



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (10.)
w dniu 5 kwietnia 2016 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 120, druki sejmowe nr 261, 336 i 336-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Witam państwa serdecznie na kolejnym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, jest to już dziesiąte posiedzenie.

Porządek obrad dzisiejszego posiedzenia obejmuje jeden punkt: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – druk senackim nr 120, druki sejmowe nr 261, 336 i 336-A.

Serdecznie chciałbym powitać gości zaproszonych na dzisiejsze posiedzenie. Witam pana ministra Krzysztofa Łandę z Ministerstwa Zdrowia z panią doradcą... Przepraszam, ale nie mogę przeczytać tego nazwiska. Banasik, Banasikowska, pani Banaszek?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Witam wszystkich państwa z Ministerstwa Zdrowia. Widzę także pana wiceprezesa Macieja Miłkowskiego z Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam wszystkich gości, którzy zechcieli uczestniczyć w dzisiejszym posiedzeniu.

Oddaję teraz głos panu ministrowi. Jest to projekt rządowy, więc proszę o przedstawienie założeń tego projektu.

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Szanowni Państwo!

Projekt ustawy przewiduje zapewnienie dostępu do bezpłatnych leków refundowanych seniorom powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia. Ten projekt odpowiada postulowanym i obowiązującym zgodnie z konstytucją priorytetom opieki zdrowotnej, a więc tym polegającym na szczególnym uwzględnieniu grupy społecznej, jaką są seniorzy. Te osoby bez względu na swoją sytuację materialną wymagają, zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej, szczególnego traktowania. Ich potrzeby zdrowotne są duże, a stopień niewykupywania leków, również leków refundowanych, w aptekach otwartych jest bardzo wysoki i sięga 18% i więcej. Można więc powiedzieć, że co piąta osoba, która jest w wieku podeszłym, po siedemdziesiątym piątym roku życia, odchodzi od okienka aptecznego bez zrealizowania recepty na leki refundowane.

Przypominam, proszę państwa, że obecnie w wykazach leków refundowanych, które są w sprzedaży aptecznej, a więc w obrocie otwartym, znajdują się leki najważniejsze z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa. W ustawie refundacyjnej obowiązują wyraźne i jednoznaczne kryteria, które nakazują wpisywanie do wykazów leków refundowanych, czyli objęcie finansowaniem ze środków publicznych, leków, które przede wszystkim są najskuteczniejsze z opcjonalnych, które są bezpieczne, które spełniają również kryterium ekonomiczne, czyli ich efektywność kosztowa jest poniżej progu opłacalności w Polsce, który wynosi trzykrotność produktu krajowego brutto na osobę za 1 QALY, czyli rok życia w pełnym zdrowiu. Ustawa zakłada również kryterium finansowe, a więc bezpieczeństwo finansowe wydatków publicznych, szczególnie budżetu NFZ. Leki, które w tej chwili są w wykazach leków refundowanych, to oczywiście są leki bezpłatne, leki z opłatą ryczałtową oraz leki ze współpłaceniem w wysokości 30 i 50%. Wydaje się, że jeżeli do systemu trafią dodatkowe pieniądze budżetowe, a tutaj mówimy o pieniądzach z budżetu państwa, to może bez uszczuplania budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia poprawi to dostępność najważniejszych dla seniorów leków refundowanych, które, jak mówię, z wykazów aktualnie obowiązujących będą przenoszone do wykazu S, czyli wykazu leków bezpłatnych dla seniorów.

W projekcie ustawy przewiduje się kryteria, które z jednej strony zabezpieczają nas w ten sposób, że będą to leki najważniejsze właśnie dla seniorów, a z drugiej strony spowodują, że będą to leki, które pozwalają na utrzymanie pod kontrolą wydatków NFZ z jednej strony na leki refundowane, a z drugiej strony, jeżeli chodzi o planowaną kwotę środków budżetowych na leki dla seniorów.

Wykazem chcemy objąć oczywiście te leki, które będą najbardziej efektywne kosztowo. W wyniku prac sejmowych doszło do dodatkowego kryterium polegające na efektywności kosztów. W związku z tym drugi i kolejne wykazy będą obejmowały monitorowanie stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych. A więc tutaj z jednej strony jest reguła bezpieczeństwa, która polega na tym, że ponieważ są to środki budżetowe, ta kwota nie może być przekraczana i oczywiście minister zdrowia jest zobowiązany do tego, żeby w przypadku przekroczeń finansowych ograniczać ten wykaz leków dla seniora. Z drugiej strony to kryterium pozwoli łatwo wskazywać, które to leki powinny ewentualnie być wykluczane z wykazu leków dla seniora. W każdym razie będzie decydował o tym stosunek

kosztów do uzyskiwanego efektu zdrowotnego, a więc jest to kryterium absolutnie powtarzalne, racjonalne, które jest pod pełną kontrolą, bo stosowne analizy może nam przygotować Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Jeśli chodzi, proszę państwa, o wydatki, to w pierwszym okresie, na rok 2016 zaproponowano kwotę 125 milionów zł. Wykaz takich leków ma powstać najpóźniej 1 września tego roku. Oczywiście prace analityczne będą trwały, i już trwają, i zakończą się z pewnym wyprzedzeniem, tak żeby możliwe były konsultacje zewnętrzne. W każdym kolejnym roku ta kwota to będzie ponad 500 milionów zł i, jak państwo zauważycie, w projekcie ustawy zapisano, że jest to kwota wzrastająca, a więc projekt zakłada, że wykaz leków bezpłatnych dla seniorów będzie poszerzany.

Istotnym kryterium jest przepisywanie leków przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z aktywnej listy oraz przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, które mają prawo do przepisywania recept na leki refundowane, a także przez lekarzy dla samych siebie oraz dla członków rodziny powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia. Skąd taka regulacja? Otóż, proszę państwa, można by oczywiście to prawo do przepisywania leków dla seniorów poszerzyć na inne specjalności medyczne, jednak jest to niemożliwe, ponieważ w Polsce w tej chwili system informatyczny nie funkcjonuje, sytuacja jest w tej chwili dosyć trudna, jeśli chodzi o ten projekt i nieprędko taki system powstanie. Oczywiście, kiedy powstanie, będziemy starali się, i będziemy proponować to Wysokim Izdom, żeby poszerzać uprawnienia na inne grupy lekarzy. Ale jak na razie jedynym mechanizmem kontroli potencjalnych nadużyć pod tym względem jest to, że każdy z nas jest przypisany do jednej praktyki podstawowej opieki zdrowotnej i to jest jedyny mechanizm bezpieczeństwa w przypadku braku możliwości kontroli za pomocą systemu informatycznego.

Proszę państwa, aktualnie w przypadku seniorów współpłacenie ze strony pacjentów za leki refundowanych wynosi 860 milionów zł. Skoro na każde kolejne 12 miesięcy przewidujemy kwotę jednak ponad 500 milionów zł, to jest to bardzo istotne odciążenie seniorów od współpłacenia, od dopłacania do tych leków, które są refundowane, a więc tych, które są najważniejsze, mają najwyższy stosunek korzyści do ryzyka, czyli są najbardziej efektywne klinicznie, i których finansowanie jest uzasadnione na podstawie analiz ekonomicznych.

Myślę, że to są najważniejsze kwestie dotyczące projektu ustawy. Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, bardzo dziękuję za głos.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Tradycyjnie przystępujemy do pytań, przede wszystkim pytań państwa senatorów.

Kto z państwa senatorów chciałby zadać pytanie panu ministrowi?

Pan senator Rulewski, który wprawdzie nie jest członkiem naszej komisji, ale oczywiście udzielimy mu głosu.

Panie Senatorze, proszę bardzo.

Senator Jan Rulewski:

Dziękuję.

Jeszcze prośba, żeby była możliwość zadania więcej niż jednego pytania.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A druga sprawa to takie oświadczenie, że to zainteresowanie wynika nie tylko z podstawowych obowiązków senatora, ale i z faktu, że w poprzedniej kadencji Senatu komisja, w której pracach uczestniczyłem, Komisja Praw Człowieka, Praworządności i Petycji, zajmowała się właśnie petycją, która o tym zjawisku traktowała. Niestety, jej bieg został wstrzymany przez Wysoką Izbę.

Przechodzę zatem do pytań.

Pierwsze pytanie, Panie Ministrze – to jest niejako zawarte również w opinii ekspertów, przynajmniej dwóch – to pytanie o zakres podmiotowy. Dlaczego ograniczone jest to tylko do, powiedzmy, weteranów, i to z granicą 75 lat? Skąd ta granica 75 lat w sytuacji, gdy badania wskazują, że ta granica jest znacznie niższa? Mówi się o 60–65 latach, zwłaszcza przy syndromach chorób przewlekłych. Dlaczego nie uwzględniono też innej grupy wrażliwej społecznie, np. bezrobotnych, którzy nie posiadają żadnych środków na wykup leków, a jako świadczeniobiorcy – bo ta ustawa mówi o świadczeniobiorcach, a nie mówi o osobach dojrzałych wiekowo – w ogóle nie posiadają żadnych środków, chyba że są na jakimś utrzymaniu? Trzeba również zapytać o dzieci. Wprawdzie dzieci są na jakimś utrzymaniu, ale działania PiS, słuszne, dotyczące 500+ wskazują, że ta grupa jest jednak zaniedbana, a to, że pęd do życia u tych osób jest tak wielki, sprawia, że czasami wymagają jednak leczenia, a środków własnych dzieci, jak wiadomo, nie posiadają.

Drugie pytanie. Dlaczego nie przyjęto... Jest zapisana w ustawie, jak pan wspomniał, kontrola ordynowania tych leków. No, ona jest różna, pan wspomniał tylko o możliwości nadużyć. Trzeba również mówić o błędach, trzeba mówić o utrudnieniach w dostępie do recept, bo ktoś nie zapisze leków lub nie będzie mógł dopisać, a za duża będzie odległość dla tego człowieka w podeszłym wieku. A więc pytanie jest tego rodzaju: dlaczego nie wprowadzono takiego systemu, jaki występuje w przypadku inwalidów wojennych, czyli książeczki? A więc odpadłby, Panie Ministrze, ten warunek, konieczność udania się każdorazowo do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celem zapisania leku. Czasem to może być lek za 3 zł, 2 zł, a dojazd autobusem do przychodni może tę ulgę niweczyć.

Następne pytanie. Wspomniał pan, że w chwili obecnej współpłacenie w ogóle, tak rozumiałem... NFZ pokrywa środki do wysokości 860 milionów zł, a w projekcie przewiduje się współpłacenie do poziomu 500–600 milionów zł. Jeśli się weźmie pod uwagę sprawność, w tym te obciążenia, o których wcześniej mówiłem, to może okazać się, że w gruncie rzeczy budżet tutaj niewiele doloży. Bo to, co obecnie dokłada, choć nie tyle budżet, bo to pochodzi ze składki na Narodowy Fundusz Zdrowia... Jeśli przyjmijemy sprawność na poziomie 80%, to 80% razy 800 milionów daje 640 milionów zł, a dopłata, jak pan wspomniał, jest na poziomie 564 milionów zł. Czyli różnica jest żadna,

a zamieszanie duże. Zatem pytanie, czy konieczna jest ta lista. Może skreślić tę listę i ustalić, że te leki są w ogóle bezpłatne i nie ma potrzeby tej listy?

No i ostatnie pytanie, może polityczne, może zbyt przezorne. Zauważyłem, że pierwsze lata budżetowego bogactwa powodują wzrost środków o 100 milionów zł. Np. w 2017 r. przewiduje się dopłatę budżetu w wysokości 564 milionów zł, rok później to już 640 milionów zł, a więc więcej o 100 milionów zł, jeszcze rok później znowu dochodzi 100 milionów zł. Tak więc w czasie kadencji PiS wzrost kosztów będzie duży, a później odwrotnie proporcjonalnie do wzrostu liczby osób w podeszłym wieku te kwoty maleją, aż wręcz ustają. A wszystko wskazuje, że w 2025 r. przyrost liczby osób w wieku dojrzałym, w wieku podeszłym będzie znaczny. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Może po jednym pytającym...

Panie Ministrze, proszę odpowiedzieć, będzie prościej i dla pana, i dla nas.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przechodzę do pierwszego pytania: dlaczego 75+, dlaczego nie bezrobotni, dzieci? Otóż, proszę państwa, granica 75+, jest wyznaczona w wielu aktach prawnych. Przykładowo jest to kryterium powstawania uprawnienia do zasiłku pielęgnacyjnego w art. 16 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, jest to przesłanka zwolnienia z opłat abonamentowych lub przesłanka odroczenia odbycia służby zastępczej ze względu na konieczność sprawowania bezpośredniej opieki... a nie, to akurat nie, ale coś innego... Jest jeszcze 28... Aha, to jest to samo. Proszę państwa, jeszcze w kilku aktach prawnych taka granica jest wyznaczona. Trzeba powiedzieć, że konstytucja mówi o opiece nad osobami starszymi. Wydaje się, że skoro ta granica funkcjonuje, występuje w różnych aktach prawnych, to ona jest również dobra, żeby przyjąć ją, jeżeli chodzi o leki bezpłatne dla seniorów. Na pewno jakąś granicę trzeba było przyjąć, a tutaj podstawą uzyskania uprawnienia jest, prawdę mówiąc, nic innego, jak tylko i wyłącznie wiek. W związku z tym uprawnienie jest weryfikowane tylko i wyłącznie na podstawie peselu bądź innego dokumentu, który stwierdza, w jakim wieku jest beneficjent. Proszę państwa, od czegoś trzeba zacząć. Wydaje mi się, że tutaj, jeżeli chodzi o leki dla seniorów i granicę 75+... Pamiętajmy, że potrzeby zdrowotne wznoszą się wraz z wiekiem i wydaje mi się, że te osoby, które są w wieku 75+, te potrzeby mają największe.

Tutaj, proszę państwa, padło słowo „bezrobotni”. Oczywiście projekt ustawy dotyczy również osób bezrobotnych w wieku powyżej 75 lat.

(*Senator Jan Rulewski: Bezrobotnych?*)

To dotyczy każdej osoby powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia. Nie widzę specjalnych przesłanek, dla których mielibyśmy uwzględniać akurat grupę bezrobotnych w niższych grupach wiekowych.

Jeśli chodzi o dzieci... No, proszę państwa, to jest początek. Ja nie wspominałem, ale my będziemy starali się... I taki jest również plan – częściowo odpowiadam również na kolejne pytania – zarządzania tym nowatorskim projektem, że chcemy najpierw pójść bezpieczną ścieżką w zakresie zawartości wykazu leków dla seniora, zaobserwujemy, jak zachowuje się środowisko, jak wygląda sprzedaż tych leków, jak zachowują się beneficjenci i lekarze, a dopiero potem, jak ten projekt zakłada, nastąpi poszerzenie wykazu leków dla seniora.

Jeżeli chodzi o kwestię dzieci, to powiem, że jest to pierwszy krok. Wydaje mi się, że słusznie wybrano osoby w podeszłym wieku jako beneficjentów, którzy na początku skorzystają z refundowanych leków bezpłatnych. Proszę państwa, wydaje mi się, że to jest również spójne z polityką rządu, ponieważ mamy projekt 500+, który ukierunkowany jest na rodziny oraz właśnie na dzieci. Rząd działa w tej sferze trochę w innych obszarach, a tutaj, jeżeli chodzi o Ministerstwo Zdrowia i leki refundowane, na początek skupiliśmy się przede wszystkim na seniorach.

Kolejne pytanie: dlaczego tylko lekarze POZ i czy nie można by było wprowadzić książeczki? Otóż, proszę państwa, książeczka nie jest żadnym dokumentem. Trudno mi sobie wyobrazić, żeby w XXI wieku myśleć o tak archaicznych narzędziach, jakimi kiedyś były książeczki. Proszę pamiętać, że kiedyś rzeczywiście w 4 województwach funkcjonował rejestr usług medycznych, z czego w 3 województwach funkcjonowały książeczki ze wszystkimi kłopotami, które rodzi zarządzanie tymi książeczkami. Proszę państwa, żyjemy w XXI wieku. To powinna być karta elektroniczna, to powinien być centralny system, który monitoruje, jakie leki są przepisywane pacjentom, to powinien być system, który pozwala na zweryfikowanie, co pacjent przyjmuje, przed zapisaniem kolejnego leku, w tym przypadku bezpłatnego dla pacjenta. W obecnej sytuacji trudno mi sobie wyobrazić, żeby książeczka, którą można zgubić, która nie jest dokumentem, którą można stracić, zniszczyć, stanowiła podstawę do stwierdzania uprawnień i monitorowania skuteczności terapii. Dzisiaj rzeczywiście mamy poważny problem, ponieważ różni specjaliści, m.in. ci w szpitalu, nie wiedzą, co pacjent przyjmował w leczeniu ambulatoryjnym, i odwrotnie: pacjent często wychodzi ze szpitala, ma przepisane odpowiednie leki, po czym idzie do lekarza specjalisty, który przepisuje mu lek z tej samej grupy, ale o innej nazwie handlowej i ten pacjent po prostu jest zatrutowany. Podobnie dzieje się, jeżeli chodzi o leczenie przez 2 lekarzy specjalistów czy lekarza specjalistę i lekarza POZ. Wydaje mi się, że skierowanie tych pacjentów jednak do lekarza POZ – i takie jest stanowisko ministra zdrowia – spowoduje lepszą koordynację tego leczenia, wyeliminuje ryzyko interakcji między lekami czy ograniczy to ryzyko, ograniczy ryzyko występowania działań niepożądanych, spowoduje, że ten lekarz POZ rzeczywiście skontroluje, czym leczony jest pacjent. A więc to są dodatkowe korzyści, które ten projekt ustawy niesie.

Jeśli chodzi o pytanie trzecie, to jeszcze raz podkreślam, że dzisiaj seniorzy powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia wydają 860 milionów zł na leki refundowane. Wydaje mi się więc, że skoro w tym projekcie ustawy zapewnia się ponad 500 milionów zł odciążenia seniorów w zakresie tych dopłat i zakupu leków refundowanych, czyli tych najważniejszych z punktu widzenia ich zdrowotności, to jest to bardzo istotne odciążenie. Nie sądzę, żeby uprawnione były przeliczenia, ile to jest na miesiąc, przy założeniu, że wszyscy seniorzy są chorzy i wszyscy potrzebują leków z wykazu S, a potem przeliczanie tego, jak słyszałem w sejmowej komisji zdrowia, na miesiąc, na tydzień, na godzinę. No, proszę państwa, mówmy o konkretnych kwotach. Konkretna kwota jest taka: dzisiaj seniorzy 75+ dopłacają 860 milionów zł do leków refundowanych, czyli tych najważniejszych... Wydaje mi się, że odciążenie ich kwotą 500 milionów zł czy nawet większą – czyli to będzie ponad 60% na każde 12 miesięcy – jest naprawdę istotnym odciążeniem i dużą ulgą dla budżetów seniorów i ich gospodarstw domowych.

Proszę państwa, przyjęte kwoty, zwiążą się... Pytanie czwarte jest bardzo, można powiedzieć, polityczne, natomiast wyjaśnienie jest bardzo merytoryczne. Proszę państwa, zakładamy na początku większy wzrost tych wydatków, ponieważ, jak mówię, jest to nowatorskie rozwiązanie, nowatorski projekt, my musimy mieć go pod kontrolą, ale też zakładamy, że popyt na te leki będzie na początku szybciej wzrastał niż po kilku latach, kiedy sytuacja po prostu się ustabilizuje. To było jedyną istotną i merytoryczną przesłanką takiego, a nie innego rozwiązania. Zresztą, proszę państwa, kolejną ustawą państwo, jako Sejm, Senat, będziecie mogli oczywiście skorygować te kwoty. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Zawsze, gdy jest jakaś data graniczna czy wiek graniczny, jest pytanie, dlaczego akurat taki. Panie Senatorze, myślę, że 75+ jest takim dobrym wyznacznikiem objęcia tych ludzi lekami bezpłatnymi.

Teraz do głosu zgłosił się pan senator Tomasz Grodzki. Proszę bardzo.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Panie Ministrze! Szanowni Goście!

Nie będzie żadnej polityki, będzie czysta merytoryka i obawy. Bo nie ulega wątpliwości, że wsparcie seniorów jest cenną inicjatywą. Nie ulega też wątpliwości, że konstytucja nakazuje szczególną opieką otaczać dzieci, ale to jest temat, do którego wrócę za chwilę. Chciałbym skupić się na brzmieniu tej ustawy.

Z praktycznego punktu widzenia możemy sobie, Panie Ministrze, wyobrazić totalny chaos pod taką postacią, że w momencie uruchomienia ustawy nasi szanowni rodacy powyżej siedemdziesiątego piątego roku życia rzucą się do

apteki i co bystrzejsi z nich wykupią mnóstwo leków, a dla innych ich nie starczy. Będzie to chaos. Kontrola finansowa jest zapisana w ustawie, to, że pan minister będzie korygował, ale pamiętajmy, że seniorzy 75+ na wszystkie leki, nie tylko refundowane, wydają około 2–3 miliardów zł, według ostrożnych szacunków. Jeżeli policzymy, że tych seniorów 75+ według danych GUS jest bodajże 2 miliony 670 tysięcy, to z tego jasno wynika, że w tym roku na jednego seniora przypada około 45 zł. To nie jest duża kwota, aczkolwiek, powtarzam, tak czy owak dla tych ludzi ceną. Ale wyobraźmy sobie, że pierwszy senior kupi leki za 500 zł, drugi senior – za 500 zł, trzeci za – 500 zł. Dla tych mniej sprytnych, którzy się rzucają do kolejki, nie starczy, bo minister zacznie wdrażać mechanizm korygujący, ponieważ ministerstwo z natury rzeczy patrzy na kwestię globalnie, interesuje je, żeby nie wydać więcej niż 125 milionów zł w tym roku. Ale to też będzie trudne do skontrolowania, bo w momencie, kiedy przyjdzie sygnał, że jesteśmy u brzegu, zanim jeszcze spłyną raporty z aptek itd., przy niesprawności naszych systemów informatycznych... No, ta kwota będzie, obawiam się, nieznacznie przekroczona. Jednak to jest mniejszy temat.

Obawiam się, że powstanie chaos spotęgowany tym, że dziesiątki tysięcy osób codziennie wypisywanych ze szpitali w naszym kraju nie będą mogły dostać leku na receptę z pieczętką ordynatora, specjalisty, internisty, geriatry itd., tylko będą musiały dreptać jeszcze raz do poczekalni lekarza rodzinnego, żeby ten uprawomocnił im leki. Nie ludźmy się, Panie Ministrze, będzie to najczęściej polegało na przepisaniu tych leków przepisanych w szpitalu, tylko że ograniczonych do listy leków bezpłatnych. Narażamy tych starszych ludzi na niepotrzebne wycieczki, a lekarzy rodzinnych narażamy na spotęgowanie kolejek w ich gabinetach.

Wracam do idei tej książeczki. Bo 50 zł w tym roku czy cztery razy więcej, około 200 zł w przyszłym, nie jest kwotą dużą. Można to bardzo prosto, Panie Ministrze, rozwiązać, tak jak chociażby robi to firma Sodexo. Z funduszy społecznych zakładów daje się tzw. bony świąteczne. Dostaje się kartę elektroniczną z zapisaną tam kwotą 150, 250, 300 zł. Każdy senior dostałby w tym roku taką kartę doładowaną kwotą do 50 zł, w przyszłym roku – do 200 zł. On wyda swoją kwotę, a dla innych sprawiedliwie starcza. Mamy tu formę elektroniczną, mamy formę w pełni kontrolowalną. Można to też zastąpić bonem papierowym. Obawiam się, że inaczej nastąpi totalny chaos. Ci bystrzejsi wykupią te leki, pojawi się wtórny obrót pozarynkowy w szarej strefie tymi preparatami i skądinąd pożyteczna ustawa wywoła generalny chaos w tej schorowanej grupie ludzi. To tyle na ten temat.

Jeśli chodzi o dzieci, to zgłosimy wniosek mniejszości, poprawkę ujmującą również, zgodnie z zapisami konstytucji, dzieci poniżej osiemnastego roku życia, do osiemnastego roku życia, oraz poprawkę z komisji sejmowej otwierającą jednak możliwość wystawiania tych recept dla wszystkich lekarzy systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Bo różnicowanie nas tak, że lekarz w szpitalu nie może, geriatra nie może, a może tylko lekarz POZ, jest moim zdaniem – już pomijam to, że jest to niesprawiedliwe – niekorzystne dla działania tego systemu. Bo obawiam się,

że i tak minister będzie musiał wdrażać dość szybko mechanizmy korygujące. Gdyby było tak, że lekarze rodzinni są totalnie z informatyzowani, a inni totalnie niezainformowani, to miałyby to sens. Ale obaj wiemy, że tak nie jest. I dlatego proponuję, żeby słowa „lekarz POZ” zastąpić słowami „lekarz systemu ubezpieczenia zdrowotnego”, bo to naprawdę niewiele zmieni w istocie rzeczy, a usprawni działanie tego mechanizmu.

Co do tych kart elektronicznych z limitem dla każdego seniora – bo jesteśmy zobowiązani wszystkich traktować równo, tych, co chodzą i pójdą pierwsi do apteki, tych, co leżą i nie mogą pójść do tej apteki, itd. – to naprawdę nie jest to kłopotliwe. To kosztuje grosze, doładowywanie tych kart co roku jest niezwykle proste i załatwia to podstawowy problem, jakim jest zagrożona ta pożyteczna ustawa, a mianowicie problem chaosu i nierównej dystrybucji bezpłatnych leków dla poszczególnych seniorów. Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Panie Ministrze, proszę o odpowiedź.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Dziękuję za merytoryczne wypowiedzi. Myślę, że różnimy się, jeżeli chodzi o spojrzenie na pewne sprawy, ale na pewno były to merytoryczne wypowiedzi. W takim razie pozwolę sobie merytorycznie do nich się ustosunkować.

Otóż zacznę od tej drugiej kwestii, tzn. równości oraz limitu dla seniorów. Proszę państwa, konstytucja nie zakłada, żebyśmy wszyscy mieli po równo, tylko zakłada, że ma być sprawiedliwie. A więc ma być to równy dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ale obowiązuje nas reguła solidaryzmu. Proszę państwa, solidaryzm społeczny nie zakłada, że my mamy mieć kartę. Jeżeli na tej karcie będzie wbita jakaś kwota, to taki mechanizm spowoduje, że każdy będzie chciał skorzystać z tej karty. Jak pan senator powiedział, osoby, które dostają takie karty np. w zakładach pracy, gdy już mają kartę z taką, a nie inną kwotą, to oczywiście, chcąc nie chcąc, czy mają potrzebę takich czy innych zakupów, czy nie, idą do supermarketu i realizują zakupy. Wydaje mi się, że ten mechanizm spowodowałoby podobne zachowania. A my chcemy, żeby leczeni lekami refundowanymi byli ci, którzy tego rzeczywiście potrzebują. Tak więc nie są potrzebne tutaj mechanizmy, które zwiększają popyt czy tworzą sztuczny popyt na leki refundowane, to nie jest nam potrzebne. Dlatego w imieniu Ministerstwa Zdrowia będę jednak wyrażał sprzeciw co do takiego rozwiązania. A więc solidarnie, a nie równo, bo jednak różni seniorzy mają różne choroby i różne potrzeby zdrowotne. My musimy jak najlepiej użyć dostępnego pieniądza publicznego na finansowanie świadczeń zdrowotnych i odpowiadanie na realne potrzeby zdrowotne. Nie u wszystkich te potrzeby zdrowotne są identyczne.

Jeśli chodzi o potencjalny chaos, to dlatego... Przede wszystkim chciałbym stwierdzić, że już dzisiaj niektóre leki są bezpłatne, bardzo wiele innych leków jest z opłatą ryczałtową. I to nie powoduje specjalnych perturbacji w systemie, one nie są w tej chwili nadużywane, ponieważ nikt bez potrzeby nie wykupuje sobie poważnych leków na poważne choroby, tam po prostu ryzyko nadużyć oraz hazardu moralnego jest relatywnie niskie. I teraz my będziemy się kierować również tym samym, jeśli chodzi o tworzenie pierwszego wykazu S. Po pierwsze, musimy rzeczywiście... Tak jak mówiłem, te kryteria nas obowiązują, a więc, po pierwsze, musimy dbać o to, żeby to były leki potrzebne dla seniorów, więc będą to leki stosowane w chorobach, które są przypisane do wieku podeszłego. Po drugie, jak mówię, obowiązuje nas ten stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu, a więc będziemy chcieli umieścić tam te, które są najbardziej potrzebne dla ludzi starszych, czyli te, które przyniosą im największą korzyść zdrowotną, oczywiście w stosunku do ceny tych leków. Oczywiście, że chcemy zapewnić bezpieczeństwo finansów i przewidujemy, że może się zdarzyć tak, że na początku będzie małe pikowanie związane z promocją i ogłoszeniem wejścia w życie ustawy, a potem pierwszym obwieszczeniem. Ale dlatego powiedziałem, że będziemy się kierować regułą bezpieczeństwa, tzn. najpierw ten wykaz leków S dla seniora będzie relatywnie ograniczony i zobaczymy, jak się zachowa rynek. Jestem pewien, że po mniej więcej 2, 3 miesiącach sytuacja się ustabilizuje i znormalnieje i wtedy będziemy poszerzać wykaz leków dla seniora. Myślę, że da nam to dobrą kontrolę, szczególnie że nie tylko zostało do ustawy, zgodnie z propozycją posła Sośnierzka, wpisane monitorowanie wydatków NFZ – co oczywiście w tej chwili jest bardzo dobrze robione, systemy NFZ pozwalają nam bardzo dobrze kontrolować wydatki na leki refundowane – ale będziemy również kontrolować asortyment dzięki tej zgłoszonej poprawce, co z kolei pozwoli nam na namierzanie zachowań patologicznych i odpowiednią, adekwatną reakcję. Myślę, że ta reguła ostrożności, która jest zapisana w projekcie ustawy, oraz działania, które przewidujemy w Ministerstwie Zdrowia, jednak pozwolą nam uniknąć chaosu, a naszym jedynym zadaniem jest to, żeby za te dodatkowe pieniądze z budżetu państwa jak najwięcej zdrowia kupić dla seniorów.

Oczywiście mówiłem już, dlaczego nie możemy zgodzić się na lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Proszę państwa, mogę sobie wyobrazić taką sytuację, że gdyby w tej chwili, bez systemu informatycznego, każdy lekarz mógł przepisywać leki bezpłatne dla seniorów, to ten senior, taki czy inny, a jakaś tam grupa takich jednostek pewnie by się znalazła, chodziłby do kilku lekarzy, z których jeden o drugim nic by nie wiedział, nie wiedziałby, jakie leki tamten przepisyuje, i ten system po prostu nagle stałby się dysfunkcyjny. Tak więc my musimy mieć kontrolę. Skoro nie mamy systemu informatycznego – a nie chcę się rozwodzić, dlaczego go nie mamy, ponieważ chcę odpowiadać merytorycznie – musimy mieć jakiś mechanizm. I tym mechanizmem jest właśnie to zabezpieczenie, że to jest lekarz z listy aktywnej praktyki podstawowej opieki zdrowotnej.

Dzieci. Powiedziałem już państwu, że na dzieci jest ukierunkowany program 500+. Ten program jest ukierunkowany na seniorów. Ale jest to pierwszy krok, będą kolejne

i myślę, że dzieci powinny być uwzględnione. Ale najpierw zrobimy ten krok, zobaczymy, jak się zachowa nasze społeczeństwo, jak będą wyglądały wydatki, jak się zachowują producenci, jak generalnie cały rynek leków będzie się zachowywał, i dopiero wtedy pomyślimy – o czym jestem przekonany – o kolejnych grupach wrażliwych wskazanych przez konstytucję.

I to chyba odpowiedzi na wszystkie pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Myślę, że ten temat, dlaczego to nie wszyscy lekarze, a tylko lekarze rodzinni, będzie wracał, szczególnie że śledząc dyskusję w Sejmie, widzieliśmy, że poprzednie kierownictwo, a głównie pan minister Arłukowicz, mówiło, że można to wyłapać na podstawie recept, które spływają do aptek. No, też mi się wydaje, że nie. Dlatego właśnie chciałbym, Panie Ministrze, żeby pan to troszkę bliżej nam przedstawił, bo myślę, że ten temat będzie wracał.

I moje dodatkowe pytanie: na jakim etapie jest ten system, który 31 grudnia miał już być skończony, a o którym wiemy, że poszczególne jego człony są zrobione, ale niestety nie ma tej szyny, na której on by działał? Proszę jeszcze o doprecyzowanie tego tematu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Pierwsze pytanie rzeczywiście wymaga komentarza. Proszę państwa, dzisiaj jest system NFZ, który pozwala na kontrolę preskrypcji lekarskiej i rzeczywiście możemy wyśledzić każdy lek co do recepty. Tylko, proszę państwa, to jest system, który jest ustawiony na kontrolę tej preskrypcji kiedy? Po miesiącu, 2, 6 miesiącach, 12 miesiącach? Nie o to tutaj chodzi. Tutaj chodzi o moment przepisywania dzisiaj, tu i teraz, kolejnego leku seniorowi, leku bezpłatnego. Wyłapywanie nieprawidłowości za 6 miesięcy to jest musztarda po obiedzie. Lekarz musi w danej chwili wiedzieć, jakie leki przepisują temu pacjentowi inni lekarze. Nie mamy takiego systemu informatycznego, który by na to pozwalał. W związku z tym jedynym narzędziem kontroli preskrypcji, ewentualnych nadużyć i interakcji między lekami, polipragmazji, stosowania wielu leków jest właśnie ta praktyka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Zostałem wywołany do tablicy, jednak ja nie odpowiadam w resorcie za system informatyczny. Ale jako reprezentant kierownictwa resortu powiem państwu tylko tyle, że w tej chwili my z jednej strony myślimy oczywiście o działaniach konstruktywnych i uratowaniu w jakiś sposób tego projektu... No bo w tej chwili właściwie mamy akcję ratunkową, czyli staramy się zapobiec zwrotowi, a właściwie staramy się zmniejszyć potencjalne kwoty zwrotu do Unii Europejskiej, ponieważ pieniądze były wydatkowane, a efektu niestety nie ma. Sytuacja jest, powiedziałbym,

bardzo trudna. Ten system nie działa i nie sądzimy, żeby zadziałał w najbliższym czasie. Może za 2 lata uda nam się pewne funkcjonalności uratować i włączyć w tym systemie, ale na pewno nie wcześniej. I podkreślam – żeby zakończyć wątki polityczne w tej kwestii – że audyt tego systemu i stanu, w jakim jest ten system informatyczny, nie został przeprowadzony przez tę ekipę w resorcie, tylko został przeprowadzony jeszcze za ministra profesora Zembali. Ten audyt jest jednoznaczny, pokazuje, że ten system jest, prawdę mówiąc, zupełnie dysfunkcyjny – nie chcę używać mocniejszych słów. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy są jeszcze pytania do pana ministra?

Skoro nie, to może oddam teraz głos pani legislator, która ma uwagi do tej ustawy.

Proszę bardzo.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Chciałabym zwrócić uwagę na art. 5, w związku z art. 8. Bo myślę, że rozumiem tę intencję, która przyświecała takiemu nieskorelowaniu tych 2 kwestii, tzn. terminu maksymalnego, do którego ukaże się wykaz, i terminu wejścia w życie ustawy. Domyślam się, że prace trwają od dawna i zapewne on będzie opublikowany jak najszybciej, ale de facto to wejście w życie ustawy nastąpi dopiero wtedy, kiedy ukaże się ten akt, a nie w terminie, o jakim mówi ustawa, czyli będzie uprawnienie, ale nie będzie można go zrealizować.

Druga uwaga dotyczy tego kręgu, o którym mówił pan minister, osób uprawnionych do... To znaczy osoba wystawiająca receptę, którą jest lekarz posiadający prawo do wykonywania zawodu, ale który zaprzestał jego wykonywania... W jego przypadku rozszerzono krąg osób, którym może wydać receptę. Mnie chodzi tylko o zstępnych, bo jednak tam... Chodzi mi po prostu o realizm tego rozwiązania. Rozumiem, że w momencie, kiedy nie ma tego ograniczenia pierwszym stopniem, realne jest, jeżeli w ogóle jest realne... Bo wydaje mi się, że jest bardzo trudne, przy zachowaniu kryterium wieku w postaci 75 lat, znalezienie osoby, która jest zstępnym w linii prostej i to nie tylko pierwszego stopnia, bo skoro nie ma ograniczenia... Czyli jest możliwe, że to będzie recepta dla siebie samego, dla małżonka, dla rodzeństwa. Ale tak daleko, jak idzie ten ustęp... Bo w projekcie aktu tego zapisu nie było, a w Sejmie został on rozbudowany. Więc naszym zdaniem jest tu jednak pewna wątpliwość.

Kolejna uwaga dotyczy art. 4, techniki legislacyjnej, która również jest istotna, i brzmienia tego artykułu. Wskazuję, że jeśli art. 45 ust. 5 ustawy o zawodzie lekarza już został uchylony, to jednak, jak się wydaje, przepis art. 4 powinien brzmieć w sposób bardziej ścisły, czyli powinny być wskazane granice, a w każdym razie wymienione w redakcji ust. 3a, i powinno być odwołanie się do dotychczasowego brzmienia art. 45 ust. 5. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Legislato.

Proszę stronę rządową o ustosunkowanie się do tych uwag.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Krzysztof Łanda:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeśli chodzi o termin, to prace, proszę państwa, nad wykazem S oznaczają de facto przeprowadzenie wielu, być może setek analiz typu *budget impact*, czyli analiz dotyczących wpływu rozwiązania na budżet płatnika, przy uwzględnieniu redukcji współpłacenia ze strony pacjentów do zera. Proszę państwa, praktycznie dla każdego wpisu leku do wykazu leków dla seniora musimy ściągnąć niesamowitą ilość danych. My te prace kontynuujemy, one trwają. Proszę państwa, staramy się wyrobić na mniej więcej 1 sierpnia, żeby móc opublikować pierwsze obwieszczenie wykazu S w taki sposób, żeby rozsądnie dać przynajmniej 3, 4 tygodnie na konsultacje społeczne. One w tym przypadku nie mogą być 2- czy 3-dniowe, ponieważ to będzie pierwszy wykaz leków dla seniora. Z drugiej strony – zahaczam już o kolejne pytanie – staramy się jak najbardziej poważnie traktować instytucję, jaką są konsultacje społeczne, w związku z czym przewidujemy na nie jednak te 3, 4 tygodnie. Ale, proszę państwa, żebyśmy się w ogóle wyrobili na tego 1 sierpnia, to... Proszę mi wierzyć, że my naprawdę staramy się i dużo wysiłku wkładamy w to, żeby tego terminu dotrzymać.

Chciałbym podkreślić, że w tej ustawie większość zapisów dotyczy oczywiście leków dla seniora, ale są tam też zapisy, które zaczną działać wcześniej niż pierwsze obwieszczenie, ponieważ są tam zapisy dotyczące możliwości zamiany leków na droższe do wysokości limitu, co oczywiście znowu jest spełnieniem postulatów strony społecznej, zarówno lekarzy, jak i pacjentów. My uznaliśmy te postulaty, że można zamieniać leki również na droższe odpowiedniki, ale do wysokości limitu, za zasadne i to jest kolejne spełnienie postulatów strony społecznej. Więc proponuję oczywiście pozostawienie tej kwestii bez zmian, wydaje mi się, że ten termin i tak jest dosyć, powiedziałbym, krótki.

Proszę państwa, jeśli chodzi o słowo „zstępny”, to rzeczywiście w pierwotnym projekcie nie było tego zapisu. Zostało nam to zgłoszone przez stronę społeczną w ramach konsultacji zewnętrznych i...

(*Głos z sali: W Sejmie.*)

Tak, w Sejmie, przepraszam, w Sejmie.

Proszę państwa, mieliśmy pisma, które dochodziły do nas, do Ministerstwa Zdrowia. Rzeczywiście to są rzadkie przypadki, ale są. I w związku z tym powstaje pytanie: czy w takim razie dodamy jedno słowo, czy też nie, czy zignorujemy te wyjątkowe przypadki? Moim zdaniem nie jest zasadne, żeby eliminować osoby znajdujące się w tych wyjątkowych sytuacjach.

O dokończenie odpowiedzi na pytanie drugie oraz o odpowiedź na pytanie trzecie poproszę panią dyrektor. Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Prawnego
w Ministerstwie Zdrowia
Anna Miszczak:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Odnosząc się do dodania wyrazu „zstępnych” w odniesieniu do osoby uprawnionej z art. 43a ust. 1 naszego projektu ustawy, powiem, że uzasadnieniem tej poprawki zgłoszonej w Sejmie podczas prac komisji sejmowej było skorelowanie brzmienia tego przepisu z definicją osoby uprawnionej z ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w której właśnie w katalogu są wymienieni zstępni lekarza, który zaprzestał wykonywania zawodu. Poza tym dodam, że uwaga ta zyskała pełną akceptację, a nawet była zainspirowana głosami Biura Legislacyjnego Sejmu.

Oprócz tego występują również przypadki, o których mówił pan minister. Może zaistnieć taka sytuacja w momencie, kiedy żyjemy coraz dłużej i lekarze coraz częściej zachowują swoje uprawnienia właśnie wypisania *pro auctore* i *pro familia* recept lecarskich, więc nie ma uzasadnienia, żeby w tym momencie wyłączać ich zstępnych z tego uprawnienia.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Rulewski się zgłasza?

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

(*Senator Jan Rulewski: Ja...*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Aha, momencik, jeszcze jedna odpowiedź.

**Dyrektor Departamentu Prawnego
w Ministerstwie Zdrowia
Anna Miszczak:**

Przepraszam, jeszcze odpowiedź na pytanie dotyczące umożliwiania zmiany utrzymanego w mocy rozporządzenia dotyczącego recept lecarskich. Proponowalibyśmy jednak zachowanie proponowanego w projekcie brzmienia, ponieważ ta zmiana dokonuje się w obrębie art. 4 ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Tak że to, że rozporządzenie to jest zachowane w mocy, jest przewidziane w obrębie tego samego art. 48. Tak że w jednym ustępie jest ten przepis zachowany w mocy z określeniem okresu, a w kolejnym ustępie jest mowa o tym, że może być zmieniany, z wyraźnym wskazaniem, że na podstawie tego upoważnienia, które jest właśnie w art. 45 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza, lekarza dentystry, i w zakresie, w jakim wymaga tego realizacja ustawy procedowanej przez Wysoką Komisję. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę, pan senator Rulewski.

Senator Jan Rulewski:

Tylko jedna uwaga do wystąpienia pana ministra. Przepraszam, że nieprecyzyjnie, a nawet źle się wyraziłem, gdy mówiłem o książeczce. No, to jest przyzwyczajenie. Mnie bardziej chodziło o kartę, z którą mamy doświadczenia, bo już w latach dziewięćdziesiątych była wprowadzana w 2 województwach – bodajże jedno z nich to było zielonogórskie – i która przysporzyła 30-procentowej oszczędności z tytułu racjonalizacji spożycia. A więc wyobrażałbym sobie tę kartę jako legitymację uprawniającą, w której byłby zapisany rejestr już wydanych leków, ażeby nie następowało, co słusznie pan minister zauważa, nakładanie się, nawet błędnych, zaleceń farmakologicznych. Ale to tylko uwaga.

Panie Przewodniczący, Wysoka Komisjo, ja z uwagą wysłuchałem wystąpienia pana ministra, gdy on w miarę akceptująco wypowiedział się w stosunku do zaopatrzenia dzieci w leki na zasadach tej ustawy. Właściwie nie ma pojęcia „dzieci” w ustawie o zaopatrzeniu w leki, tylko się mówi o świadczeniobiorcach. Czyli chodziłoby o to – mówię już teraz precyzyjnie – żeby poszerzyć ustawę o świadczeniobiorców w wieku od zera do osiemnastego roku życia. Biorę pod uwagę fakt, że została już zatwierdzona ustawa budżetowa na ten rok, zatem nie przewiduję, aby skutki tej ustawy miały miejsce w tym roku, dopiero w przyszłym roku. To jest do ustalenia z panem ministrem, może w trakcie późniejszych docierań przed obradami. Ponieważ to wywoła skutki finansowe, przewiduję możliwość, aby ta lista, która jednak w przypadku dzieci prawdopodobnie będzie inna, ten koszyk będzie inny niż w przypadku dorosłych... On może być inny ze względu na wydatki, ze względu na wydatki budżetowe. Niemniej, skoro się zgadzamy, Panie Ministrze, że dzieci, tak jak w wielu krajach Europy, są objęte szczególną troską, a nakazuje nam to konstytucja w art. 68 ust. 3, proszę o przychyłność zarówno pana ministra, jak i przede wszystkim Wysokiej Komisji. I tę poprawkę składam.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Żałuję, że nie jest pan członkiem Komisji Zdrowia, dlatego pan musi te poprawki przekazać swoim kolegom, bo tylko...

Senator Tomasz Grodzki:

Panie Przewodniczący, w imieniu... Mam nadzieję, że wszyscy te poprawki otrzymali.

(*Głos z sali:* Tak.)

Tę poprawkę w imieniu pana senatora Rulewskiego składamy. Składamy również w niezmiennym brzmieniu tę, która się pojawiła w komisji sejmowej, a która mówi, że w art. 1 pkt 1 w art. 43a wyrazy „lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” zastępuje się wyrazami „lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”. Tożsama poprawka dotyczy art. 44a. Te dwie poprawki do łącznego...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Proszę pana ministra o ustosunkowanie się do tych poprawek.

(*Senator Tomasz Grodzki:* To znaczy odpowiedź pana ministra już znamy.)

Co do tej drugiej już uzyskaliśmy odpowiedź, to może co do tej pierwszej.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Właśnie do tej pierwszej części chciałbym jeszcze się ustosunkować.

Wysoka Izbo! Szanowny Panie Przewodniczący!

Jak już powiedziałem, na początku skupiamy się na osobach 75+. Nad kolejnymi grupami wrażliwymi wymienionymi w konstytucji trzeba się pochylić i trzeba oczywiście odpowiedzieć na potrzeby tych grup wrażliwych społecznie w kolejnych krokach. To jest pierwszy krok. Na dzieci ukierunkowany jest program 500+, na osoby starsze – program bezpłatnych leków dla osób 75+. Proszę państwa, w tej chwili postulat, żeby również dzieci miały prawo do bezpłatnych leków z tego wykazu, oznacza radykalną zmianę i stoi w sprzeczności z niektórymi innymi postulatami, które tutaj padały, sprowadzającymi się do tego, jakoby było mało pieniędzy przewidzianych dla seniorów. Oczywiście skutki finansowe będą już w tym roku, bo to jest 125 milionów zł jeszcze w tym roku, i jest plan przeznaczenia pieniędzy seniorom na każde kolejne 12 miesięcy przez wiele lat do przodu. Jeżeli dzisiaj bez żadnej refleksji włączymy w to dzieci, to oczywiście zmniejszy się pomoc dla seniorów. Dlatego sugeruję, proszę państwa, żeby tę poprawkę oczywiście odrzucić. Jak mówię, to jest pierwszy krok, na dzieci jest ukierunkowany program 500+, program bezpłatnych leków dla osób w wieku 75+ proponuję pozostawić w tej chwili ukierunkowany na seniorów. Oczywiście będziemy rozważać objęcie bezpłatnym leczeniem lekami refundowanymi również kolejnych grup wrażliwych społecznie. I to chyba jest odpowiedź.

Oczywiście innym zmianom, jak już odpowiadałem, jesteśmy przeciwni i uzasadniłem dlaczego.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Czyli znamy stanowisko strony rządowej, która jest przeciwko tym poprawkom.

Jeszcze pani legislator, jeżeli oczywiście jest w stanie ustosunkować się z legislacyjnego punktu widzenia do tych poprawek.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Z legislacyjnego punktu widzenia jest możliwe poddanie pod głosowanie tych poprawek. Poprawki, które zgłosił pan senator Grodzki, to, po pierwsze, 6 poprawek. One

wszystkie mają jednakowy cel i mogą być przegłosowane łącznie, czyli rozszerzają zakres podmiotowy ustawy tak, by obejmowała ona nie tylko osoby, które ukończyły 75 lat, ale również dzieci do osiemnastego roku życia. Czyli mogą one być przegłosowane łącznie.

Po drugie, podobnie mogą być przegłosowane 2 następne poprawki pana senatora Grodzkiego, które dotyczą katalogu podmiotów uprawnionych do wystawiania recept i polegają na zmianie lekarza POZ na lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo, Pani Legislator.

Ja oczywiście też zgłaszam wniosek, wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Czy są jeszcze jakieś głosy?

Skoro nie, to przystąpimy do głosowania.

Rozpoczynamy od przegłosowania wniosku najdalej idącego, czyli o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Kto z państwa senatorów jest za tym, aby przyjąć tę ustawę bez poprawek? (6)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (2)

Czyli został przyjęty wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Senator Tomasz Grodzki:

My zatem zgłaszamy wnioski mniejszości w brzmieniu opisanym przez panią legislator, ja z panem senatorem Dudą.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

I pan będzie reprezentował wnioskodawców, Panie Senatorze, tak?

(Senator Tomasz Grodzki: Słucham?)

Pan będzie reprezentował...

(Senator Tomasz Grodzki: Tak.)

Dobrze.

Mamy przyjęte już postanowienia.

Zamykam posiedzenie...

(Głos z sali: Jeszcze sprawozdawca komisji.)

A, sprawozdawca. Jeżeli pozwolicie państwo, to wyznaczę siebie na sprawozdawcę tej ustawy.

Nie ma głosów przeciwnych. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 04)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii