów de facto o rok było wyjątkowo nierozsądnym posunięciem. Cieszę się, że zostanie to odwrócone.

Na koniec – bo faktycznie mam mało czasu, mam swoje inne obowiązki – życzę panu ministrowi i całemu zespołowi jak najwięcej dobrych efektów państwa pracy. Chodzi o to, żeby nasza polska służba zdrowia rozwijała się w dobrym kierunku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Marszałku.

Liczę na to, że choć nie jest pan członkiem Komisji Zdrowia, to będzie pan nas odwiedzał.

(*Senator Stanisław Karczewski: Będę.*)

Będziemy wysyłali zaproszenia na posiedzenia naszej komisji.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, liczę na to. Dziękuję za spotkanie.

Przepraszam bardzo za to, że muszę już iść, chętnie wysłuchałbym pytań i opinii, ale nie dam rady. Na pewno przeczytam stenogram.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękujemy bardzo.

(*Senator Stanisław Karczewski:* Dziękuję bardzo. Do widzenia.)

Proszę państwa, ja też – tak jak pan marszałek – liczę na to, że nasze posiedzenia komisji będą czysto merytoryczne. Wiem, że niestety nie uciekniemy od polityki, która zawsze będzie w jakiś sposób determinowała nasze wypowiedzi. Myślę jednak, że głos merytoryczny zawsze będzie głośno wybrzmiewał w czasie obrad naszej komisji.

Teraz przejdziemy do zadawania pytań panu ministrowi. Myślę, że przyjmiemy taką formułę: 3 senatorów będzie zadawało pytania. Prosiłbym o dość krótkie pytania, żeby pan minister w miarę szybko mógł się do nich ustosunkować. Po prostu 3 osoby zadadzą pytania, a potem pan minister udzieli odpowiedzi. Chodzi o to, żeby można było prościej odpowiadać.

Pani przewodnicząca Dorota Czudowska.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, mam pytanie. W naszym systemie jest wiele podmiotów niepublicznych działających na rynku na podstawie kontraktowania z NFZ, a przedtem z tak zwanymi kasami chorych. Ci, którzy źle rozumieją pana słowa, mówią już o tym, że to wszystko zostanie zlikwidowane. Proszę powiedzieć, czy rzeczywiście tak będzie. Wyłączając te jednostki, które nie zmieszczą się na mapie potrzeb... Może będą one musiały coś ze sobą zrobić, ale czy utrzymujemy... Istnieje wiele ośrodków niepublicznych pełniących swoje... Może teraz nie wyrażam się precyzyjnie, bo według ustawy o zakładach opieki zdrowotnej są to podmioty niepubliczne, a teraz mówi się o podmiotach gospodarczych, przedsiębiorstwach podmiotów publicznych. Nie przyzwyczaiłam się jeszcze do tej nomenklatury. Są także ośrodki działające dzięki fundacjom kościelnym i inne. Czy one zmieszczą się w planach mapowania potrzeb zdrowotnych? Dziękuję.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Leszek Czarnobaj.

Jestem senatorem opozycji, ale chciałbym powiedzieć, że na Pomorzu największa w historii współpraca pomiędzy placówkami medycznymi odbywała się w latach 2005–2007, za czasów pana ministra Religi. Pilotaż dotyczący sieci usług był realizowany między innymi na Pomorzu. Ważne jest to, co dotyczy zdrowia. Dobrze byłoby, gdybyśmy odłożyli na bok to, co dotyczy polityki. Chciałbym zadać kilka pytań.

Panie Ministrze, jeśli można prosić... Chodzi o to, o czym mówiła tutaj pani przewodnicząca, czyli o kwestię pojęcia „publiczny system ochrony zdrowia”. Czy bierzemy pod uwagę organ założycielski, czy korzystanie ze środków publicznych? To zawsze był dylemat. Czy podmiot prywatny w 100%, 99% lub 90% korzystający ze środków publicznych powinniśmy traktować jako podmiot publiczny?

Jeżeli chodzi o kwestię finansową – mówił o tym pan minister – to czy policzyliście państwo to, co dotyczy projekcji finansowej na cztery lata lub na najbliższy rok? Chodzi o to wszystko, o czym mówił pan minister, czyli o podwyżki płac – rozumiem, że będzie to ileś kosztowało – i zwiększenie liczby studentów uczących się na polskich uczelniach. Czy jest jakaś wyobrażalna liczba dotycząca rocznych potrzeb, w związku z którymi pan minister mógłby zabiegać, starać się o zwiększenie finansowania?

Mam jeszcze dwa króciutkie pytania. Panie Ministrze, ja w ogóle jestem bardzo zadowolony z tego, co pan tutaj powiedział. Życzę panu, żeby to wszystko zostało zrealizowane. Pan minister powiedział o kwestii dotyczącej odwrócenia komercjalizacji. Rozumiem, że zakłada się to, o czym pan mówił, czyli zniesienie przymusu, zakaz sprzedaży udziałów powyżej 51% i zasadę non profit. To są trzy elementy dotyczące... Czyli nie mówimy tutaj o... Zaraz może roznieść się informacja, że zostaną zlikwidowane wszystkie podmioty lecznicze działające w ramach spółek prawa handlowego. Nie. Rozumiem, że chodzi o te trzy elementy. Jeśli można byłoby to uszczegółowić, to bardzo proszę.

Nie chcę za dużo mówić, wypowiem się jeszcze tylko na temat kadr.

Panie Ministrze, dzisiaj na polskich uczelniach studiuje 26 tysięcy studentów, tak? Tak tutaj przeczytałem. W stosunku do 2003 r. jest to dwa razy większa liczba, a jednak zajmujemy prawie przedostatnie miejsce w Europie pod względem liczby lekarzy przypadających na 1 tysiąc mieszkańców. Na 1 tysiąc mieszkańców przypada 2,2 lekarza. Chyba tylko Macedonia i Turcja zajmują miejsca za nami. Ciekawi mnie opinia pana ministra. Czy przyczyną takiego wyniku jest to, że tak wielu lekarzy wyjeżdża? Nie wiem. Co powoduje, że jest taki wskaźnik? Przeczytałem, że około 10% lekarzy wyjeżdża. Nawet jeśli 10% wyjedzie, ten wskaźnik powinien wzrastać, a nie wzrasta. Panie Ministrze, czy jedynym panaceum na tę sytuację jest zwiększenie liczby studentów, na przykład o 20%, czyli o około 4 tysiące? Czyli byłoby nie 26 tysięcy studentów, a około 30 tysięcy. Czy to poprawi sytuację? Może są jeszcze inne przyczyny.

Powiem o jeszcze jednej kwestii, która jest z tym związana. Pan minister lekko do tego nawiązał. Rozumiem, że jeśli chodzi o strategię ministerstwa w zakresie wynagrodzeń, to dotyczy ona już nie tylko pań pielęgniarek, ale także wszystkich pozostałych pracowników służby zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

W tej turze wypowie się jeszcze pan senator Łyczak.

Proszę bardzo.

Senator Józef Łyczak:

Panie Ministrze! Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Uważam, że właśnie ta forma, której dzisiaj przestrzegamy, jest bardzo dobra. Poza wykonywaniem naszej zasadniczej pracy w parlamencie powinniśmy przekazywać informacje, które otrzymujemy w terenie w czasie spotkań. Chciałbym przekazać trzy kwestie.

Pierwsza sprawa. Zwróciło się do mnie Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej. Skierowało ono kilkanaście postulatów do poprzedniej ekipy – nie będę ich czytał, żeby nie przedłużać – która totalnie to zignorowała. Odczytam jeden z nich: „Chcemy, by nasze dzieci leczyli lekarze, nie urzędnicy. Z niezrozumiałych dla nas powodów o kwalifikacji do programów nie decydują lekarze, którzy na co dzień widzą nasze dzieci, tylko właśnie urzędniczy i bezduszny system”. Przejdę do króciutkiego pytania. Czy Ministerstwo Zdrowia ma jakieś plany wobec pacjentów reumatologicznych? Proszę o odpowiedź.

Drugi problem, który zaczyna narastać, przynajmniej bardzo niepokoi pacjentów szpitali powiatowych, jest taki, że dyrektorzy szpitali nie podpisują albo nie chcą podpisywać kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia z uwagi na proponowane stawki. Dodam, że bardzo niepokoi również fakt – ja mieszkam na Kujawach – że wobec problemów, z jakimi borykają się szpitale powiatowe... Nie można odnieść tego do prywatnych przychodni, które mają się bardzo dobrze, przynajmniej tak jest w Ciechocinku. To budzi niepokój. Czy nie można czegoś zrobić w tej kwestii? Pojawiają się podejrzenia, że rozdział środków, których brakuje – jak wszyscy wiemy, powinno być ich dużo więcej – jest nie do końca sprawiedliwy.

Trzecia sprawa. Chciałbym zapytać o zmianę systemu finansowania. Pan minister już bardzo dużo powiedział na ten temat, za co serdecznie dziękuję. Odczucia społeczne są takie, że trzeba jak najszybciej dokonać zmiany systemu, co będzie chroniło przed pewnym patologicznym procederem, który ma miejsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Panie Ministrze, proszę o udzielenie odpowiedzi.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Dziękuję za pytania.

Pani przewodnicząca Czudowska zapytała o przyszłość, w gruncie rzeczy o to, jak będzie wyglądała sytuacja placówek w zależności od własności: publicznych, niepublicznych. Proszę państwa, ja myślę, że... W gruncie rzeczy to pytanie się powtarza. Przede wszystkim trzeba powiedzieć tak: w jakimś zakresie odpowiedzialność spoczywa na ministrze zdrowia czy państwie, a w jakimś już nie, prawda? Zakres odpowiedzialności państwa obejmuje choćby realizację konstytucyjnego zobowiązania do tego, żeby wszystkim obywatelom na równych zasadach zapewnić

dość do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Moim zdaniem jest to zobowiązanie do zorganizowania jakiegoś systemu, który w mniejszym lub większym stopniu będzie systemem publicznym.

Czy ten system publiczny musi być oparty na publicznych jednostkach, placówkach? Można powiedzieć, że... Oczywiście na świecie są rozmaite rozwiązania w tym zakresie. W związku z tym, że Polska dysponuje bardzo dużą liczbą placówek publicznych, zwłaszcza szpitali, wydaje się, że w naturalny sposób będą one tymi placówkami, o których w pierwszej kolejności pomyślimy jako o elementach czy głównych składnikach systemu publicznego. Czy to znaczy, że niepubliczne albo po prostu prywatne placówki znajdują się poza tym systemem? Oczywiście nie, z tym że zwracam uwagę na to... Zresztą pani przewodnicząca też miała kłopot z tym, którą placówkę nazywać publiczną, a którą niepubliczną.

Zdecydowanie można powiedzieć, że jest dzisiaj chaos w tym zakresie. Ja zawsze mówię tak: gdy z jednej strony jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, o którym wiadomo, że od zawsze był publiczny, a z drugiej strony jest placówka, którą ktoś zbudował po prostu za własne pieniądze – zainwestował wiele pieniędzy i oferuje jakieś świadczenia – to sytuacja jest dość klarowna. Jest jednak mnóstwo różnych pośrednich sytuacji, które w ogóle bardzo trudno określić, nawet z punktu widzenia prawa. Nie wchodząc już w szczegóły, chcę powiedzieć, że jest też całkiem spora liczba takich świadczeniodawców – mówię językiem ustawy o świadczeniach – którzy właściwie, można powiedzieć, są niepublicznymi albo po prostu prywatnymi świadczeniodawcami, ale funkcjonują w całkowicie publicznym budynku. W Polsce jest bardzo wiele takich miejsc, gdzie publiczny szpital wynajmuje prywatnym placówkom swoje części, skrzydło, oddział. Zdarza się, że nawet cały szpital jest wynajmowany, ale już nawet nie mówię o takiej sytuacji. Bywa, że szpital jest zadłużony, tonie w długach, ma ogromne problemy, a placówka, która funkcjonuje we fragmencie jego budynku, ma się świetnie. Moim zdaniem to są najtrudniejsze sytuacje.

Powiedziałbym tak: nie chcę rzucać kamieniem w kogoś konkretnie... Chodzi o kręcenie lodów, jak to się brzydko mówi. Mam wrażenie, że właśnie pod tym względem kwestia ta jest najbardziej ryzykowna. Powiedziałbym, że oczywiście widzę możliwość wpuszczenia do systemu... Może nawet nie trzeba ich wpuszczać, po prostu chodzi o funkcjonowanie w systemie publicznym placówek, które rzeczywiście są niepubliczne albo nawet prywatne, nastawione w jakimś sensie na zysk. Największy kłopot jest chyba jednak właśnie z tymi placówkami, które są instytucjami pośrednimi.

Generalnie powiedziałbym tak: nie przesądzając o rozwiązaniach, które dopiero są przygotowywane, chcę zaznaczyć, że podstawowym mechanizmem wpływającym na dopuszczenie do systemu publicznego musi być oczywiście z jednej strony mapa potrzeb zdrowotnych, a z drugiej strony coś, co nazywamy siecią szpitali. Kryterium będącym u podłoża tego wszystkiego jest jakość opieki zdrowotnej. Nie wyobrażam sobie, żeby konstruować na przykład sieć szpitali bez jakiegoś rodzaju akredytacji zawierającej przynajmniej niektóre wymogi, które musi spełnić każdy

szpital kwalifikowany do systemu publicznego. Chodzi na przykład o system zarządzania jakością, system zarządzania ryzykiem. Takim bardzo poważnym wskaźnikiem służącym do oceny placówek funkcjonującym w wielu krajach jest prezentacja wyników, w tym wyników dotyczących zdarzeń niepożądanych, zakażeń szpitalnych, operacji, przeżyć itd. Wydaje się, że... Być może nie da się wprowadzić takiego wymagania z dnia na dzień, ale powinniśmy dążyć do tego, żeby szpitale czy w ogóle placówki, które znajdują się w systemie publicznym, prezentowały tego typu jakość.

Pan przewodniczący Czarnobaj w zasadzie też pytał o to, co należy rozumieć przez pojęcia „podmiot publiczny” czy „sektor publiczny”. Powtarzam: w sektorze publicznym oczywiście mogą funkcjonować także placówki niepubliczne.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy pieniądze zostały policzone? Jeśli chodzi o pieniądze, to oczywiście zawsze jest to najtrudniejsza kwestia. Tak jak już powiedziałem, podwyżki zostaną wprowadzone stopniowo. W pierwszym roku podwyżki na przykład dla pielęgniarek wyniosą niecały 1 miliard zł, ale w ciągu czterech lat będzie to prawie 20 miliardów zł, ponieważ będzie się to kumulowało. Gdybyśmy chcieli dać podobne podwyżki innym... Ja przepraszam, może trochę żongluję tymi liczbami, ujmuję je z grubsza, ale niewykluczone, że będzie drugie tyle. Gdybyśmy chcieli dać podwyżki na poziomie oczekiwanym przez pielęgniarki... Podkreślam, że wiele z nich jest niezadowolonych z podwyżek. Spory zbiorowe, referenda strajkowe, o których mówiłem, odbywają się nawet w placówkach, w których dyrektorzy normalnie wypłacają już pieniądze zgodnie z porozumieniem z ministrem Zembalą. Tak że można powiedzieć, że to nie jest koniec.

Jeżeli chodzi o środki potrzebne na zwiększenie naboru na studia, to na przykład w przyszłym roku, w 2016 r., będzie to 20 milionów zł. Tak że nie będzie to jakaś wielka suma.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Oczywiście będzie się ona kumulowała w ciągu następnych lat, zwłaszcza jeśli utrzymamy, powiedzmy, około 500 dodatkowych studentów nie tylko w przyszłym roku, ale także w ciągu następnych 5 lat, i być może jeszcze zwiększymy nabór.

W tym kontekście pytał pan zresztą również o... Jest takie zasadnicze pytanie: czy zwiększanie liczby studentów przyjmowanych na studia jest jedynym sposobem rozwiązania problemu demografii lekarskiej? Pewnie nie jest to jedyny sposób. Jeśli chodzi o emigrację lekarzy, to można powiedzieć tak: zaraz po wejściu Polski do Unii Europejskiej nastąpiła po prostu katastrofalna sytuacja, emigrowało ponad 2,5 tysiąca lekarzy rocznie. W tej chwili liczba ta jest zdecydowanie mniejsza, ale nadal znacznie przewyższa na przykład liczbę lekarzy przyjeżdżających do Polski, bo jest i taka grupa.

O ile dobrze pamiętam, w ubiegłym roku, w 2014 r., wyjechało chyba około 700 osób, mówię tak z pamięci. Liczba tych, którzy przyjeżdżają, mieści się w granicach bodajże 150, 200 osób, więc na pewno cały czas jesteśmy na minusie. Myślę, że jeszcze długo tak będzie, aczkolwiek trzeba też zdawać sobie sprawę z tego, że czasem emigracja lekarzy nie jest emigracją na stałe. Są też korzystne efek-

ty. Chodzi nie tyle o emigrację, ile o wyjazdy lekarzy. Są tacy lekarze, którzy wyjeżdżają na jakiś czas za granicę i wracają. W ostatnim czasie z całą pewnością... Trudno kontrolować to zjawisko, bo nie ma dzisiaj obowiązku meldunkowego, a lekarze, którzy wyjeżdżają, z reguły nie zrzekają się prawa wykonywania zawodu. Gdy przyjeżdżają, po prostu podejmują pracę, więc nie tak łatwo ich zidentyfikować. Nazwijmy to tak środowiskowo... W końcu jestem lekarzem, dotychczas byłem działaczem samorządu, więc też jakoś widzę tę sprawę. Fala powracających jest całkiem spora, widać ją, ma ona korzystny wpływ, bo lekarze przyjeżdżają z nową wiedzą, doświadczeniami z innych krajów, także na przykład w zakresie rozwiązań organizacyjnych itd.

Jeżeli chodzi o różnego rodzaju inne czynniki powodujące, że lekarze będą chcieli zostać w Polsce, to niewątpliwie będzie to między innymi cały pakiet dotyczący kształcenia podyplomowego, o którym wspominałem. Nieprzyjazny system rozwoju zawodowego, zwłaszcza specjalizowania się, jest jednym z silnych czynników wpływających na decyzje młodych lekarzy. Chciałbym doprowadzić na przykład do takiej sytuacji, żeby jednym z atrybutów jednostki publicznej – mówię to à propos tej publiczności niektórych placówek – która ma możliwość kształcenia, było kształcenie także w zakresie specjalizacji. Chodzi o to, żeby nie było to, że tak powiem, opcjonalne. Jednostka publiczna powinna być gotowa do kształcenia lekarzy w zakresie specjalizacji, jeśli oczywiście ma do tego warunki. Chodzi o to, żeby nie było tak, że może ona wystąpić o akredytację lub nie.

Pytał pan również o kwestię... Nie zapytał pan o to wprost, ale rozumiem, że chodziło o to, czy są plany nacjonalizacji spółek. Tak zrozumiałem to pytanie. Nie ma takiego planu. Chcielibyśmy, żeby ostoją systemu publicznego były placówki, które mają charakter publiczny, dlatego zatrzymujemy trend związany z komercjalizacją, a następnie prywatyzacją. Powiedziałbym, że szczególnie prywatyzacja jest kwestią, której nie chcielibyśmy kontynuować. Jest niewielka liczba spółek, które już zostały skomercjalizowane.

Panie Ministrze, pamięta pan?

(Głos z sali: 167.)

Nie, nie. 167 zostało skomercjalizowanych, a te, które sprzedały więcej niż połowę... Jest kilkadziesiąt takich spółek, chyba 20, 30.

(Głos z sali: Około 27 spółek.)

27 spółek sprzedało udziały w różnym zakresie, na razie nie jest to duża liczba. Są takie, które sprzedały 100% udziałów. Oceniamy to jako niekorzystny trend. Oczywiście jeśli chodzi o te spółki, w których doszło do takiego zjawiska, to uważamy, że jakoś trzeba będzie z tym żyć. W tej chwili nie ma planu nacjonalizacji czy renacjonalizacji, rekomunalizacji, czy jeszcze czegoś. Faktem jest to, że... Rzeczywistość niektórych krajów, w których funkcjonują publiczne systemy opieki zdrowotnej finansowane właśnie szczególnie z budżetu, jest taka, że generalnie toczy się wielka dyskusja na temat tego, czy w systemie publicznym finansowanym z publicznych pieniędzy powinno pojawiać się pojęcie zysku. Jest tak na przykład w Szwecji. Kwestia tego, czy powinna być możliwość uzyskiwania jakichś pro-

fitów ze świadczenia usług na rzecz sektora publicznego, jest bardzo poważnym problemem. To wcale nie jest prosty problem, po prostu go sygnalizuję. W jakimś sensie system publiczny ma płacić, że tak powiem, po kosztach.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Słucham?

(Głos z sali: Non profit...)

Non profit, no tak, ale w przypadku spółek, które są zupełnie prywatne, to już nie jest takie proste, prawda? Po prostu sygnalizuję, że jest pewien problem, z którym na pewno trzeba będzie sobie jakoś poradzić.

Pytał pan o wynagrodzenia, ale właściwie nie zanotowałem dokładnie...

(Senator Leszek Czarnobaj: Chodzi o to, czy te pozostałe grupy...)

Pozostałe grupy. Tak jak powiedziałem, rozpocząłem wstępne rozpoznanie dotyczące tego, jak inne związki zawodowe widziałyby taką ogólną regulację ustawową w tym zakresie. Muszę powiedzieć, że jest to życzliwie przyjmowane. Oczywiście zdaję sobie sprawę z tego... Nie jestem aż tak naiwny, żeby sądzić, że ustawa, którą uchwalimy z odpowiednim *vacatio legis* albo terminem wejścia w życie, zadowoli wszystkich. Poza tym na pewno trzeba będzie mieć bardzo dużo cierpliwości i takie, powiedziałbym, koncyliacyjne podejście do tych relacji, bo dzisiaj po prostu... Jeden z argumentów, które padają, jest taki: jak to jest, że ktoś... Nie będę już mówił o konkretnych zawodach. Pojawiają się pytania: „Dlaczego tamci zarabiają tak dużo, skoro ja zarabiam tak mało?” albo „Dlaczego tamci zarabiają więcej niż ja?”. To jest duży problem. Wydaje się, że gdybyśmy, powiedzmy, tak na sucho rozważyli sprawę, to stwierdzilibyśmy, że oczywiście jest to, że są grupy zawodowe, które powinny zarabiać więcej, inne powinny zarabiać mniej. Po pierwsze, te grupy, które zarabiają mniej, muszą zarabiać godnie, a po drugie, powstaje pytanie, jaki ma być ten...

(Głos z sali: Jaka ma być różnica.)

Chodzi o to, jaka powinna być różnica czy wielokrotność wynagrodzenia itd. Myślę, że to nie będzie łatwe. Czy szybko nie pojawi się jakiś nacisk... W zasadzie mogę powiedzieć tak: pojawi się, już pojawia się nacisk na uchwalenie specustawy, takiej jak tak zwana ustawa wedłowska, taki nacisk też istnieje. Zdecydowanie nie chciałbym ulegać temu naciskowi, ale nie wiem, czy to się uda. Zresztą jestem nie do końca właściwym adresatem tego pytania. Jeżeli pojawiłaby się taka kwestia, to – powiedzmy sobie szczerze – pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia po prostu nie miałby z czego tego sfinansować. Jeżeli w następnym roku trzeba byłoby dodatkowo wydać na przykład 2 miliardy zł, to... Po prostu nie ma takich pieniędzy, chyba że będziemy ciąć kontrakty, a wtedy pojawi się pytanie dotyczące szpitali powiatowych.

Pan senator Józef Łyczak zadał mi pytanie o reumatologię. Mogę powiedzieć tak: przed chwilą dostałem – chyba w tej samej sprawie – list od... Zobaczymy, co z nim zrobimy. Ja muszę...

(Głos z sali: To jest to samo.)

On chyba inaczej wygląda, ale dotyczy tej samej sprawy, to znaczy leczenia reumatologicznego dzieci czy osób młodych. W tej chwili po prostu nie odpowiem, co z tym

zrobimy. Musimy rozważyć, czego tak naprawdę dotyczy problem. Prawdopodobnie dotyczy on drogich leków. Tak myślę jako lekarz, prawdopodobnie dotyczy to leków biologicznych czy... Widzę, że pan prezes kiwa głową, tak że sprawa jakoś tam została rozpoznana.

Proszę państwa, oczywiście nie może być tak, że będziemy reagować na zasadzie: w tej sprawie trzeba coś załatwić. Najpierw trzeba dokładnie rozpoznać sprawę, zobaczyć... Ja mogę państwu powiedzieć, że w tym zakresie... Nie ma z nami pana ministra Krzysztofa Łandy, który zajmuje się sprawami dotyczącymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, leków, a także koszyków świadczeń czy koszyka świadczeń gwarantowanych. Muszę powiedzieć, że jest sporo do zrobienia w tym zakresie. Gdy przyjrzelibyśmy się między innymi rozporządzeniom koszykowym... Nie wiem, czy państwo pamiętają, jak powstawały te rozporządzenia. Kilka lat temu, kiedy weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach, rozporządzenia koszykowe musiały powstać w ciągu miesiąca czy dwóch miesięcy, w zasadzie wszystkie zostały wtedy przepisane z historii Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie chcę być złośliwy, ale gdy teraz przyjrzymy się tym rozporządzeniom, to zobaczymy, że naprawdę są tam takie pozycje, które z jednej strony po prostu nie licują z nowoczesną medycyną, a z drugiej strony świadczą o... Nawet nie o to chodzi, bo prawdopodobnie nie wydajemy na te pozycje ani grosza, ale świadczy to o tym, że koszyk ten wymaga po prostu przewietrzenia i przejrzenia przede wszystkim w oparciu o ocenę technologii medycznych. Niewątpliwie jest to też pewnego rodzaju, nie chcę powiedzieć źródło oszczędności, ale argument za bardziej racjonalnym wydawaniem naszych ograniczonych środków. To samo jest zresztą z lekami. W kwestii leków też jest dużo do zrobienia.

Szpitala powiatowe. Proszę państwa, w tej chwili jestem w potrzasku. Z jednej strony – nie wiem, czy państwo wiedzą – dosłownie parę tygodni przed odejściem z resortu pan minister Zembala podpisał rozporządzenie w sprawie możliwości zwiększenia wynagrodzenia w szpitalach klinicznych, podwyższenia ceny za jeden punkt. To jest prawo, które dostał Narodowy Fundusz Zdrowia. Z drugiej zaś strony jest nacisk, o którym pan mówi. Szpitala powiatowe twierdzą, że są poszkodowane, wręcz dyskryminowane w niektórych obszarach. Dostają też takie sygnały, że są dyskryminowane w zakresie przyznawania pieniędzy unijnych, które w tej chwili są do dyspozycji. Rzeczywiście jest to bardzo trudna sprawa. Po prostu jest za mało środków. Myślę, że... Mam do państwa taki apel: chodzi o to, żeby jednak dało się wspólnie rozwiązać problem, który nie od dzisiaj widzą wszyscy zaangażowani w system ochrony zdrowia. Bez pieniędzy poprawa bezpieczeństwa pacjentów, poprawa jakości opieki zdrowotnej jest możliwa dzięki różnym ruchom organizacyjnym, ale w bardzo ograniczonym zakresie. Tych pieniędzy... Po prostu musimy brać pod uwagę to, jak postępują inne kraje. Gdy patrzymy na sytuację w krajach o podobnej historii, o podobnej zamożności – mówię na przykład o Czechach, Słowacji – i widzimy, że wydają one o 50% więcej na zdrowie, to musimy zdawać sobie sprawę... Co to oznacza? To oznacza, że w porównaniu z tamtymi systemami w naszym

systemie brakuje łącznie 30 miliardów zł. Mniej więcej tak trzeba to policzyć. My wydajemy ze środków publicznych niewiele ponad 4% PKB, a tamte kraje 6%, 6,5%, 6,8%. Ja już nie mówię o krajach zachodnich, które wydają 11%. Jest to po prostu wielkie wyzwanie dla wszystkich, którzy w jakikolwiek sposób mogą wpływać na decyzje będące już zupełnie poza moim zasięgiem.

Pan senator pytał jeszcze o kwestię, powiedziałbym, sprawiedliwości wobec prywatnych i publicznych placówek. Wydaje się, że rzeczywiście musimy odnieść się bardziej do planowania, do odpowiadania na rzeczywiste potrzeby. Będzie temu służyć przegląd, o którym mówię, między innymi odpowiednia taryfikacja świadczeń zdrowotnych. Chodzi o to, żeby nie było takich rodzajów, usług, które opłaca się wykonywać. Przez przypadek – albo nie tylko przypadek – wykonują je podmioty, które powstają jako zupełnie prywatne placówki, a jeszcze częściej właśnie sprywatyzowane części publicznych placówek, publiczne zaś zostają z resztą spraw. Oczywiście nie może tak być.

(Senator Dorota Czudowska: Z zakalcem.)

Z zakalcem, jak mówi pani przewodnicząca.

Ostatnia kwestia. Pan nawołuje do tego, żeby zrobić to jak najszybciej. Ja pozostanę jednak przy swoim, chciałbym zrobić to jak najlepiej.

(Senator Józef Lyczak: Oczywiście. Ważne, żeby było to dobrze zrobione.)

Tak. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Przechodzimy do następnej tury pytań.

Teraz wypowie się pan senator Stanisławek.

Bardzo proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, na wstępie chciałbym pogratulować panu i pana współpracownikom. W tak krótkim czasie – uważam, że był to czas bardzo intensywnej pracy, ale był on bardzo krótki – pan minister zaprezentował kompleksowe rozwiązania systemowe obejmujące w zasadzie wszystkie dziedziny. Tak że dużo pytań odpadło.

Niestety każda reorganizacja dotyczy lekarzy. W systemie kontraktacji i pracy mimo wszystko najważniejszy jest lekarz. Chciałbym zadać pierwsze pytanie. W wyniku rozporządzenia pani minister Kudryckiej zaakceptowanego przez panią premier Kopacz uniwersytety medyczne stały się szkołami zawodowymi ze wszystkimi negatywnymi skutkami. Do szkolenia lekarzy nie potrzeba zaplecza naukowego ani klinicznego. W związku z tym mam prośbę i pytanie: czy pan minister widzi ten problem i przywróci uniwersytetom medycznym tak zwany profil ogólnoakademicki? To jest jedna sprawa.

Druga sprawa. Cieszę się, że ministerstwo planuje zwiększenie limitu przyjęć na studia. Odpowiedziałbym jeszcze na pytanie senatora. Wtedy, gdy ja kończyłem studia na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, kończyło je czterysta sześćdziesiąt osób. W tej chwili kończy je dwieście

osób, będzie ich troszkę więcej. Taka jest różnica. My nie zdołamy zwiększyć liczby młodych lekarzy, by była taka jak liczba starzejących się lekarzy, nawet przyjmując na studia 20% więcej osób, chyba że 20% więcej co roku.

Mam pytanie do pana ministra: czy nie widziałby pan możliwości zwiększenia liczby płatnych studiów dla Polaków? Pytam o to, ponieważ uniwersytety medyczne mają taką możliwość. Nie chodzi tylko o to, żeby młody człowiek płacił, ale także o możliwość pozyskiwania lekarzy przez szpitale, gminy, pewne fundacje.

Następna kwestia. Dotyczy ona pracy lekarza i poziomu tej pracy. Pan minister wspomniał o akredytacji. Chciałbym powiedzieć, że akredytacja jest wymysłem amerykańskim, nie jest to dostosowane do systemu pracy w Polsce. Ja pracuję w tym systemie, więc wszystko wiem, przeżywam teraz okres drugiej akredytacji. System akredytacji jest oparty na systemie kontraktowym w pracy lekarzy, dotyczy każdego lekarza. Czy w ministerstwie trwają prace nad tym, żeby zakończyć funkcjonowanie systemu ordynatorskiego? Ja jestem ordynatorem, to znaczy lekarzem kierującym oddziałem. Uważam ten system za przeżytek, ponieważ w tej chwili nie ma już relacji uczeń – mistrz. Uczniowie jeżdżą za granicę, świetnie się szkolą, uczą. Bardzo często są oni zatrzymywani przez ordynatorów czy lekarzy kierujących oddziałami. Jest też potężna różnica między ordynatorem a lekarzem kierującym oddziałem, ale nie będę już o tym mówił, bo poszlibyśmy za daleko. Czy jest planowane wprowadzenie innego systemu pracy lekarza, który byłby znacznie wydajniejszy niż system ordynatorski?

Zadam jeszcze ostatnie pytanie. Weszła w życie ustawa o zawodzie fizjoterapeuty. Niestety muszę powiedzieć, że lekarze bardzo protestują przeciwko tej ustawie ze względu na kwestię różnic w poziomach wykształcenia fizjoterapeuty. Ja nie bałbym się pójść do fizjoterapeuty, który został wykształcony na naszym uniwersytecie medycznym, ma pełną wiedzę i odpowiedni zakres umiejętności. Dużo szkół prywatnych... Bałbym się powierzyć swoje życie i zdrowie fizjoterapeucie wykształconemu w prywatnej szkole. Czy jest planowane wprowadzenie jakiegoś centralnego egzaminu, czegoś porównywalnego do LEP, żeby można było sprawdzić poziom wykształcenia fizjoterapeutów? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Teraz wypowie się pan senator Jarosław Duda.

Senator Jarosław Duda:

Dziękuję bardzo.

Pan minister w swojej interesującej prezentacji był łaskaw dotknąć fundamentalnej kwestii dotyczącej Narodowego Funduszu Zdrowia i przyszłości, a tak naprawdę kwestii wygaszania, co jest chyba dobrym pomysłem. Chodzi o wygaszanie, a nie gwałtowne rozwiązanie, ponieważ będzie to wymagało czasu. Chciałbym zapytać – zgodnie z zapowiedziami przedwyborczymi, w których pan minister zapewne uczestniczył – gdzie będzie meta, to znaczy, co powstanie z NFZ. Słyszałem, że komisja

budżetu będzie zajmowała się tą kwestią. Czy są już jakieś konkrety w tym zakresie, czy jesteście państwo na etapie prognozowania, diagnozowania? Pan minister zapewne ma już jakąś wizję. Jak będzie to funkcjonowało w perspektywie? To jest jedna kwestia. Bardzo prosiłbym o przybliżenie tego obszaru.

Druga kwestia interesuje mnie jako osobę, która przez wiele lat zajmowała się pomocą społeczną, a przez 8 lat była sekretarzem stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Kwestia ta nie jest rozwiązana, jest to zadanie z pogranicza kompetencji dwóch ministerstw. W związku z jednoznacznymi tendencjami demograficznymi domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjne – ale myślę głównie o domach pomocy społecznej – potrzebują profesjonalnego wsparcia właśnie tej sfery medyczno-opiekuńczej, potrzebują lekarzy, lekarzy geriatrów, a szczególnie pielęgniarek i opiekunek. W Polsce ta kwestia nie jest rozwiązana, trzeba to sobie powiedzieć. Mam może nie pytanie, a raczej prośbę, sugestię, żeby w perspektywie rozwiązać to systemowo. Chodzi o to, kto będzie płacił za lekarzy, pielęgniarki i opiekunki w domach pomocy społecznej. Pan minister przecież doskonale wie, że niektóre domy pomocy społecznej, szczególnie te dla osób przewlekle somatycznie chorych, to quasi-szpitalne geriatryczne i nie tylko. Czy jest jakaś koncepcja, jeśli chodzi o tę kwestię, czy będziecie państwo nad tym pracować? Bardzo prosiłbym, żeby wziąć to pod uwagę, bo dla dużego środowiska jest to bardzo istotna kwestia, w Polsce jest przecież bardzo dużo tych domów.

Ostatnie pytanie. Myślę, że odpowiedź będzie oczywista, bo pan minister o tym mówił. Czy będzie pan dążył do podniesienia składki zdrowotnej w jakiejś rozsądnej perspektywie? Niewątpliwie chodzi o to, żeby skutecznie rozwiązać tę kwestię, biorąc też pod uwagę doświadczenia naszych sąsiadów i nie tylko. Jaka to będzie perspektywa i czy ma pan nadzieję na zrealizowanie tego zadania w tej kadencji rządu, Senatu, Sejmu? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Wypowie się jeszcze pan senator Wojtyła.
Proszę bardzo.

Senator Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, na początku mówił pan, że na informatyzację ochrony zdrowia miał być przeznaczony 1 miliard zł. Powiedział pan, że wykorzystamy 500 milionów zł. Czy następne 500 milionów zł przepadnie? Chciałbym uzyskać odpowiedź na to pytanie.

Następna sprawa dotyczy map potrzeb zdrowotnych. Przypominam sobie, że dokładnie 23 lata temu, gdy pracowaliśmy w ministerstwie nad mapami potrzeb zdrowotnych, musieliśmy z tego zrezygnować, dlatego że mapy potrzeb zdrowotnych nie pasowały do bazy ochrony zdrowia. Były województwa, w których bazy ochrony zdrowia były bardzo duże, na przykład w województwie śląskim. Tam ówczesny lekarz wojewódzki, Andrzej Sośnierz, poradził

sobie z tym, likwidując bardzo dużo placówek, głównie szpitalnych, prowadzonych przez kopalnie, ale to miało... W całej Polsce taki proces trwał kilka lat, a potem... Teraz obserwujemy, że podaż świadczeń zdrowotnych się rozluźniła. Widzę, że w każdym powiecie buduje się... Właściwie każdy szpital powiatowy staje się kliniką. Ja pracuję w szpitalu powiatowym – co prawda najlepszym w Polsce – w którym są oddziały kardiologii inwazyjnej, onkologii, hematologii, nefrologii. Proszę państwa, w ochronie zdrowia obowiązuje zasada: podaż indukuje popyt. Jest zasada Romera, zgodnie z którą każde łóżko posiadane przez szpital jest łóżkiem zajęтым niezależnie od tego, czy jest ono potrzebne, czy nie. W tym przypadku nie ma czystych relacji podaż – popyt, tak jak jest w normalnej ekonomii: gdy jest większa podaż, to na przykład ceny jakichś tam produktów są niższe. Tak się nie dzieje. W tej chwili obserwujemy, że podaż świadczeń zdrowotnych się rozluźniła i nikt nad tym nie panuje.

Proszę państwa, w Stanach Zjednoczonych do czasu kryzysu naftowego była podobna sytuacja, ale potem, gdy przyszedł kryzys naftowy, zamknięto część placówek ochrony zdrowia, placówek szpitalnych i wprowadzono certyfikat potrzeb, *certificate of need*. Nawet prywatna placówka nie może wybudować budynku szpitala czy zakupić drogiego, wysokospecjalistycznego sprzętu, który kosztuje powyżej 1 miliona dolarów, jeżeli nie otrzyma zezwolenia władz stanowych. Dlaczego? Chodzi o to, żeby kontrolować koszty również po stronie podaży. Jakby ostrzegam pana ministra, że w tej chwili mapy potrzeb zdrowotnych... Jeżeli nie powstrzymamy podaży świadczeń, to nie będziemy w stanie zrobić tych map, ponieważ będą miejsca, w których baza służby zdrowia, liczba szpitali czy nawet liczba lekarzy będzie nieproporcjonalnie wyższa aniżeli w innych regionach kraju.

Następna kwestia dotyczy leków dla osób powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia. Chciałbym, żeby pan minister potwierdził... Ja już pracowałem w takim systemie, że babci wypisywało się recepty na wszystkie leki dla całej rodziny. Było to pod koniec lat osiemdziesiątych, potem z tego zrezygnowano. Myślę, że powodem, dla którego lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mają przepisywać leki, jest chęć łatwego skontrolowania lekarzy. Będzie wiadomo, gdzie Narodowy Fundusz Zdrowia ma ich kontrolować. Prosiłbym o potwierdzenie tego, o czym myślę.

Panie Ministrze, chciałem jeszcze zapytać, co będzie z pakietem onkologicznym, który kompletnie... Zielona krata się nie sprawdziła. Ja pracuję w szpitalu i w podstawowej opiece zdrowotnej. Myślę, że do szpitala wysłałem ze 2 pacjentów onkologicznych, a było ich w sumie ze 100 od chwili, kiedy pakiet onkologiczny zaczął działać. Wszystkie inne przypadki były leczone poza zieloną kartą. Tak że trzeba zlikwidować albo skorygować ten pakiet onkologiczny.

Była tutaj dyskusja o prywatnym i publicznym sektorze. To nie jest nic nowego. W służbie zdrowia obowiązuje coś takiego jak spijanie śmietanki. Poprzez tak skonstruowany system po prostu umożliwiamy prywatnym podmiotom to spijanie śmietanki. Przecież są prywatne placówki, które wykonują tylko łatwe operacje, a pacjenta onkologicznego, z białaczką czy z sepsą wysyłają do szpitala publicznego.

Rozmawiałem z właścicielami takich placówek. Oni mówią, że przecież nie mają na to kontraktu. Jedynym wyjściem jest to, aby kompleksowo kontraktować świadczenia, nie kontraktować pojedynczych, opłacalnych świadczeń. Już od 20 lat w organizacji ochrony zdrowia pisze się o tym, że może do tego dojść. Akurat u nas do tego doszło. Nie wiem, dlaczego nie dąży się do tego, żeby to zlikwidować. Myślę, że Narodowy Fundusz Zdrowia łatwo może to zlikwidować, po prostu kontraktując świadczenia kompleksowo.

Pan minister mówił o koordynowanej opiece zdrowotnej. Czy ma to być coś, co zapoczątkuje taki system jak amerykańskie HMO? Koordynowana opieka zdrowotna jest obecnie uważana za najbardziej skuteczną w części Stanów, obowiązuje też w innych krajach. Jest to nic innego jak nasz dawny ZOZ. Czy poprzez... Rzeczywiście musi... W tej chwili służba zdrowia jest rozczłonkowana. Niezależnie od szpitala funkcjonuje podstawowa opieka zdrowotna, która ma zupełnie inne interesy, specjalistyka ma inne interesy, a szpital inne interesy. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie dyżurują w szpitalu, więc nie znają zasad leczenia, postępowania na poszczególnych oddziałach w danym szpitalu. Występuje nawet niezdrowa rywalizacja. Pacjenta, który leżał w szpitalu, wysyła się do podstawowej opieki zdrowotnej, nie pisze się zaleceń, bo skoro tamci dostają pieniądze, to niech leczą. Dzieje się tak na przykład w przypadku anemii, nie wiadomo, czy jest to anemia śródzakazna, czy... Zamiast polecić coś lekarzowi, mówi się: nie, bo lekarze w POZ biorą bardzo duże pieniądze. W związku z tym, jeżeli nie doprowadzimy do tego, żeby poszczególne elementy służby zdrowia ze sobą współpracowały, to nie tylko będziemy mieli złą służbę zdrowia, ale również będą generowane koszty. Ja jeszcze nie widziałem, żeby na oddziale dziecięcym tyle dzieci chorujących na anginę i gardło było odwodnionych. Proszę państwa, są odwodnione dlatego, że Narodowy Fundusz Zdrowia płaci siedemdziesiąt punktów więcej... Pieniądze przechodzą między palcami. Nie jest to zła wola lekarzy, ponieważ oni dążą do tego, żeby to zbilansować, tylko jest to wina systemu. Pan minister mówił o systemie. Czy tak właściwie jest w tej chwili w ogóle jakikolwiek system ochrony zdrowia? Panie Ministrze, jak to obserwuję, to widzę, że nie ma systemu. Musimy go dopiero stworzyć.

Jeżeli chodzi o szkolenie lekarzy, to wydawało się, że...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Panie Senatorze, proszę o krótkie pytanie, dobrze?)

Wydawało się, że w ramach poszczególnych specjalizacji nie będzie nadmiaru lekarzy, ale w tej chwili jest taka sytuacja, że gdy zostaną miejsca specjalizacyjne, to nie zostawia się ich na tym... Tych pozostałych miejsc nie przydziela się na przykład do interny, do specjalizacji, które są nieatrakcyjne, tylko daje się je na przykład ginekologom. Dlatego liczba lekarzy nigdy nie jest adekwatna do potrzeb. Czy pan minister to widzi i chciałby to zmienić? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze senator Duda chciałby o coś dopytać.

Senator Jarosław Duda:

Mam tylko gorącą prośbę do pana przewodniczącego, pana ministra i pana profesora. O 12.00 rozpoczyna się posiedzenie komisji, które prowadzę. Gdyby pan minister zechciał w pierwszej kolejności odpowiedzieć na moje trzy krótkie pytania, to byłbym wdzięczny. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę pana ministra o głos.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Odnoszę wrażenie, że lista pytań i ich zakres rzeczywiście wiąże się z jakimś wielkim wyzwaniem.

Pan senator Duda pytał o to, jaka jest wizja, to znaczy, gdzie będzie meta, nawet użył pan takiego określenia. Jeszcze raz wracam do tego, co powiedziałem. Chciałbym, żeby to nie była moja własna wizja i moja własna decyzja. W tej chwili jest to raczej kwestia rozpoczęcia pracy intelektualnej nad tym, żeby... Chyba odpowiadając na ostatnią uwagę – w zasadzie nie było to pytanie – związaną z tym, czy mamy system, chcę powiedzieć, że chodzi o doprowadzenie do tego, żeby odpowiedź była pozytywna. Chodzi o to, żeby był system, który jest w rękach albo przynajmniej w zakresie odpowiedzialności państwa – bo do tego zmierzamy – a nie jakaś samoregulująca się magma, która raz działa, a raz nie.

Jeżeli chodzi o moją wizję, to jeszcze raz podkreślam, że będzie ona poddana pracy intelektualnej, zostanie przekazana ekspertom, a następnie poddana konsultacjom. Jeżeli chodzi o przyszłość na przykład ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia itd., to wyobrażam sobie... Jeśli chodzi o instytucje, to – tak jak już mówiłem – przy Ministerstwie Zdrowia i przy wojewodach byłaby instytucja płatnika, a jeżeli chodzi o zasadę, to efektem końcowym byłoby przejście od składki ubezpieczeniowej do podatku zdrowotnego. Dlaczego mówię o podatku zdrowotnym? Chodzi o to, żeby nadal były to znaczone pieniądze przeznaczone na ochronę zdrowia. To jest wizja, o którą pytał pan senator, przedstawiona w bardzo wielkim skrócie.

Jeśli chodzi o domy pomocy społecznej albo szerzej, w ogóle o opiekę długoterminową, to – tak jak zresztą słusznie pan zauważył, rozumiem, że to wynika z pana doświadczenia – zajmowanie się tą kwestią leży gdzieś pomiędzy zakresami kompetencji dwóch resortów. Sama kwestia dotycząca domów pomocy społecznej nie leży w zakresie ochrony zdrowia, choć oczywiście liczba osób, które tam przebywają i wymagają pomocy lekarskiej, jest większa niż gdzie indziej i jest tam innego rodzaju zapotrzebowanie.

Myślę, że jest też pytanie dotyczące może nie tyle sposobu organizowania opieki w domach pomocy społecznej, ile w ogóle starzenia się społeczeństwa, co stawia przed nami coraz więcej wyzwań. Zresztą pan senator też o tym wspominał. Opieka długoterminowa na pewno będzie po-

trzebna większej liczbie osób, a w miejscach, w których żyją ci ludzie, zarówno w domach, jak i w domach opieki czy zakładach stacjonarnych, musi mieć ona szczególny charakter. Spośród lekarzy, którzy mają zajmować się tymi osobami, wymienił pan geriatrę. Ja miałbym duże wątpliwości. Moim zdaniem ogromna większość pacjentów w każdym wieku powinna być pod opieką lekarza rodzinnego, a nie innego lekarza. Geriatra powinien być konsultantem.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, ale to jest bardzo istotne. Geriatrzy są potrzebni głównie jako nauczyciele dla innych lekarzy różnych specjalności, w tym przede wszystkim lekarzy rodzinnych. Chodzi o to, żeby lekarze ci uwzględniali w swojej praktyce aspekty starości. Pewne zasady opieki geriatrycznej muszą być internalizowane do całego szeregu różnych specjalności, bo inaczej wygląda leczenie ortopedyczne, reumatologiczne, kardiologiczne, diabetologiczne czy leczenie przez lekarza rodzinnego pacjenta w bardzo zaawansowanym wieku, a inaczej młodszego pacjenta z jakąś, niby tą samą chorobą. W tym sensie geriatrzy są potrzebni, ale liczba tych lekarzy powinna być raczej ograniczona. Moje zdanie jest takie, że nie trzeba wszędzie tworzyć oddziałów geriatrycznych.

A zatem należy raczej położyć nacisk przede wszystkim na dostępność lekarza rodzinnego – już trochę cofam się do tego, co zasygnalizowałem – i wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowa opieka zdrowotna albo instytucja lekarza rodzinnego to nie jest jeden lekarz, tylko jest to lekarz plus wszystkie osoby, które z nim współpracują. Sądzę, że jeśli chodzi o opiekę nad osobami starszymi, a zwłaszcza opiekę medyczną i pomoc społeczną, to tym bardziej widać potrzebę istnienia tej opieki wokół instytucji podstawowej opieki zdrowotnej. Gdyby została ona wyodrębniona z całego systemu opieki zdrowotnej jako coś trochę osobnego, zanim osiągniemy tę metę – i taki jest mój plan – to wówczas możliwe byłoby trochę inne finansowanie. Chodzi też o to, żeby znalazło się tam miejsce dla innych profesjonalistów, nie tylko dla lekarzy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Oczywiście chodzi o pielęgniarki, pomoc opiekuna medycznego, bo takie zawody istnieją. Muszę powiedzieć – to znowu osobista refleksja – że mam na myśli także miejsce dla kogoś pomiędzy pielęgniarką i opiekunem medycznym. Uważam, że po prostu trzeba wszcząć w Polsce dyskusję na temat zawodu, który po angielsku nazywa się *assistant nurse*. Nie ma on polskiego odpowiednika. Jest to, powiedzmy, pielęgniarka, asystent medyczny, osoba o nieco niższych kwalifikacjach, być może z wykształceniem nieuniwersyteckim.

Senator Jarosław Duda:

Panie Ministrze, chciałbym o coś dopytać.

Ostatnia kwestia. Czy w swojej wizji dopuszcza pan... Wie pan, na czym dzisiaj polega problem: kto ma płacić za... Czy dzisiejsze Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ma płacić za tę kwestię, która jest włączona do zadań z zakresu pomocy społecznej? Są tam lekarze i pielęgniarki. Kontraktacje przez NFZ...

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Tak, znam ten problem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...rozpoznaję go, ale nie umiem dzisiaj odpowiedzieć na to pytanie.

(Senator Jarosław Duda: Rozumiem. Myślałem, że może są już jakieś przemyślenia, bo jest to kwestia...)

Tak. Jest to problem, który istnieje nie od dzisiaj, prawda? Zadał pan jeszcze jedno pytanie: czy składka wzrośnie? Myślę, że większość ekspertów z zakresu ekonomii, gospodarki itd. jest zdecydowanie przeciwna takiemu prostemu zwiększaniu kosztów pracy. Mój plan zwiększania nakładów na ochronę zdrowia jest taki troszkę podstępny. To znaczy, chciałbym zachować składkę na to, co zostanie w systemie, a jednocześnie wyjąć z systemu moduły, które chciałbym finansować...

(Głos z sali: ...z budżetu.)

...z budżetu. W ten sposób chciałbym zapewnić dodatkowe środki, które inaczej by to zasiliły. Oczywiście środki będą też pochodziły z kieszeni obywateli. No bo skąd? Nie mamy wujka Sama, który to sfinansuje.

Jeżeli chodzi o pytania pana senatora Wojtyły... Przepraszam, wcześniej jeszcze pan senator Stanisławek zadawał pytania.

Problem uczelni medycznych. Już w tej chwili problem jest jak najbardziej rozpoznany. Polega na tym, że rzeczywiście kilka lat temu uznano, że uczelnie medyczne nie są uczelniami akademickimi, tylko uczelniami praktycznymi, tak to się nazywa. Jest gorzej niż pan powiedział. One nie tylko nie muszą mieć klinik, ale także nie muszą mieć bazy naukowej. W związku z tym jest ryzyko, że różnego rodzaju szkoły wyższe nieposiadające bazy naukowej mogą w zasadzie bez przeszkód występować o możliwość prowadzenia studiów medycznych, przy założeniu, że uda im się zgromadzić odpowiednią liczbę osób, które – powiem tak trochę niepoprawnie politycznie – zapiszą się na jakąś listę jako samodzielni pracownicy naukowci. Pod rządami obecnych przepisów ta droga jest niezwykle łatwa. Bardzo trudno byłoby odmówić kolejnym uczelniom. W tej chwili naprawdę trzeba się nieźle wygimnastykować, żeby znaleźć, że tak powiem, pretekst do tego, żeby odmówić. To jest bardzo niebezpieczna sprawa, bo potrzebujemy większej liczby lekarzy, ale dobrych lekarzy.

Niestety w ogóle doświadczenia dotyczące prywatnych uczelni medycznych na świecie nie są najlepsze, nie tylko w naszej części Europy. Chodzi o doświadczenia zarówno na Karaibach, jaki i na przykład w Azji posowieckiej, w kilku krajach produkujących lekarzy, którzy wykonują pracę wątpliwej jakości itd. Mówię bardzo brzydkim językiem, ale tak to wygląda. Tak że na pewno zostało to rozpoznane. Już w tej chwili jestem, że tak powiem, po pierwszych ustaleniach z panem Gowinem, ministrem nauki, w gestii którego leży ta kwestia. Mam nadzieję, że to się zmieni, dlatego że ostatnim wynikiem, który chcielibyśmy osiągnąć, jest felczerzyzacja medycyny, czyli takie praktyczne przygotowanie właśnie na poziomie zupełnie nieakademickim. Lekarz ma być nie tylko profesjonalistą w zakresie wykonywania świadczeń, ale także ma być gotowy do analitycznego, naukowego podejścia do tego, co

robi, musi na przykład zauważać nowe zjawiska. Nawet jeśli nie jest uczonym, nie prowadzi badań naukowych, musi mieć taki potencjał, a także powinien być gotowy do dydaktyki w stosunku do młodszych kolegów, co jest niezwykle ważne w kontekście, o którym już mówiliśmy. Taki jest charakter zawodu. Z całą pewnością studia w takich szkołach, które chciałyby po prostu trochę na tym zarobić, są czymś bardzo niebezpiecznym.

Oczywiście to nie znaczy, że uniwersytety, które mają swoją bazę naukową, nie mogą poszerzać, że tak powiem, swojej oferty o studia medyczne, chociaż trzeba postępować bardzo ostrożnie w tym zakresie. Właściwie nie mam wątpliwości, że doświadczenie Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w tym zakresie jest jak najbardziej zachęcające. Pierwsi absolwenci studiów lekarskich na Wydziale Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego już dwukrotnie najlepiej zdali lekarski egzamin końcowy. Tak że jest to bardzo zachęcające. Wydaje się, że... Tym, którzy hamują działania, mają wątpliwości co do uczelni z Kielc, Rzeszowa, Zielonej Góry, powiedziałbym, żeby postępowali ostrożnie, bo w końcu są to szkoły wyższe z jakimś potencjałem. Nie chcę się wypowiadać w tej czy innej konkretnej sprawie, ale w każdym razie jest to możliwe. Mam zaś większe wątpliwości co do sytuacji, gdy tego typu działalność chce rozpocząć prywatna uczelnia bez żadnego zaplecza, w tym także bez zaplecza klinicznego, które ma zamiar wynająć w jakimś sąsiednim szpitalu.

Pytał pan także o zamiar zwiększania liczby miejsc na płatnych studiach lekarskich. Przepraszam, to jest wyłącznie moja osobista refleksja. Muszę powiedzieć, że mam wrażenie, że publiczne uczelnie medyczne w Polsce powinny sprawiedliwie traktować tych, którzy na nie zdają. Dzisiaj na wielu polskich uniwersytetach jest więcej studentów, którzy studiuje odpłatnie, niż tych, którzy studiuje nieodpłatnie. Sytuacja ta jest przejawem niesprawiedliwości, co gorsza, wszystko wskazuje na to, że... Jest wiele badań. Może patrzę na to trochę z perspektywy ojca siedmiorga dorosłych dzieci, ósme jeszcze nie dorosło do studiowania na uniwersytecie. Muszę powiedzieć, że widziałem badania socjologiczne, które pokazują, że na bezpłatnych studiach studiuje najbogatsi, bo mają szansę łatwiejszego dostania się na studia, a na studiach płatnych studiuje biedniejsi, spoza ośrodków akademickich. Nie wiem, czy to rozwiązanie powinno być kontynuowane. Jeśli rzeczywiście nie radzimy sobie z finansami na uczelniach, to ten ciężar powinien być rozłożony plus minus po równo na wszystkich, z możliwością przyznawania stypendiów itd., tak jak jest w wielu krajach na świecie. Myślę, że...

(Senator Andrzej Stanisławek: Przepraszam, ale ja sugerowałem pomoc fundacji lub odpłatność za studia przez innych, nie przez studentów.)

Ale nie za studia płatne. Nie mówię już o tym, że jak studia płatne na medycynie nazywa się wieczorowymi, to jakoś coś we mnie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, ale to jest... Ja wiem, tylko że po prostu zaczyna to tak jakoś dziwnie wyglądać. Przepraszam, to była naprawdę osobista refleksja, bo oczywiście jako minister zdrowia nie do końca mam upoważnienie do tego, żeby wypowiadać się w tym zakresie. Jest taka możliwość, że jeśli

uczelnie mają potencjał edukacyjny, a nie dostają dotacji od ministra zdrowia, to mogą dodatkowo organizować miejsca płatne, albo dla cudzoziemców na studiach w języku angielskim, albo dla Polaków na studiach w języku polskim. Oczywiście z punktu widzenia interesu Polski te studia są bardziej, że tak powiem, istotne, bo w końcu studiuje tam ludzie w języku polskim, więc jest jakaś większa nadzieja, że jako lekarze zostaną oni w Polsce.

Pan profesor snuł refleksje na temat akredytacji i różnych rodzajów akredytacji. Ja chcę bardzo mocno podkreślić, że jeśli chodzi o akredytację, o której wspominałem, to miałem na myśli akredytację jako narzędzie zaliczania do sieci szpitali. Nie mam na myśli akredytacji prowadzonej w tej chwili przez CMJ, bo prawdopodobnie zaprogramowanie tego tak, żeby uzyskały ją wszystkie szpitale w Polsce, byłoby po prostu nierealistyczne. Dzisiaj jest chyba około dwustu szpitali, które ją uzyskały.

(Głos z sali: Poza tym akredytacja jest...)

Nie, ale ja mówię, że... Panie Senatorze, w pewnym momencie byłaby to obowiązkowa akredytacja, to znaczy kontrola jakości; można to też inaczej nazwać. W każdym razie miałem na myśli troszkę co innego, mówiłem o najważniejszych aspektach, przede wszystkim jakościowych, które musi spełnić szpital w sieci. Chodzi o troszkę większy zakres działań niż tylko prowadzenie podmiotu leczniczego, ale troszkę mniejszy niż spełnianie wymagań akredytatorów dających certyfikaty nadzwyczajności; przepraszam, że tak to nazywam.

Pytał pan o system ordynatorski. Prawdę mówiąc, chyba nie do końca leży to w gestii ministra zdrowia, bo dzisiaj... Zresztą, mówiąc o sobie, sam pan wspomniał, że nie jest pan ordynatorem, tylko prawdopodobnie kierownikiem oddziału.

(Senator Andrzej Stanisławek: Jestem lekarzem kierującym oddziałem.)

No tak. Czyli jest taka możliwość. W zasadzie można powiedzieć, że organizacja wewnętrzna jest właściwie zależna od danego szpitala, nie jest przesądzone, jak ma być. Tam, gdzie jest stanowisko ordynatora, musi być konkurs na ordynatora i wynikające z tego konsekwencje, a tam, gdzie go nie ma... Wielu dyrektorów szpitali zdecydowało się na to, żeby nie było ordynatorów. Proszę zwrócić uwagę na to, że tak naprawdę leży to w gestii dyrektorów szpitali. Są tacy, którzy uważają, że system konkursu ordynatorskiego, ze wszystkimi jego ułomnościami, gwarantuje, że ordynator jest trochę niezależny od zarządzającego szpitalem, a zatem trochę niezależny od finansów i różnych innych spraw. Funkcja osoby kierującej oddziałem jest zaś takim prostym przedłużeniem funkcji dyrektora, ze wszystkimi konsekwencjami, także – gdzieś tam na końcu – konsekwencjami dla pacjentów, bo o to chodzi. Chodzi o to, żeby w szpitalu była taka osoba na szczelbu zarządzania, która myśli bardziej o pacjencie niż o finansach.

W kontekście różnych przekształceń, o których mówimy, czy wizji, o których wspominam, zakładających, że ma być tak, że szpital czy w ogóle placówki medyczne, zwłaszcza te funkcjonujące w systemie publicznym, mają realizować misję, a nie działać na rzecz wyniku finansowego – można powiedzieć, że niestety dzisiaj właściwie powszechne jest to drugie spojrzenie – ten ordynator nie

jest wcale taki nieważny. Oczywiście od bardzo dawna trwa dyskusja na ten temat. Są dwa systemy: z jednej strony ordynatorski, czyli, powiedzmy, niemiecko-austriacki, a z drugiej strony konsultancki, czyli brytyjsko-amerykański. Funkcjonują one, że tak powiem, w dwóch rodzajach krajów, w których generalnie dość wysoko ocenia się służbę zdrowia. Dlatego powiedziałbym, że może nie jest to kwestia wyboru między czarnymi i białym – jak bardzo często bywa – tylko jest to kwestia uzyskania jakiegoś poziomu szarości. Może tutaj jest... Ale to pytanie chyba nie do końca jest pytaniem do ministra zdrowia.

Zapytał pan również o fizjoterapeutów. Nie jest tajemnicą, że jeszcze pełniąc swoją poprzednią rolę, nie byłem entuzjastą tego rozwiązania. Proszę państwa, trochę paradoksalnie jeszcze ponad miesiąc temu, dosłownie tuż przed wyborami, reprezentując samorząd lekarski, namawiałem pana prezydenta do niepodpisywania tej ustawy. Ustawa jednak obowiązuje, *dura lex, sed lex*. Ja jako minister zdrowia jestem zobowiązany do wykonywania prawa, jestem również zobowiązany do proponowania zmian w zakresie prawa.

Co mi się nie podoba w ustawie o fizjoterapeutach? Nie podobają mi się chyba za szerokie kompetencje, które przyznano fizjoterapeutom. Przypomnę zakres tych kompetencji: diagnozowanie, planowanie leczenia, leczenie, nawet zmianę leczenia zalecanego przez lekarza, a także dostęp do dokumentacji medycznej – z perspektywy pacjenta to jest szczególnie kuriozalny zapis, nie ma go w stosunku do żadnego innego profesjonalisty medycznego. To jest ciekawe. Lekarz nie ma prawa do dokumentacji medycznej, a fizjoterapeuta ma. Jest to dziwaczne rozwiązanie. Lekarz oczywiście ma prawo zajrzeć do dokumentacji, którą wytworzył, ale do innej może zajrzeć w zasadzie tylko za zgodą pacjenta, a fizjoterapeuta ma ustawowe prawo. Co prawda ma do tego prawo w zakresie dotyczącym jego działań, ale jak to zrobić bez zajrzenia do całości? Jest to bardzo dziwne rozwiązanie. Tak że, moim zdaniem, niestety nie został spełniony żaden z warunków, o których mówiłem, czyli warunków dotyczących konsultacji, czasu itd. Przykro to mówić, ale zostało to zrobione na kolanie.

Jednak z takich czy innych powodów ta ustawa obowiązuje. Dzisiaj można powiedzieć tak: oczywiście, jak każde prawo, podlega ona różnym ewentualnym możliwościom nowelizacji. Jest też, można powiedzieć, zabezpieczenie przed tym, o czym pan mówił. Ze względu na to, że fizjoterapeutą może zostać osoba z różnym wykształceniem, od magistra, poprzez osobę mającą licencjat, aż do absolwentów różnych szkół niebędących uniwersytetami, w których sposób kształcenia i długość okresu kształcenia są – delikatnie rzecz ujmując – nieakredytowane, w ustawie jest delegacja dla ministra zdrowia do ustalenia zakresu kompetencji fizjoterapeuty w zależności od tego, jaki rodzaj kształcenia ukończył. Jest to jakieś zabezpieczenie. Co prawda te zapisy, o których mówiłem, są sztywne dla wszystkich fizjoterapeutów, ale jest jak gdyby jakieś pole do tego, żeby trochę zabezpieczyć przede wszystkim interes pacjenta i jego bezpieczeństwo. Zobaczmy. Muszę powiedzieć, że jak zaczniemy pracować między innymi nad koniecznością wydania aktów, do których wydania jestem upoważniony – ustawa nakłada na ministra zdrowia taki

obowiązek – to przyjrzymy się temu ponownie i zobaczymy, co zrobimy. Albo będziemy wypełniać to tak, żeby zabezpieczyć właśnie interes pacjenta, albo zaproponujemy nowelizację. Nie chciałbym jednak zapowiadać tego dzisiaj, bo z całą pewnością jest tak dużo otwartych frontów, że nie jest to priorytetem.

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Dziękuję bardzo.)

Odpowiem wreszcie na pytania pana senatora Wojtyły. Zadał on pytanie o 500 milionów zł przeznaczonych na informatyzację. To znaczy, nie był to cały 1 miliard zł – tak to zaokrągliłem – było to bodajże 800 milionów zł czy ciut więcej. Rzeczywiście wzięliśmy 500 milionów zł, a kolejne 500 milionów zł jest zagrożone, dlatego że może istnieć konieczność oddania tej kwoty. Reszty na pewno nie dostaniemy, ponieważ perspektywa unijna kończy się 31 grudnia. Możemy wziąć jeszcze jakieś niewielkie kwoty na zapłacenie tym, którzy skończą coś przed końcem grudnia, bo jest iluś dostawców, ale na 100% nie dostaniemy więcej pieniędzy. Plany, o których mówiłem, związane z budowaniem czy rozwijaniem jakiegoś rozwiązania informatycznego, choćby dotyczącego recepty elektronicznej, trzeba będzie sfinansować z własnych pieniędzy, to znaczy polskich.

Pan senator mówił także o historii podchodzenia do kwestii map potrzeb zdrowotnych i o tym, że nie pasują one do bazy. Muszę powiedzieć, że właśnie istotą map jest to, że wcale nie muszą pasować do bazy. Nie wszystkim to się podoba.

(*Senator Andrzej Wojtyła*: Ale skutki...)

Skutki... Proszę państwa, mówił pan również o tym, że mnożą się podmioty, które... Słusznie pan zauważył, że zgodnie ze świętą zasadą podaż zwiększa popyt w medycynie. Niewątpliwie tak jest. Proszę zwrócić uwagę na to, że jeszcze mniej więcej 3 lata temu było około 700 szpitali, a teraz jest 1050. Oczywiście niektóre z tych szpitali to są właśnie takie placówki, które podnajmują lokale w różnych miejscach. Słyszałem, że podobno jest nawet jakiś szpital, który ma jedno łóżko. Zdaje się, że takich, które mają 5 łóżek, jest całkiem sporo. Jednak to są właśnie... Śmiem twierdzić – nie chcę pokazywać palcem tego czy tamtego – że to są właśnie ci spijający śmietankę, o których mówił pan senator. W każdym razie mapy mają służyć temu, żeby powiedzieć: chwileczkę, może rzeczywiście ta baza jest przeszacowana. Myślę, że w niektórych miejscach mamy problem. Gdy mówi pan o swoim szpitalu, który trzeba powiększyć, bo ludzie leżą na dostawionych łóżkach, to okej, ale na pewno są takie szpitale, w których zajętych jest mniej niż 50% łóżek. Na pewno trzeba będzie ponieść jakieś bolesne konsekwencje wprowadzenia map, ale na tym to polega. Chodzi o to, żeby nie wydawać pieniędzy tam, gdzie nie ma takiej potrzeby. Z reguły to nie jest tak, że trzeba, że tak powiem, zaorać ziemię w miejscu, w którym były szpitale, tylko trzeba po prostu pomyśleć, co innego mogą one robić. Mówię tak w największym uproszczeniu.

Jest to również kwestia sposobu kontraktowania, zresztą pan też trochę o tym wspominał. Koordynowana opieka zakłada między innymi tworzenie różnego rodzaju konsorcjów, również na poziomie szpitali. Jeżeli są dwa sąsiednie szpitale powiatowe, w których jest trochę wolnych łóżek, a w innym miejscu wykonuje się za mało określonego rodzaju procedur, żeby dojść do dobrego doświadczenia,

a zatem dobrej jakości... Bo to też jest bardzo ważne w medycynie. Można powiedzieć, że są nawet uznane wskaźniki, standardy mówiące o tym, że wykonywanie w szpitalu mniejszej liczby jakiegoś rodzaju operacji niż ileś po prostu nie gwarantuje dobrej jakości, dlatego że, krótko mówiąc, nie ma doświadczenia w tym zakresie. Gdy jest tak, że wykonuje się właśnie mało jakichś zabiegów, zaczynając choćby od porodów...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No właśnie. Wtedy, gdy są dwa szpitale i w obu jest położnictwo, można to skoordynować i powiedzieć: jedni będą przyjmować porody, drudzy będą zajmować się czymś innym. Jest taka możliwość, również w układzie pionowym. Jest duży problem dotyczący przerzucania kosztów z POZ na szpital, ze szpitala na AOS itd. Jest to nie tylko kwestia kosztów, ale także tworzenia się sztucznych kolejek. Dzisiaj wielu pacjentów – chyba już o tym wspominałem – regularnie chodzi do lekarza specjalisty tylko po to, żeby co dwa miesiące dostać receptę.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie mówię nawet o kilku... Nie. Chodzi mi o sytuację, w której lekarz po prostu mówi: proszę przyjść za dwa miesiące. Pacjent przychodzi, skoro tak mu powiedziano. Jest jednak pytanie, czy on musi leczyć się u tego specjalisty.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Otóż to. Ten pacjent powinien raczej wrócić do lekarza rodzinnego. W przypadku bardzo wielu chorób ciągła opieka lekarza specjalisty wcale nie jest do niczego potrzebna. Opieka potrzebna jest tylko okresowo, właśnie w postaci konsultacji. Jest to nie tylko kwestia konsekwencji finansowych, ale także tworzących się kolejek, bo gdy ci pacjenci zajmują miejsca w kolejkach, to po prostu nie ma miejsca dla innych itd.

Jest również kwestia jakości opieki nad samym pacjentem, na przykład wypisywanym ze szpitala. Dzisiaj... Mówił pan też właśnie o koordynacji, o jakimś tam wzorcu, który... Proszę państwa, nic nie jest idealne. Amerykańskie rozwiązanie *health maintenance organizations*, czyli HMOs, też jest krytykowane. Nie do końca jest tak, że wszystko jest idealne.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Na przykład odbiera ono trochę wolności obywatelowi, który tam trafia. Można powiedzieć, że dzisiaj w naszym systemie albo w sytuacji braku systemu – jak pan senator raczył się wyrazić – w zasadzie cała odpowiedzialność za koordynację opieki spoczywa na pacjencie. On sam ma to sobie zorganizować. Gubi się w systemie, często jest zupełnie bezradny. Wspominałem już o bezradnych pacjentach, na przykład tych z chorobą psychiczną, ale przecież człowiek chory na ciężką chorobę zawsze jest w mniejszym lub większym stopniu bezradny, a poza tym nie rozumie tego systemu, to nie jest jego specjalność, on zna się na czymś innym. Dzisiaj jest tak, że pacjent wypisywany ze szpitala naprawdę często jest po prostu pozostawiony sam sobie ze wszystkimi tego konsekwencjami: zdrowotnymi, czasem śmiertelnymi, a także finansowymi. Oczywiście jeżeli pacjent będzie zaniedbany, na przykład pacjent po jakimś ciężkim zdarzeniu sercowym będący w fazie przewlekłej niewydolności serca, i nie będzie miał opieki, to po prostu

będzie częściej hospitalizowany. Powinien być zaś właśnie pod jakąś skoordynowaną opieką, która zapewni mu lepszy stan zdrowia. Zresztą niestety pokazują to również liczby. Jeżeli chodzi właśnie o leczenie kardiologiczne, to mamy świetne wyniki szpitalne, ale dane dotyczące pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca wyglądają fatalnie w porównaniu z innymi krajami. Podobna sytuacja jest na przykład w przypadku rehabilitacji.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

No właśnie. To są sprawy, które oczywiście... Koordynacja ma cały szereg zalet, mają one nie tylko charakter, powiedziałbym, właśnie zdrowotny, ale także finansowy, bo przecież pacjenci prędzej czy później – a raczej prędzej niż później albo częściej niż rzadziej – będą trafiać pod opiekę, która jest droższa.

Zapytał pan... Pan senator w zasadzie dywagował na temat bezpłatnych leków. Proszę państwa, ja też jestem na tyle wiekowy, że pamiętam... Rzeczywiście wystawiałem te recepty na wszystko, tylko, Panie Senatorze, była jednak zasadnicza różnica. Wówczas wszystko, co było w aptece, można było dostać na receptę za darmo, łącznie z solą do moczenia nóg, proszkiem do czyszczenia zębów. Pamiętam, że był proszek, jestem taki stary, pamiętam to.

(Głos z sali: Był nawet taki czas, że można było dostać w aptecce spirytus.)

Oczywiście, pisało się receptę na spirytus salicylowy.

(Wesołość na sali)

Z tym spirytusem... Jeśli chodzi o spirytus salicylowy, to watka wystarczyła, żeby...

(Głos z sali: Nawet ten czysty można było dostać.)

Tak. Było tak, rzeczywiście.

Proszę państwa, my niczego takiego nie proponujemy. Proponujemy, by bezpłatne były przede wszystkim te leki, które pacjenci naprawdę muszą brać, a nie wszystkie produkty, które można kupić. Nie będą to żadne suplementy, żadne leki OTC.

(Głos z sali: Viagra też nie?)

Panie Senatorze, żarty żartami, nie odpowiem panu dzisiaj, będziemy to analizować. Myślę, że to nie jest lek, który jako pierwszy znajdzie się na liście. Bez żartów, po prostu trzeba ocenić sprawę.

Jeszcze raz podkreślam: jeśli chodzi o droższe leki – a to jest akurat jeden z droższych – to będziemy koncentrować się na lekach, których nadużywanie jest mniej prawdopodobne, chodzi o leki przypisane do starości. Mam więc nadzieję, że... Będziemy to jednak analizować i zobaczymy, jak to będzie działać. Proszę również pamiętać, że dzisiaj lekarze rodzinni, w ogóle lekarze są pod bardzo ścisłym nadzorem, jeśli chodzi o ordynację leków. W każdym razie jest możliwość nadzoru ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeśli raptem okaże się, że będzie się to rozsypywało, to będziemy reagować. Dzisiaj jest taki plan, żeby wprowadzić to ostrożnie, odpowiedzialnie. Zobaczymy, co będzie dalej.

Zapytał pan również o pakiet onkologiczny. Ja oczywiście o tym nie wspominałem, ale to nie jest tak, że czekamy na to, co się wydarzy. Wprawdzie rzeczywiście w ostatnim czasie mój poprzednik podpisał kilka rozporządzeń, które mają łagodzić różne negatywne aspekty pakietu, więc jest szansa, że coś tam troszkę się poprawi,

ale spotkałem się już z wieloma ekspertami z zakresu onkologii i dzisiaj mogę powiedzieć, że wszystko wskazuje na to, że karta DiLO, przynajmniej w takiej postaci, jaka jest obecnie, zostanie zlikwidowana. Być może pozostanie jakiś prosty dokument, który będzie zapewniał, że tak powiem, szybsze przesuwanie się pacjenta w kolejce. Chodzi o ideę, o której kiedyś mówiono, dotyczącą zielonej karty. Ona nie musi być zielona, ma to być mała legitymacja, która będzie zapewniać, że dany pacjent będzie mógł przesuwać się w kolejce szybciej niż inni. Niektórzy mówią, że wystarczy, że na dokumentacji będzie napisane: „Onko pilne”. Może tak, ale być może będzie to jakiś rodzaj karty. Karta DiLO rozumiana jako, powiedzmy, załącznik do dokumentacji medycznej – bo dzisiaj jest ona dokumentacją medyczną – jest oceniana przez onkologów po prostu jako zbyt dobra. A skoro jest zbyt dobra, to znaczy...

(Głos z sali: I utrudniająca.)

Tak, dokładnie. Prawdopodobnie to będzie jedna ze zmian.

Druga zmiana, bardzo oczekiwana już nawet nie przez pacjentów, a przede wszystkim przez świadczeniodawców – zresztą pan w sumie pośrednio o tym wspomniał – to zniesienie limitów na leczenie pacjentów onkologicznych, tych, którzy faktycznie są onkologiczni. Dzisiaj jest tak, że leczenie w ramach pakietu jest nielimitowane, ale leczenie pacjentów poza pakietem – a jest ich bardzo dużo – jest limitowane. Nawet w ośrodkach onkologicznych pacjenci są leczeni poza limitem. Niby fundusz za nich płaci, ale nie od razu.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak. Wydaje się, że taki będzie kierunek, jeżeli chodzi... Niestety z pakietem onkologicznym jest jeszcze dodatkowy problem, że tak powiem, utrudniający podejmowanie zmian. Wbrew ostrzeżeniom, które były formułowane w tamtym okresie, znaczna część przepisów o charakterze technicznym jest na poziomie ustawy, czyli nie można zmienić tego w prosty sposób jakimś rozporządzeniem. Co prawda właśnie pan minister Zembala zmienił to, co dało się zmienić w ramach rozporządzeń, ale jeśli chodzi o dalsze postępowanie, to trzeba cofnąć się do ustawy. Wiadomo, że jest to bardziej skomplikowane, ale na pewno się za to zabierzemy.

Ostatnia kwestia, o którą pan pytał, dotyczy rezydentur. Tylko nie zapisałem, o co chodziło.

(Senator Andrzej Wojtyła: Chodzi o to, że...)

A, już wiem, chodzi o to, żeby rezydentury... Proszę państwa, w ogóle jest wielki problem związany z tym, jak to ma wyglądać. Muszę powiedzieć, że już dzisiaj podjąłem decyzję o powołaniu w ministerstwie zespołu, który przyjrzy się systemowi kształcenia podyplomowego lekarzy, bo jest tam szereg różnych problemów. Jeśli chodzi o rodzaj specjalności wybieranej przez lekarzy, to jest taki problem, że są bardziej atrakcyjne specjalności i mniej atrakcyjne. Często bywa tak, że jeśli chodzi o te nazywane przez nas priorytetowymi, czyli te, które minister zdrowia widziałby jako raczej pożądane – jest taki kłopot na przykład z interną – to nikt nie chce ich wybierać, a w każdym razie bardzo mało osób chce. Oczywiście jest pytanie, jak zmusić albo zachęcić młodych ludzi do tego, żeby podejmowali te priorytetowe specjalności. Wydaje się, że mechanizm,

który w tej chwili jest proponowany, nie działa. Jest to mechanizm, który mówi, że pracując w priorytetowych dziedzinach, można zarobić troszkę więcej niż w innych, ale chodzi o zarobki na rezydenturze. Proszę państwa, nikt nie planuje życia na cztery lata czy pięć, sześć lat, tylko planuje je na dłużej. Dlatego jest ogromny nacisk na specjalności, które są atrakcyjne nie w trakcie specjalizacji, tylko, że tak powiem, w ciągu całego życia, ale niekoniecznie są to te specjalności, których nam potrzeba.

Są różne rozwiązania. Ja myślę, że generalnie zasada... Osobiście uważam, że w gruncie rzeczy pewnie nie da się zastosować jakiegoś bardzo skutecznego narzędzia w stosunku do młodych ludzi, żeby wybierali to, co byśmy chcieli. Jednak w przypadku rzeczywistych priorytetów należy po prostu tworzyć atrakcyjność docelową, bardziej perspektywiczną. Mam na myśli przede wszystkim medycynę rodzinną, z którą tak naprawdę jest największy problem. Skoro chcemy, żeby medycyna rodzinna czy podstawowa opieka zdrowotna była zorganizowana tak, jak powiedziałem, to, szczerze mówiąc, potrzebujemy dzisiaj mniej więcej dwa razy tylu lekarzy rodzinnych, ilu jest w tej chwili. Jest bodajże jedenaście tysięcy lekarzy rodzinnych, w POZ pracuje około 20 tysięcy osób, ale duża część z nich nie jest lekarzami rodzinnymi, tylko lekarzami różnych specjalności albo bez specjalności – można powiedzieć, że to jest zaszłość.

W ubiegłym roku wprowadzono ustawowe prawo do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej dla internistów i pediatrów, ale oni wcale nie chcą przychodzić, nie ma ich, są dosłownie pojedyncze osoby.

(Głos z sali: Zniknęło...)

Nie, nawet gdy są, to wolą pracować w szpitalu, a nie w POZ.

(Głos z sali: Nie ma kto dyżurować na oddziale...)

Tak. Krótko mówiąc, trzeba coś z tym zrobić. Jeśli plan dotyczący POZ ma zadziałać, to oczywiście przede wszystkim będą potrzebni ludzie. Tak jak mówię, potrzeba tak lekką ręką... Gdybyśmy chcieli mieć tylko lekarzy rodzinnych albo przede wszystkim lekarzy rodzinnych, to potrzebnych byłoby jeszcze 15, 20 tysięcy lekarzy. Wyprodukowanie – brzydko mówiąc – takiej liczby lekarzy w sytuacji, gdy nie ma chętnych na tę specjalność, jest zadaniem w ogóle niemożliwym do zrealizowania.

Jak to zrobić? Moim zdaniem, w gruncie rzeczy trzeba stworzyć to, co było 20 lat temu. Proszę państwa, ja pamiętam, że egzamin z medycyny rodzinnej odbywał się na Sali Kongresowej, jednorazowo zdawało go 900 osób. To świadczyło o atrakcyjności tej specjalności. Dzisiaj są to pojedyncze osoby. Wydaje się, że trzeba po prostu wrócić do tego, co było dobre. Jeżeli będzie to odpowiednio atrakcyjne...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, to nie chodzi... Nie, nie, naprawdę było wielu chętnych. W tej chwili nie ma.

(Głos z sali: Była większa atrakcyjność.)

Po prostu było to atrakcyjne, a teraz bycie lekarzem rodzinnym... Już pomijam to, że niestety wszystko... Zmierzałyśmy w dobrym kierunku, również jeśli chodzi o prestiż, a teraz znowu się to pogorszyło. Lekarz rodzinny został, że tak powiem, zawrócony na swoje miejsce

– zresztą przy udziale środowiska lekarskiego, nie ma co oszukiwać – czyli miejsce lekarza rejonowego, a to nie jest atrakcyjne. Wiemy o tym, bo część z państwa jest lekarzami. To jest jedna sprawa, a druga... Jest na przykład kwestia, jak prezentuje się medycynę rodzinną w czasie kształcenia przeddyplomowego, w czasie stażu. Musi być na to większy nacisk. Skoro jest tego bardzo mało, jest to spychane na margines, robione byle jak, to młodzi ludzie już nie bardzo się tym interesują. A dodatkowo jest właśnie kwestia atrakcyjnych warunków.

Chciałbym, żeby było to coś w rodzaju służby publicznej. Oczywiście nie chcę tutaj znowu nikogo straszyć, że znacjonalizujemy prywatną praktykę, bo nie o to chodzi. W każdym razie chodzi nie tylko o to, żeby warunki, w których pracują lekarze, były, że tak powiem, fajne jak w przypadku prowadzenia małego przedsiębiorstwa, ale także o to, żeby było to naprawdę duże zadanie publiczne wykonywane za przyzwoite pieniądze i w przyzwoitych warunkach. Myślę, że dzisiaj tym, co odstrasza młodych ludzi od medycyny rodzinnej, jest fakt, że co 10 minut pojawia się w gabinecie nowy pacjent z nowym problemem. Dla młodych ludzi stojących u progu ukończenia studiów jest to coś tak przerażającego, że po prostu się na to nie decydują. Szczerze mówiąc, wcale się nie dziwię.

(*Senator Andrzej Wojtyła: Czemu?*)

Czemu? No, Andrzeju, jesteś lekarzem, sam sobie odpowiesz.

(*Wesołość na sali*)

Przepraszam za taki wątek personalny.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

No tak, ale gdy dzień w dzień przychodzi kilkudziesięciu ludzi, może to być przerażające.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Tak to jest. Oczywiście, dlatego mówiłem o tej koordynacji. Oczywiście, że tak.

Panie Przewodniczący, zdaje się, że odpowiedziałem na ostatnie pytanie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, już przekroczyliśmy czas, ale może pozwolimy na to, by odbyła się chociaż jeszcze jedna tura pytań, dobrze? Bo są senatorowie, którzy nie zadali pytania.

Senator Ślusarz...

(*Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł: Panie Przewodniczący, przepraszam, ale niestety o 13.00 muszę być w ministerstwie.*)

To jeszcze 10 minut, dobrze?

Proszę o krótkie pytania i krótkie odpowiedzi.

(*Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł: Dobrze. Dziękuję.*)

Senator Ślusarz. Proszę.

Senator Rafał Ślusarz:

Ja będę mówić zwięźle.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Ministrze!

Złożę jedną, powiedzmy, deklarację. Uważnie przesłuchałem posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia, powiedział pan takie jedno zdanie, które potem pociągnęło za sobą tysiąc zdań sprzeciwu. Chciałbym pana zapewnić, że nie jest pan osamotniony, popieram decyzję w sprawie in vitro, którą pan podjął.

Dostałem już pewne informacje zwrotne w związku z tym, co pan wtedy powiedział. Jest kwestia tego, że planuje pan zmiany ewolucyjne. One oczywiście... To podnosi jakość wprowadzonych zmian, ale ma jedną wadę, opóźnia nastąpienie pewnych wydarzeń. Odnoszę wrażenie, że menadżerowie traktują tę pana deklarację jako taką zachętę do spokoju i przysypiania. W związku z tym w służbie zdrowia dalej dzieją się pewne patologie. Czy nie nastąpił już czas na to, żeby, powiedzmy, padły pewne twardsze zdania? Pan na pewno znajdzie sposób na to, żeby powiedzieć, że błędy nie mogą być kontynuowane i że będziemy przyglądać się patologiom. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa. Ma pan ludzi, którzy będą wiedzieli, czy da się coś z tym zrobić, czy nie. Od wczoraj są nowi wojewodowie, mają oni swoich przedstawicieli w radach społecznych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jest możliwość wysłania ludzi. Jest tylko pytanie, czy będzie pan chciał skorzystać z tego narzędzia. Dotychczas rady społeczne były, powiedzmy, ciałami fasadowymi, ich funkcja była prestiżowa. W związku z tym, że docelowo chcemy finansować opiekę zdrowotną również przez wojewodę, a ci ludzie często pełnią funkcję przez jedną kadencję, może warto byłoby już pomyśleć o tym, żeby wysłać tam ludzi zajmujących się sprawami merytorycznymi. Chodzi o to, żeby oni już przyglądali się właścicielom, którzy bardzo często zawodzą w kwestii zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Koniec.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Pani przewodnicząca Czudowska.

Senator Dorota Czudowska:

Ja połączę dwa pytania w jedno, z jednego zrezygnuję.

Panie Ministrze, niedługo wróci temat żywienia w szkołach. Mamy bardzo dużo informacji o tym, że likwidacja tej niby złej żywności w sklepikach szkolnych...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak. Niedawno, przedwczoraj spotkałam się z właścicielami sklepików. Powiedziałabym, że nawet z zainteresowaniem słuchałam, jak młodzi sobie radzą. Korzystają z cateringu, na przerwach podjeżdżają dostawcy KFC, pizzy. Jest to samo, jest nawet jeszcze gorzej, tylko dzieci nie korzystają ze sklepików, a z innych możliwości. Nawet nie o to mi chodzi, w tym momencie nie chodzi mi o sklepikarzy. Zdrowie publiczne. Czy pan minister teraz, podczas rozmów z rządem, także o pewnych zmianach w mediach... Powtarzam to jak mantrę: nie uregulujemy tych spraw bez współpracy z mediami publicznymi. Chodzi o zakaz pewnych reklam, promocję zdrowia w mediach. Musi to być... Jakie jest pana zdanie na ten temat? Może to też nie jest priorytetem, ale... Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, na koniec jeszcze ja pozwolę sobie zadać dwa bardzo króciutkie pytania, na które już częściowo pan odpowiedział.

Czasem w mediach sprawność działania ministra czy resortu zdrowia jest mierzona dostępnością lekarzy specjalistów. Mniej kolejek oznacza, że resort działa sprawniej. Chodzi o to, o czym pan powiedział. Czy nie należałoby się zastanowić... Czasem myślę, że sami lekarze specjaliści jakby napędzają tworzenie się kolejek, po pierwszej wizycie już umawiają osobę na następne wizyty. Czy nie należałoby tego zmienić, nie wiem, zamiast płacić za wizytę, zapłacić za pacjenta, który zgłosił się do lekarza specjalisty? Czy jeśli chodzi na przykład o kolejną wizytę, to lekarz rodzinny powinien jeszcze raz kierować pacjenta do specjalisty? Czasem wizyta u specjalisty sprowadza się tylko do przepisania leków, które rzeczywiście może przepisać lekarz rodzinny, dzięki czemu nie trzeba ponownie udawać się do lekarza specjalisty. To taka moja luźna uwaga. Czy państwo o tym myślicie?

Druga sprawa. Pan jest lekarzem rodzinnym, myślę... Czy nie powinno się dążyć do tego, żeby zwiększyć finansowanie lekarza rodzinnego, a jednocześnie po prostu zmniejszyć pulę jego pacjentów? Chodzi o to, żeby miał on mniej pacjentów, mógł poświęcić im więcej czasu i kłaść większy nacisk na profilaktykę. Myślę, że można będzie zaoszczędzić dużo pieniędzy w służbie zdrowia, w całym systemie, jeżeli wcześniej wykryjemy pewne choroby. Czy właśnie zmiana roli lekarza rodzinnego nie powinna być skierowana bardziej w tym kierunku? To moje króciutkie pytanie. Dziękuję bardzo.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo.

Dziękuję panu senatorowi Ślusarzowi za dobre słowo.

Znowu pan troszkę tak nawołuje, żeby robić to szybciej. Ja jednak jeszcze raz...

(Senator Rafał Ślusarz: Tylko w kwestii sformułowań...)

Tak, ja rozumiem. Działa to w dwie strony. Jak mówimy o likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, to raptem okazuje się, że już nikt nie chce tam pracować albo ci, którzy tam pracują, pytają, kiedy mają związać manatki. Tak też nie powinno być. Oczywiście, Panie Senatorze, tam, gdzie są nieprawidłowości, będziemy starali się je naprawiać. Po prostu identyfikujemy pola, gdzie można coś naprawić, właściwie można powiedzieć, że nieustannie, na bieżąco się tym zajmujemy. Oczywiście poprawianie prawa, które teraz obowiązuje, też jest... Właśnie onkologia jest tego przykładem. Zdecydowanie tak. Kilka dni temu rozmawiałem z panem prezesem Jędrzejczykiem o tym, co można usprawnić, żeby już dzisiaj poprawić sytuację w podstawowej opiece zdrowotnej, czasem nawet na poziomie zarządzeń prezesa funduszu itd. Tak że przyjmuję to. Jasne.

Jeśli chodzi o rady społeczne SP ZOZ, to chyba też przyjmuję to do wiadomości. Jest to jakaś sugestia dla wo-

jewodów, chociaż proszę też zdawać sobie sprawę z tego, że to wszystko jest, że tak powiem... Wojewoda ma mnóstwo różnych innych obowiązków, nie będzie szukał po...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, tylko chodzi mi o to, że... Pan nawołuje do tego, żeby znaleźć ludzi zajmujących się kwestiami merytorycznymi, ale nie ma ich tak... Zgodzę się z tym, że jest to bardzo ważne. Oczywiście, zgadzam się. Myślę, że być może w jakimś momencie powinna dotrzeć do wojewody sugestia z mojej strony, że jest coś takiego wśród jego obowiązków. To jest dobry pomysł.

Dziękuję za pytanie pani przewodniczącej Czudowskiej w sprawie rozporządzenia o drożdżówkach, jak je nazywam. Proszę państwa, to jest przykład, jak nie powinno się działać w zakresie zdrowia publicznego. Tu nawet już nie chodzi o treść tego rozporządzenia, bo można powiedzieć... Nie wiem, kto z państwa czytał to rozporządzenie, jest ono zupełnie zdumiewające. Jest przedstawiony asortyment sklepiku ze wszystkimi szczegółami, tylko nie ma cen, i jadłospis stołówki, bo składa się to z dwóch części. Jest to napisane dosłownie, ze szczegółami. Moim zdaniem jest to typowy przykład przeregulowania. Wydaje się, że powinno być odwrotnie, to jest moja refleksja. To znaczy, powinno być powiedziane, czego nie należy dawać dzieciom, a nie, co trzeba im dawać. Jest tam napisane o ilości soli potasowej, jeszcze czegoś, jakichś ziołach i różnych rzeczach, które trzeba dosypywać do jedzenia.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Proszę państwa, to naprawdę nie jest rolą ministra zdrowia. Od tego są dietetycy, pani kucharka czy nie wiem kto.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, ale jest z tym pewien problem, dlatego że, proszę państwa, to rozporządzenie jest nałożone na ustawę, a w ustawie jest napisane, że ma być właśnie tak, a nie inaczej, ma być lista pozytywna, a nie negatywna. Niezależnie od tego, co powiedziałem... Na pewno musimy się z tym zmierzyć, bo po prostu nie może tak być, ale...

(Głos z sali: Łamane jest prawo, bo jest rozporządzenie, a inspekcja nas za to nie karze...)

No tak, oczywiście. Dobrze, na szczęście nie karze, jeszcze tego by brakowało, żeby...

(Wesołość na sali)

Właśnie na marginesie chciałbym wypowiedzieć taką ogólną refleksję. Proszę państwa, to jest coś takiego z zakresu zdrowia publicznego, co pokazuje, jak nie powinno się postępować. Przede wszystkim trzeba rozpocząć... Odniosę się do drugiej części pani pytania, za którą bardzo, bardzo dziękuję. Ważna jest rola mediów, przede wszystkim mediów publicznych. Chodzi o to, żeby najpierw promować wśród ludzi to, że są rzeczy, które szkodzą dzieciom. Wśród nich są przede wszystkim cukier i kalorie. O tym trzeba mówić przede wszystkim, trzeba trąbić na prawo i lewo, robić zabawne filmiki dla dzieci, żeby one się zachęciły itd. Proszę państwa, wiedzą państwo, jaki jest problem? Jeżeli minister zdrowia pójdzie do publicznej telewizji, która jest spółką, to będzie musiał wykupić ogłoszenie za jakieś nieprawdopodobne pieniądze, najlepiej...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Okej. Ja mam bardzo dużą nadzieję, że po prostu to się zmieni, bo jest to jakiś absurd. Oczywiście w wielu krajach minister zdrowia może traktować media publiczne – a pewnie i inne pośrednio, troszkę na zasadzie kręgów w wodzie – jako ramię, narzędzie do tego, żeby... Proszę państwa, niestety dzisiaj jest inaczej. Jak na konferencji prasowej w ministerstwie powiedziałem o tym, że będziemy zastrzekać przepisy antytytoniowe, to potem mocno przyłożyli mi dziennikarze jednej z gazet, twierdząc, że chcę zakazywać, uderzam w prawa człowieka itd. Nie może tak być. Oczywiście zasada przekazu medialnego musi się zmienić. Mówię to troszkę w obronie poprzednich ministrów, którzy ni stąd, ni zowąd wprowadzili rozporządzenie o drożdżówkach, trochę jak słoń w składzie porcelany. Niestety muszę powiedzieć, że zauważa się aspekt, o którym mówił pan senator, to znaczy kwestię nieszanowania prawa. Jest jednak jeszcze gorszy problem – przede wszystkim z perspektywy ministra zdrowia – który dotyczy właśnie zdrowia publicznego. Chodzi o to, że w tym całym zgiełku ginie to, co jest najważniejsze, czyli przekaz, że dzieci powinny jeść zdrowo i że nie powinno się dawać im niezdrowych rzeczy. To w ogóle zaginęło w tym wszystkim. Dzisiaj sprawy, o których... To, że jest łamane prawo, to jest jedna kwestia, a drugą kwestią jest obchodzenie prawa, o którym mówiła pani przewodnicząca. Przed szkołą ustawia się jakiś mobilny sklepik, który sprzedaje wszystko, co jest niezdrowe. Wszyscy się śmieją, bo ktoś idzie z torebką soli, druga osoba idzie właśnie z drożdżówką albo batonem kupionym w sklepie, albo czymś takim. To jest coś najgorszego w tej całej historii. Na pewno jest to dobra lekcja, jak nie powinno się działać w zakresie zdrowia publicznego. Nie mam co do tego żadnych wątpliwości.

Pan przewodniczący Kraska pytał o dostęp do specjalistów. Absolutnie zgadzam się z tym, że trzeba przesuwając pacjentów przede wszystkim pod opiekę lekarza rodzinnego, bo czasem kolejki są po prostu sztuczne. Nawet w kontekście tych bezpłatnych leków... Ktoś na jakiejś konferencji zadał mi pytanie: jeżeli ktoś musi co dwa miesiące chodzić do lekarza specjalisty po leki, to dlaczego tamten lekarz nie będzie mógł wystawić recepty oznaczonej literą „S”? Ja właśnie jako lekarz rodzinny zaczynam drapać się po głowie i zastanawiam się, co to jest za pacjent, który musi długo, latami, przez całe swoje życie chodzić co dwa miesiące do specjalisty po leki. Nie ma takich sytuacji.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To jest zupełnie inna sprawa, to jest patologiczne rozwiązanie. Myślę, że pan przewodniczący Kraska ma rację, twierdząc, że jest też element gry o wizyty. Wizyta polegająca na wystawieniu recepty jest lekka, łatwa, przyjemna i płatna. Ale za to inni stoją w kolejce. Po prostu tak to wygląda.

(Głos z sali: Powinien to robić lekarz rodzinny.)

Oczywiście, że tak, powinien to robić lekarz rodzinny. Postulat, żeby więcej płacić lekarzom rodzinnym i przydzielać im mniej podopiecznych – tak jak powiedział pan przewodniczący – jest super, to jest miód na moje uszy, ale proszę państwa, żeby to zrealizować, trzeba mieć 15, 20 tysięcy dodatkowych lekarzy rodzinnych, których nie ma. Zwracam uwagę na to, że w wielu krajach, w których medycyna podstawowa działa nieźle, liczba podopiecznych

przypadających na lekarza waha się w granicach od 1 tysiąca do 1 tysiąca 400 osób. U nas to jest 2,5 tysiąca osób, a czasem nawet powyżej 3 tysięcy.

(Głos z sali: Ale wyrobi się.)

Nie, nie. Panie Senatorze, my mówimy o jakości, niestety po prostu nie da się zapewnić dobrej jakości w tym tłumie i pośpiechu. W jakimś sensie mówienie o tym, że mają się tam pojawić jeszcze jacyś dodatkowi pacjenci, choćby ci, którzy chodzą po receptę do specjalisty, zaczyna być po prostu groźne dla systemu, bo może się okazać, że... Są różne rozwiązania. Proszę państwa, na przykład w Finlandii pacjent przychodzący do podstawowej opieki zdrowotnej trafia do pielęgniarki, a nie do lekarza. To pielęgniarka kwalifikuje, czy powinien on pójść do lekarza. Szczerze mówiąc, nie wiem, czy w Polsce można coś takiego zaproponować, chyba nie. W związku z tym potrzebujemy większej liczby lekarzy, ale ważne jest to, by pracowali tam na zasadzie dobrowolności. Trzeba ich zachęcić, więc rzeczywiście trzeba stworzyć im dobre warunki, nie tylko płacowe, ale także organizacyjne.

Moim zdaniem dla bardzo wielu młodych lekarzy na przykład właśnie sytuacja takiego pośpiechu jest na tyle przerażająca, że po prostu nie chcą tam pracować. Zupełnie inaczej wygląda praca w jakiegokolwiek poradni specjalistycznej czy w szpitalu. Tu i tu praca jest ciężka, ale... W każdym razie można powiedzieć, że w tej pracy tworzy się sytuacja, w której można się obawiać, czy lekarz rzeczywiście realizuje to, czego się nauczył. Bezpieczeństwo pacjenta zaczyna być gdzieś na jakimś... Jest ryzyko, że to się po prostu źle skończy. Myślę, że taka sytuacja jest nie do zaakceptowania, zwłaszcza z perspektywy młodego, niedoświadczonego lekarza. Moim zdaniem... Proszę państwa, ja przez wiele lat byłem nauczycielem, uczyłem medycyny rodzinnej na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Muszę powiedzieć, że wielokrotnie słyszałem od studentów, że nie wybierają oni medycyny rodzinnej między innymi ze względu na bardzo trudne, polowe warunki. Przy natłoku pacjentów jest to rzeczywiście coś bardzo trudnego. Tak że absolutnie uważam, że pana postulat jest słuszny, tylko jest pytanie, jak to zrobić.

(Głos z sali: Nawet nie mają takich kompetencji, żeby przepisać... Jeśli lekarz pierwszego kontaktu...)

No tak, ale już w ogóle nie da się zmieścić tego typu kompetencji w 10 minutach, prawda?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę państwa, doszliśmy do końca obrad naszej komisji, jeżeli chodzi o punkt: informacja pana ministra.

Dziękujemy za wyczerpujące odpowiedzi.

Myślę, że moglibyśmy rozmawiać i zadawać pytania do wieczora. Liczę na to, że na kolejne zaproszenia pan minister także będzie odpowiadał pozytywnie i będzie się z nami spotykał.

Za chwilę przejdziemy do omawiania drugiego punktu.

Zarządzam minutkę przerwy, pożegnamy pana ministra.

(Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł: Dziękuję bardzo.)

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę państwa, nie ma jeszcze pani senator Czudowskiej, ale myślę, że zaczniemy.

Jest tak zwany żelazny punkt, czyli sprawy różne.

Proszę państwa, każda komisja jest zobowiązana do tego, żeby stworzyć plan pracy na następny rok, dlatego chciałbym, żebyście przynieśli państwo swoje sugestie na piśmie bezpośrednio do Komisji Zdrowia albo wysłali je na adres mailowy komisji. Chodzi o państwa propozycje dotyczące tego, czym powinniśmy zająć się w przyszłym roku, jaki charakter mają mieć posiedzenia, jakie tematy chcielibyśmy poruszyć. Czekam na państwa sugestie.

(Głos z sali: Do kiedy?)

Myślę, że do końca miesiąca. Z tego, co wiem, wynika, że posiedzenia będą się odbywały chyba praktycznie co tydzień.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak, tak, do końca miesiąca.

(Głos z sali: Chciałbym zobaczyć te szkoły medyczne na Karaibach.)

Dlatego chciałbym, żebyście państwo...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Myślę, że nie będzie wyjazdów całej komisji, ale możemy zorganizować wyjazd studyjny, więc czekam na państwa propozycje: gdzie możemy wyjechać i jaką tematyką możemy się zająć. Będę się starał organizować posiedzenia przed samymi posiedzeniami plenarnymi Senatu. Dzisiejsze posiedzenie wyjątkowo zostało zorganizowane troszeczkę wcześniej, ponieważ minister mógł spotkać się z nami akurat w tym terminie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No tak, ale myślę, że godziny popołudniowe są dla państwa lepsze, bo wszyscy jeszcze gdzieś pracujemy. Tak się zdarza. Będę się starał organizować posiedzenia w godzinach popołudniowych właśnie przed posiedzeniami plenarnymi Senatu. Oczywiście determinuje to też dostępność sali, ale myślę, że panie z naszej komisji są tak sprawne, że zawsze załatwią nam salę.

Jeżeli macie państwo jakieś uwagi dotyczące tego, co chcielibyście zmienić w pracy komisji, lub tego, o czym powinniśmy rozmawiać... W poprzedniej kadencji senator Muchacki organizował coś takiego, że raz na dwa, trzy miesiące, raz na kwartał spotykano się ze specjalistami z poszczególnych dziedzin medycyny, z konsultantem krajowym czy konsultantami regionalnymi. Prowadzono dyskusje na temat tego, co jest potrzebne w danej specjalizacji,

branży – czy urologii, czy chirurgii, czy onkologii – czy są jakieś problemy. Potem były formułowane wnioski do ministra lub Narodowego Funduszu Zdrowia. Z tym że, powiem szczerze, bardzo ładnie wyglądało to na posiedzeniach komisji, wszyscy się z tym zgadzali, ale niestety nie było jakichś konkretnych, wymiernych efektów, bo ta komisja... Formułowaliśmy wnioski, ale czasem ani minister, ani Narodowy Fundusz Zdrowia zupełnie się do tego nie ustosunkowywali, więc nie wiem, czy jest sens, żeby coś takiego organizować. Myślę jednak, że na pewno będą zgłaszali się różni specjaliści i będą chcieli się z nami spotkać, więc możemy to...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Może tego dotyczyć jakiś punkt w obradach posiedzeń naszej komisji. Z tego, co widzimy, wynika, że będzie sporo posiedzeń poświęconych wyłącznie pracy nad ustawami, jednak chcielibyśmy, żeby oprócz bieżącej pracy, rozpatrywać także to, co będzie na bieżąco wpływało do komisji. Myślę, że będziemy kontynuować te spotkania w jakiejś formie.

Czy macie państwo jakieś uwagi? Jeśli nie, to zakończymy posiedzenie.

Proszę bardzo.

**Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
Szymon Chrostowski:**

Szymon Chrostowski, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych.

Ja chcę poruszyć tylko jedną sprawę. Jeśli chodzi o obszary tematyczne, to będziemy się spotykać i omawiać problemy, tak jak było w ubiegłej kadencji. Chciałbym tylko wnieść jedną sugestię, ponieważ organizacje pacjenckie bardzo często pytały mnie o to, czy mogłyby uczestniczyć w posiedzeniach. Gdyby byli państwo uprzejmi i zgodzili się na jedno posiedzenie z udziałem organizacji pacjenczkich, byłbym wdzięczny. Przemawiam w ich imieniu. Chodzi po prostu o to, żeby trochę poznać to środowisko, nawet zupełnie nie obszarowo, tylko bardziej od strony systemowej. To tak...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Nie ma więcej pytań.

Zamykam trzecie posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 01)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii