



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(138)

7. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 9 marca 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (druk nr 78).
2. Rozpatrzenie ustawy o ratyfikacji Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzonej w Genewie dnia 21 maja 2003 r. (druk nr 81).
3. Informacja na temat aktualnego stanu prac nad projektem ustawy o ratownictwie medycznym.
4. Sprawy bieżące.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram kolejne posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam serdecznie panie i panów senatorów. Witam serdecznie zaproszonych gości, wśród nich ministrów, którzy przedstawiają nam informacje tematycznie związane z porządkiem dzisiejszych obrad, reprezentantów administracji, również rządowej, przedstawicieli towarzystw angażujących się w tematykę ustawową.

Rozesłany państwu, paniom i panom senatorom, porządek obrad wygląda następująco. Zaczniemy od rozpatrzenia dwóch ustaw – w punkcie pierwszym: ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w punkcie drugim: ustawa o ratyfikacji Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu. O godzinie 12.30 przejdziemy do omówienia aktualnego stanu prac nad projektem ustawy o ratownictwie medycznym. W czwartym punkcie będą sprawy bieżące.

Czy są uwagi do porządku obrad? Jeśli nie będzie uwag, uznam, że program prac komisji został przyjęty.

Bardzo proszę, przystępujemy do punktu pierwszego: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, druki sejmowe nr 220 i 261, druk senacki nr 78.

Kto referuje tę nowelizację z ramienia ministerstwa?

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić do protokołu.

**Dyrektor Krajowego Biura
do spraw Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński:**

Dzień dobry. Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Pan minister Wojtyła przeprasza za nieobecność. Być może, zdąży jeszcze na obrady.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Proponowana nowelizacja ustawy dotyczy definicji leczenia substytucyjnego, która znajduje się w słowniku do ustawy. Z przyczyn technicznych, redakcyjnych nastąpił błąd. Zamiast wydrukować prawidłowy zapis, zgodny z intencją ustawodawcy, że leczenie metadonem jest to podawanie środka agonistycznego, niestety doszło do błędu drukarskiego, technicznego i wydrukowano: „antagonistycznego”. Tak że chcielibyśmy ten błąd poprawić.

Chcę tylko jakby dodatkowo wyjaśnić i uspokoić szanownych państwa, że – tak jak wspomniałem – to jest błąd tylko i wyłącznie w słowniczku. Wszystkie akty wykonawcze, regulujące zasady leczenia substytucyjnego w Polsce, które obecnie obowiązują, są zgodne z logiką i wiedzą medyczną. Tu nie nastąpiło żadne zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Uważamy, że trzeba ten oczywisty błąd, który się wkradł, poprawić. Jest nam z tego powodu bardzo przykro, ale... możemy to tylko usprawiedliwić. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Na szczęście problem narkomanii w Polsce ciągle nie ma charakteru epidemicznego. Gdy patrzyłem na indeks globalnego obciążenia chorobami, poziom narkomanii stanowi mniej więcej jedną dziesiątą obciążenia tego, co mamy z powodu alkoholu. Tym niemniej dużo jest do zrobienia i, rzeczywiście, zwłaszcza w leczeniu substytucyjnym ciągle mamy pewne rezerwy.

Czy ktoś z pań lub panów senatorów chciałby odnieść się do propozycji zmiany tej ustawy? Dla nas psychiatrów, tutaj jest nas dwóch, ago- i antagonistą, to jest oczywista, że tak powiem, wpadka ortograficzna. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w tej sprawie? Nie widzę zgłoszeń.

Przystępujemy zatem do głosowania.

Kto z państwa jest za przyjęciem propozycji zmiany ustawy, zgodnie z wnioskiem zawartym w druku sejmowym i senackim? (12)

Przyjęliśmy bez poprawek.

Proszę państwa, punkt drugi: rozpatrzenie ustawy o ratyfikacji Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzonej w Genewie dnia 21 maja 2003 r.

Bardzo proszę przedstawiciela ministra spraw zagranicznych.

(*Głos z sali:* Trzeba ustalić sprawozdawcę do tamtej ustawy...)

Aha, bardzo przepraszam pana dyrektora.

Wracamy jeszcze do kwestii, kto chce być sprawozdawcą tej ustawy. Czy pan senator Ślusarz chciałby ją referować? Bardzo proszę.

(*Senator Rafał Ślusarz:* Tak, mogę się podjąć.)

Bardzo dziękuję.

Przystępujemy zatem do punktu drugiego.

Bardzo proszę pana dyrektora.

**Pamięć Obowiązków Zastępcy Dyrektora
Departamentu Prawno-Traktatowego
w Ministerstwie Spraw Zagranicznych
Andrzej Kremer:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie!

Andrzej Kremer, zastępca dyrektora Departamentu Prawno-Traktatowego w Ministerstwie Spraw Zagranicznych.

Przedkładamy dzisiaj państwu pod obrady Ramową Konwencję Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, która została sporządzona w Gene-

wie w dniu 21 maja 2003 r. Polska podpisała konwencję 14 czerwca 2004 r. W chwili obecnej sto siedemnaście państw jest już stronami konwencji, czyli w relatywnie krótkim okresie zyskała ona duże poparcie na arenie międzynarodowej. Opracowanie konwencji i jej zapisy zostały podyktowane przekonaniem, że współpraca międzynarodowa jest potrzebna i konieczna w ograniczeniu zużycia tytoniu, a tym samym w poprawieniu cech zdrowotnych współczesnej populacji, w szczególności zmniejszeniu ryzyka przedwczesnych zgonów, niepełnosprawności i degradacji społecznej, ekonomicznej, spowodowanych konsumpcją wyrobów tytoniowych oraz biernym paleniem.

Konwencja przewiduje wiele działań zmierzających do realizacji tych celów, między innymi edukację, szkolenia, tworzenie narodowych planów walki z uzależnieniem, ochronę ludności, wprowadzenie zakazów używania tytoniu w miejscach publicznych, jak też ograniczenie popytu na wyroby tytoniowe, ich dostępności dla niepełnoletnich, w tym w szczególności ograniczenie w zakresie reklamy oraz nielegalnego handlu wyrobami tytoniowymi, zapewnienie dostępności diagnostyki, leczenia uzależnień od tytoniu. W tym zakresie Polska poczyniła już wcześniej wiele działań zgodnych z treścią konwencji, w szczególności w trybie przyjęcia ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami tytoniu i wyrobów tytoniowych, jak też przyjęcia przez Radę Ministrów – w tym zakresie działania Polski są zgodne z treścią konwencji – „Programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu” na lata 2002–2006.

W związku z tym należy stwierdzić, że ratyfikowanie przez Polskę wymienionej konwencji nie pociągnie za sobą istotnych zmian w obecnej polityce zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej państwa, nie spowoduje także konieczności wprowadzenia zasadniczych czy licznych zmian do obowiązującego prawa. Niezbędne będzie dostosowanie niektórych przepisów prawnych odnośnie do eliminacji reklamy transgranicznej, promocji i sponsoringu wyrobów tytoniowych oraz wspierania alternatywnej działalności gospodarczej w stosunku do upraw tytoniu. Ratyfikowanie konwencji nie spowoduje dodatkowych kosztów budżetowych, a jej realizacja będzie finansowana ze środków przeznaczonych już uprzednio na Program ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu.

Ze względu na to, że postanowienia konwencji dotyczą spraw uregulowanych ustawowo, wielu uprawnień podmiotów gospodarczych, a także ewentualnie osób fizycznych, związanie Rzeczypospolitej Polskiej przedmiotową konwencją powinno nastąpić w trybie ratyfikacji za uprzednią zgodą wyrażoną w ustawie, która przez Sejm została przyjęta i przedłożona Wysokiej Izbie do zajęcia stanowiska. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z pań lub panów senatorów chciałby zabrać głos w tej sprawie?

(*Senator Janina Fetlińska: Jeśli mogę prosić.*)

Bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Myślę, że bardzo dobrze się stało, że wreszcie ta ustawa będzie ratyfikowana, ponieważ w czerwcu 2003 r. nasz rząd podpisał konwencję, bardzo długo natomiast

czekaliśmy na ratyfikację. Muszę powiedzieć, że jesteśmy bardzo dobrze postrzegani w Europie jako kraj, który znakomicie wdrożył legislację. Jeśli chodzi o późniejszą już realizację tej legislacji, to może z tym nie jest najlepiej, gdyż ciągle jeszcze mamy chyba za mało środków. Jednak oczekiwanie na tę ratyfikację trwa zbyt długo. Wydaje mi się, że bardzo dobrze się stało, iż mamy wreszcie możliwość zakończyć ten etap, ponieważ – jak już wspomniał pan dyrektor – większość przepisów tej konwencji mamy właściwie w naszych aktach prawnych zapisanych. Myślę, że pan profesor Zatoński, który jest wśród nas, mógłby jeszcze – jeśli mogę prosić – powiedzieć parę słów w tej sprawie, ponieważ włożył wiele wysiłku, żeby przepisy prawne w tej kwestii były w Polsce rzeczywiście dobrze przygotowane i wprowadzone.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Oczywiście.

Bardzo proszę pana profesora.

**Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów
w Centrum Onkologii – Instytucie
imienia Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Witold Zatoński:**

Dziękuję.

Cóż, mogę tylko powiedzieć, że właściwie cały świat czy szczególnie kraje europejskie zawsze mi gratulowały, że mamy takich światłych polityków. Polska była jednym z pierwszych krajów w Europie, który podjął taką ustawę. Nasza ustawa jest ustawą wielopoziomową. Są zresztą jej skutki zdrowotne. W Polsce od pewnego czasu zmniejsza się zachorowalność na choroby wynikające z inhalacji dymem tytoniowym, czego najlepszym przykładem jest rak płuca, schorzenie, które występuje tylko w populacji czy prawie wyłącznie u osób palących tytoń.

Tak więc Polska była jednym z inicjatorów tej konwencji. Polscy posłowie pod koniec lat dziewięćdziesiątych bardzo często bywali na posiedzeniach Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie. Polska jest uważana za współkreatora tej ustawy. Niestety, z przykrością muszę powiedzieć, że w ostatnich latach rola Polski jako lidera, szczególnie w centralnej i wschodniej części Europy, została zawieszona na kołku. Dlatego jestem niezwykle szczęśliwy, że będę mógł spojrzeć w oczy swoim kolegom, którzy podziwiali nas za to, co zostało zrobione w latach dziewięćdziesiątych. Zresztą nie tylko chodzi o ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu, ale i inne sprawy związane ze zdrowiem publicznym.

Niedawno byłem z panem ministrem Wojtyłą na takim właśnie spotkaniu w Światowej Organizacji Zdrowia, gdzie pan minister anonsował, że jest zmiana stosunku do tempa akceptacji tej konwencji. No i wydaje mi się, że to będzie także bardzo ważny krok do uporządkowania tych jeszcze rzeczy, które zostały do uporządkowania z zakresu ograniczenia następstw zdrowotnych palenia tytoniu, a szczególnie naszych zobowiązań międzynarodowych, bo tylko w ten sposób mogą one zostać uporządkowane i rozwiązane. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan minister Wojtyła.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Krótko, Panie Przewodniczący. Chciałbym powiedzieć, że faktycznie konwencję podpisał ambasador Polski przy Organizacji Narodów Zjednoczonych w czerwcu 2004 r. Rada Ministrów już w lipcu 2005 r. skierowała projekt do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, jednak przed zakończeniem czwartej kadencji Sejm nie rozpatrzył ustawy.

Chciałbym również powiedzieć, że jesteśmy jednym z nielicznych krajów w Unii Europejskiej, która jeszcze nie podpisała konwencji. Polska na razie uczestniczy w pracach jako obserwator. Bardzo dziękujemy za to, że w tej chwili prace nad ratyfikacją zostały przyśpieszone, gdyż będziemy mogli wspólnie z panem profesorem Zatońskim powiedzieć już, że jesteśmy nie tylko obserwatorami, ale i członkami tej konwencji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Z tym tytoniem w Polsce tak dobrze nie jest, są bowiem u nas zjawiska, które są także i w Europie, że ograniczaniu palenia przez dorosłych nie towarzyszy ograniczenie palenia przez dzieci. Obniża się wiek inicjacji tytoniowej. Następuje przewaga liczebna dziewcząt nad chłopcami w paleniu, co z punktu widzenia ryzyka zdrowotnego może dać po latach skutki zdrowotne nie mniejsze niż wtedy, gdy paliła znacznie większa część dorosłej populacji. Zmienił się język używany w przypadku tytoniu. W tej chwili mówi się o tytoniu jako o jedynym legalnym zabójcy. Bank Światowy wspiera programy przestawienia gospodarek krajów tytoniozależnych na inne tory. Tak że tutaj Polska już nie jest na pewno... W świetle ostatniego ustawodawstwa irlandzkiego myślę, że zaostrza się, na szczęście, podejście prawodawców europejskich do tytoniu. Mam nadzieję, że ratyfikacja konwencji znowu troszeczkę odświeży nam ostrość widzenia tego problemu, jakim jest palenie tytoniu, zwłaszcza przez dziewczęta.

Szwedzi w takich badaniach w ogóle uznają palenie za moment wyłamania się z procesu wychowawczego. To jest ten moment, kiedy dzieci wyłamują się z pewnego transferu ku dorosłości. Badano później używanie substancji ciężkich, ciężkich narkotyków. Po inicjacji nikotynowej po paru latach okazuje się, że w tej grupie jest kilkakrotnie wyższe obciążenie używaniem narkotyków. Tutaj ciągle musimy monitorować tę sprawę. Tak że myślę, że dzisiejsza nasza zgoda, popieranie przyjęcia tej konwencji jest na pewno krokiem w dobrą stronę. Jednak wiele się jeszcze musi zmienić w naszej polityce zdrowia publicznego, by uznać, iż problem ten jest jakoś przygaszony w Polsce.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Jeśli nie, to kto z państwa jest za przyjęciem uchwały popierającej przyjęcie ratyfikacji? (12)

Jednogłośnie za.

Dziękuję bardzo. Dziękuję za dotychczasowe wysiłki. Liczymy na więcej.

(*Głos z sali: Sprawozdawca jeszcze.*)

Kto będzie sprawozdawcą?

Może pani senator Fetlińska?

(*Senator Janina Fetlińska: Z przyjemnością. Dziękuję bardzo.*)

Zgadzamy się na to, żeby pani senator Fetlińska była referentem.

Proszę państwa, mamy pewne wyprzedzenie czasowe, ale wszyscy zaproszeni goście są obecni na sali.

Proszę państwa, chcę wnieść autopoprawkę do porządku obrad zmieniającą nazwę punktu, którym się teraz zajmujemy. Po naradzie w prezydium komisji proponujemy następujący rytm pracy nad informacją. Najpierw chcielibyśmy poprosić pana profesora Juliusza Jakubaszkę, prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, o krótką prezentację problematyki. Następnie chciałbym bardzo prosić pana ministra Pinkasa o przedstawienie stanu prac nad projektem ustawy. Potem dyskusja z udziałem państwa, z udziałem zaproszonych gości. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, to uznam, że Wysoka Komisja wyraża zgodę na taki tryb.

Wobec powyższego przystępujemy do prezentacji. Bardzo proszę. Prosiłbym też o przygaszenie trochę światła na czas prezentacji, bo ona się przez to stanie bardziej dla nas czytelna.

Chciałbym powiedzieć, że byłem w Karpaczu na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. To był dla mnie bardzo pouczający wyjazd. Z tym większym zadowoleniem przyjmuję fakt, że jest wśród nas główny prelegent tamtego seminarium.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej
Juliusz Jakubaszko:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie!

Na wstępie bardzo dziękuję za zaproszenie mnie na obrady komisji. Jest to dla nas, dla środowiska polskiej medycyny ratunkowej niezwykle ważne, żebyśmy mogli w bezpośrednim kontakcie wyrazić nasze stanowisko w sprawie tego, co się dzieje w naszym kraju w związku z medycyną ratunkową i ratownictwem medycznym i nawiązać współpracę czy dialog z twórcami prawa bezpośrednio nas dotyczącego. Dziękuję również za zaakceptowanie propozycji krótkiej prezentacji tego, co rozumiemy pod hasłem tej dyscypliny medycznej, jaką jest medycyna ratunkowa, jak również jej kształtu w naszym kraju. Materiały, które państwu przedstawiam, mam przygotowane jako materiały ilustracyjne i każdemu chętnemu z państwa je przekażę.

Na wstępie chciałbym przytoczyć kilka zasadniczych definicji z zakresu medycyny ratunkowej, definicji, które funkcjonują w skali globalnej, które są powszechnie przyjęte. Jest to zatem dyscyplina ukierunkowana na leczenie osób w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Definicja nagłego zagrożenia również jest jasna, funkcjonuje w literaturze medycznej. Jest to nagłe i niespodziewane zagrożenie stanu zdrowia, prowadzące do gwałtownej degradacji, grożące śmiercią i – to, co jest najważniejszym elementem tej definicji – wymagające podjęcia natychmiastowego leczenia.

Ratownictwo medyczne jest to system organizacyjny, polegający na zwartej i skoordynowanej gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych, uruchamianych natychmiastowo do opanowania nagłych zagrożeń, niezależnie od ich przyczyny, czasu i miejsca, od możliwości płatniczych pacjenta. Z tej definicji wywodzi się jakby służebna rola tej dyscypliny medycznej względem społeczeństwa.

W swoich zadaniach, sformułowanych ponad trzydzieści lat temu, medycyna ratunkowa ma przede wszystkim takie hasła, jak zmniejszenie liczby zgonów do uniknięcia. Zgony do uniknięcia jest to wskaźnik oceny systemu ochrony zdrowia. W na-

szym kraju, niestety, nie jest wyprowadzany, nie wykonuje się, nie bada tego wskaźnika. To jest również hasło zmniejszenia liczby i rozmiarów inwalidztwa do uniknięcia. Równie ważnym zadaniem medycyny ratunkowej jest zmniejszenie ciężkości bólu, cierpienia, powodowanych nagłym zagrożeniem zdrowotnym, ale również – i to jest podkreślane we wszystkich systemach organizacyjnych dla medycyny ratunkowej – racjonalizacja czasu i kosztów leczenia.

To, co w Polsce udało się przez ostatnich pięć, siedem lat już utworzyć, nosi cechy tej globalnej struktury medycyny ratunkowej, powszechnie przyjętej w krajach rozwiniętych. A zatem jest to struktura oparta o samodzielną dyscyplinę medyczną, podstawową specjalizację lekarską, specjalistyczną bazę szpitalną, specjalizację personelu średniego, a więc pielęgniarek i techników ratownictwa medycznego, tych naszych licencjonowanych ratowników medycznych, a jednocześnie mamy do czynienia z integracją wszystkich jednostek pracujących w systemie.

Struktury opierają się na pewnych powszechnie przyjętych podstawowych pojęciach z zakresu medycyny ratunkowej. Jednym z nich jest pojęcie złotej godziny, które mówi o czasie i prawdopodobieństwie przeżycia od momentu zaistnienia nagłego czynnika uszkadzającego zdrowie, zagrażającego życiu. Takim modelem stał się do wyprowadzenia prezentowanej krzywej uraz wielonarządowy. To pojęcie mówi o tym, że szanse na przeżycie gwałtownie maleją z upływem czasu od chwili zaistnienia urazu. Po trzydziestu minutach ocenia się wielkość szans na przeżycie na około 50%. Po godzinie te szanse wynoszą tylko kilkanaście procent, po półtorej godzinie kilka procent. I to właśnie leży u podstaw tworzenia systemów organizacyjnych dla medycyny ratunkowej.

Takim szkieletem, kręgosłupem systemu jest łańcuch przeżycia, w którym od ogniwa pierwszej pomocy przypadkowych świadków zdarzenia, poprzez łączność alarmową, ratunkową, poprzez działania zespołów specjalistycznych już na miejscu zdarzenia, poprzez kwalifikowany transport ciężko chorego, pacjent, chory, poszkodowany trafia do szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie są rozwijane procedury medyczne ratowania życia. Każde z tych ogniw, kwalifikowana pierwsza pomoc itd., ma swój zakres czynności i ma ludzi, którzy przewidują, ludzi, którzy są zobowiązani do ich wykonywania.

Nie będę się nad tym w tej chwili skupiał – dostaną to państwo w materiałach – ale rozróżniamy podstawową pierwszą pomoc, rozszerzoną dla specjalnych grup zawodowych, takich jak policja, jak straże miejskie, jak kierowcy, jak pracownicy wielkich zgromadzeń ludzkich itd. Rozróżniamy również kwalifikowaną pierwszą pomoc dla służb specjalistycznych ratowniczych, a więc straży pożarnych, WOPR, służb ratowniczych Czerwonego Krzyża itd. Jest to przyjęte w nomenklaturze światowej i takie jest rozumienie kwalifikowanej pierwszej pomocy. To nie jest świadczenie zdrowotne, to jest po prostu zaawansowana kwalifikowana pierwsza pomoc.

Świadczenie zdrowotne rozpoczyna się na etapie zespołu medycznego, a więc tam, gdzie się pojawiają zawody medyczne w miejscu zdarzenia: lekarze ratunkowi, pielęgniarki ratunkowe, licencjonowani ratownicy medyczni. Jest cały zakres czynności określonych jako medyczne czynności ratunkowe, po to, aby w czasie tych trzydziestu minut, kiedy jest jeszcze 50% szans na przeżycie, doprowadzić pacjenta do procedur klinicznych medycyny ratunkowej, do szpitalnego oddziału ratunkowego, będącego platformą dla wszystkich możliwych specjalistycznych zespołów zadaniowych w danym szpitalu, w danej konstrukcji organizacyjnej szpitala. A więc tam się pojawiają zespoły

urazowe, udarowe, wieńcowe, resuscytacyjne, toksykologiczne i takie, którymi dany szpital dysponuje. Dla nich oddział medycyny ratunkowej staje się platformą do rozpoczęcia działań wobec pacjenta, wobec problemu klinicznego, jaki on sobą przedstawia.

Tak więc jednostką organizacyjną w strukturze wieloprofilowego szpitala jest oddział ratunkowy, ukierunkowany na leczenie ratunkowe wszystkich nagłych zagrożeń zdrowia lub życia. Ma on swoją strukturę, ma pewne obszary zadaniowe. Najważniejszy jest obszar resuscytacyjny, gdzie pacjent ma się znaleźć w dziewięćdziesiąt sekund od przekroczenia progu szpitala. Ma obszar terapii natychmiastowej, gdzie według standardów międzynarodowych jest piętnaście minut do rozpoczęcia zaawansowanych działań ratunkowych wobec pacjenta. I ma obszar pacjentów lżejszych, tak zwana strefa zielona, który jest obszarem obserwacji i konsultacji. Stąd, po wstępnym, że się tak wyrażę, opracowaniu pacjenta trafia on, z opanowanymi już funkcjami żywotnymi, na inne specjalistyczne oddziały szpitalne.

A zatem rdzeniem systemu ratownictwa medycznego jest oddział ratunkowy. Tam się podejmuje te czynności i tam się rozwija czy przygotowuje pacjenta do dalszych działań specjalistycznych. To potwierdzają wszystkie stanowiska na poziomie Europy, Wspólnoty Europejskiej, na poziomie światowej federacji medycyny ratunkowej, której Polska jest członkiem. Przytaczam to państwu po to, żeby udowodnić, że nie jestem gołosłowny, że to się bierze z definicji międzynarodowych, taki stan, świadomość tego, że chory w nagłym zagrożeniu zdrowia i życia to jest chory w stanie krytycznym i jemu się należy wysokiej jakości świadczenie. Na etapie przedszpitalnym są to świadczenia określone jako czynności medyczne, czynności ratunkowe w zespołach wyjazdowych. Na etapie szpitalnym rozpoczynają się one od procedur klinicznych medycyny ratunkowej w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Polska po roku 1990, w toku burzliwych przekształceń strukturalnych, społecznych i politycznych, została poddana tym wszystkim czynnikom, które niejako wymusiły medycynę ratunkową ponad trzydzieści lat temu w innych krajach, a więc wzrastająca urbanizacja, wzrost zagrożeń krążeniowych, wzrost urazowości, starzejące się społeczeństwo, ale i wzrost świadomości i oczekiwań społecznych. To wszystko powodowało jakby roszczeniowe sytuacje w stosunku do systemu ochrony zdrowia, wymuszanie opieki w takich sytuacjach.

Polska również doświadczała czynników ograniczających rozwój tego toru rozwoju systemu ochrony zdrowia, a więc na początku niski poziom rozwoju ekonomicznego, niedoszacowanie wartości ludzkiego życia, brak infrastruktury w systemie ochrony zdrowia – to, co podkreślają szczególnie w Stanach Zjednoczonych – przerosty, korupcja, bezduszość biurokracji, bariery intelektualne pomiędzy światem polityki a światem medycyny, których my na szczęście mamy bardzo mało, brak wsparcia rządowego.

W takich sytuacjach nie da się kreować nowej dziedziny w systemie ochrony zdrowia. Ale również ze strony samych pracowników ochrony zdrowia pojawiają się czynniki ograniczające, obawy osób mniej wykwalifikowanych przed wykluczeniem z systemu. Wprowadzenie racjonalnej dyscypliny medycznej podnosi zadania kwalifikacyjne, podnosi wymagania kwalifikacyjne, obawy specjalistów innych dyscyplin przed utratą pacjentów, niskie pensje w systemie, no i niechęć tych, którzy się jakby dobrze usadowili w systemie poprzednim, prawda, czego efektem jest często prowizorka, trwająca ogromnie długie lata.

To, co wspiera i to, co w Polsce zaistniało już po roku 2000 czy 1998, powiedzmy, to wsparcie rządowe, racjonalizacja systemu ochrony zdrowia, wzrost poziomu ekonomicznego, unowocześnienie ubezpieczeń, wzrost świadomości społecznej, no i kolosalnym wpierającym czynnikiem był rozwój kontaktów międzynarodowych.

Na tle tego, co się działo w Europie od 1992 r., w czym Polska brała czynny udział, zaczęły się również w naszym kraju dziać sprawy, począwszy od decyzji ministra Jacka Żochowskiego, który uruchomił zespół do zmniejszenia umieralności po urazach. Ten zespół zaczął jako pierwszy pracować nad koncepcją ratownictwa medycznego. W 1997 r. został on przekształcony czy też powołano na jego podstawie komisję do spraw ratownictwa medycznego, która rozpoczęła prace nad projektem ustawy o ratownictwie medycznym. Pierwszy projekt tej ustawy powstał w 1998 r. Potem był weryfikowany poprzez nowelizację przez kolejny zespół. To jest ta pierwsza ustawa z 1998 r. To są ludzie, którzy ją tworzyli. Następnie doszło do kilku kolejnych zmian organizacyjnych. To są ludzie, którzy się podpisywali pod tworzeniem zapisów ustawy, jej kształtem.

Następnym kamieniem milowym była kadencja ministra Maksymowicza, który w 1999 r. wprowadził w Polsce, w pierwszym kraju w tej części Europy, podstawową specjalizację w medycynie ratunkowej. W grudniu 1998 r. został powołany kolejny zespół. Opracował kolejną ustawę, którą podpisano w Jachrance, a która zaraz potem zaczęła być nowelizowana. Ogromne zasługi położyła pani minister Cegielska poprzez uruchomienie programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, który nadał bieg realizacji tego, co już zaczęto legislacyjnie tworzyć. Między innymi nadał bieg kształceniu kadr lekarskich w zakresie medycyny ratunkowej. Pierwsza kilkusetosobowa grupa takich lekarzy zaczęła się kształcić w 1999 r. W tym też roku powołano kolejny zespół programowy do prac nad kolejną wersją ustawy. Ten zespół w okresie od sierpnia do grudnia 1999 r. utworzył następny projekt. Potem od stycznia do marca 2000 r. powstał nowy projekt. W sierpniu rozpoczęto uzgodnienia międzyresortowe nowego projektu. W międzyczasie powstało polskie towarzystwo reprezentujące środowisko. Zorganizowało ono pierwszy kongres, w którym uczestniczyło ponad siedemset osób. Nastąpił marzec 2001 r., kiedy już zaistniał projekt ministerialny, skierowany właśnie do komisji sejmowych. Pracując nad nim do lipca 2001 r., wypracowano ustawę o państwowym ratownictwie medycznym, która została przeprowadzona i poddana głosowaniu sejmowemu za kadencji Grzegorza Opali.

W 2002 r. nastąpiła, jak to mówimy, zmiana warty. Mariusz Łapiński zawiesił tamtą ustawę z tytułu niedoskonałości znajdujących się w niej zapisów finansowych. Stworzył własną ustawę o świadczeniu usług ratownictwa medycznego, która jakby uzupełniła tamtą ustawę. Wydał do niej parę rozporządzeń. W tle zaczęły powstawać jednostki organizacyjne systemu, sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych. Niektóre były bardzo proste, robione trochę metodami chałupniczymi. Niektóre były bardzo zaawansowane. Wszystkie ilustrowały ogromne zaangażowanie społeczne na poziomie samorządowym, powiatowym, starostowym.

Polska miała już dzięki temu ustawę, miała załączek sieci oddziałów ratunkowych, miała programy edukacyjne w akademiach medycznych, czyli na poziomie uniwersyteckim, miała specjalizacje, stała się członkiem światowej federacji. Została zaproszona – ogromnie ważna rzecz – do członkostwa jako trzynasty kraj w świecie. To był lipiec 2002 r.

Nastał kolejny minister, Leszek Sikorski, za kadencji którego pierwsza fala kształconych lekarzy przeszła przez państwowy egzamin specjalizacyjny. Minister Sikorski wydał rozporządzenie o finansowaniu oddziałów ratunkowych. Ono było źle skonstruowane, nie dawało jakby pełnych podstaw finansowych funkcjonowania tych oddziałów. Niektóre z nich – na slajdzie mamy szpital w Częstochowie – natychmiast po otwarciu były zamykane z powodu niemożności utrzymywania ich finansowego. To nie zrażało wielu ludzi i wielu innych zespołów samorządowych. Tu z kolei mamy na slajdzie przedstawiony kliniczny szpital w Szczecinie. Tam podjęto inicjatywę i w ciągu krótkiego czasu wybudowano praktycznie z niczego piękny, nowoczesny, na skalę europejską, oddział medycyny ratunkowej.

Jednocześnie uzupełniano struktury międzyszpitalnego ratownictwa medycznego. To są liczby dotyczące ambulansów. Na slajdzie jest przedstawiony stan w poszczególnych województwach w roku 2004. Czerwona kreska oznacza standardową liczbę ambulansów ratunkowych według standardów europejskich. Proszę zobaczyć, u nas tych ambulansów jest dużo więcej. Głównie dlatego, że one działają poza potrzebami ratownictwa medycznego. One, prawdę mówiąc, wykonują zadania POZ.

Powstawały kolejne oddziały. To jeden z większych i lepszych oddziałów w kraju – Szpital Bielański w Warszawie. Funkcjonuje od dwóch lat. Dobrze urządzony, dobrze funkcjonuje. Ale w mniejszych miejscowościach... Tylko Zgorzelec, przygraniczne miasto, wystawione jakby jako pocztówka dla fal obcokrajowców, którzy tamtędy przejeżdżają, głównie Niemców, tam tylko powstał piękny oddział ratunkowy ze wszystkimi trzema sektorami, tak jak trzeba.

Nastał kolejny minister, kolejni lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, kolejne oddziały ratunkowe w liczbie około stu dwudziestu. Kolejny kongres medycyny ratunkowej w Lublinie zgromadził prawie tysiąc osób. Mamy zatem rozwinięty, wspomagający program rządowy, mamy jednostki akademickie, mamy programy kształceń podyplomowych, mamy integrację służb, mamy towarzystwo specjalistyczne medycyny ratunkowej, dobrze rozwiniętą współpracę międzynarodową. Ciągłą koniecznością jest właśnie legislacja, ujednoznacznienie systemu finansowania, rozwinięcie bazy klinicznej w akademiach medycznych. Tylko dwie czy trzy akademie medyczne mają bazę kliniczną dla medycyny ratunkowej. Mamy niedokończoną sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych i mamy jakby do rozwinięcia czy do uporządkowania sieć struktur międzyszpitalnych. W międzyczasie powstają kolejne oddziały. Pokazuję to państwu po to, żeby zilustrować, jak niesamowicie samorzady się aktywizują na tym właśnie etapie tworzenia czegoś dla własnego bezpieczeństwa.

To jest na przykład Białystok, gdzie nie tak dawno temu, w listopadzie powstał duży oddział ratunkowy przy szpitalu wojewódzkim, utworzony z ogromnym zaangażowaniem wszystkich poziomów samorządowych. Ogromnie wzruszająca uroczystość poświęcenia przez oba kościoły oddziału ratunkowego. Naprawdę, ludzie ramię w ramię wiele potrafią utworzyć, zdobyć sponsorów. To wszystko zdobyli własnymi zabiegami. Środki na to nie pochodziły z funduszu programu resortu zdrowia. Taki powstał w Białymstoku oddział. I te oddziały istnieją, funkcjonują.

Akademicki oddział w Bydgoszczy funkcjonuje już cztery lata. Tu jest ilustracja przejmowania od załogi helikoptera pacjenta z urazem czaszkowo-mózgowym. Lekarz helikoptera, lekarz oddziału przejmują w sposób merytoryczny pacjenta w swoje objęcia.

To jest także szpitalny oddział ratunkowy w szpitalu miejskim we Wrocławiu, w którym ja pracuję. Dla mojej uczelni to jest jakby obca baza, bo uczelnia jeszcze się nie dorobiła oddziału. On jest stale przepełniony. Powierzchnia tego oddziału jest mała, a potrzeby są duże. Obsługuje on około dwieście siedemdziesiąt tysięcy mieszkańców. Tak wygląda dzień powszedni w oddziale ratunkowym, między innymi dlatego, że tam jest jedna trzecia należnego personelu. Jest jeden lekarz dyżurny, który musi obsługiwać chorych dwadzieścia cztery godziny na dobę, a za ścianą odbywa się resuscytacja śródoperacyjna – pacjent z pękniętą wątrobą, pacjentka z zatrzymaniem krążenia. To jest życie oddziału ratunkowego. To jest ta posługa względem cierpiącego, umierającego człowieka.

To jest stanowisko polskiego towarzystwa, mówiące o tym, że musimy stworzyć dla oddziałów ratunkowych taki system finansowania, żeby zasilanie finansowe oddziałów o dużym przerobie, mających ponad osiemdziesięciu pacjentów na dobę, było na poziomie około 10–11 tysięcy zł.

Mamy w tej chwili sto dwadzieścia oddziałów, dziewięćdziesiąt jest akredytowanych. Po ostatnim spotkaniu komisji akredytacyjnej w Karpaczu mamy już do nuczania sto akredytowanych... Mamy ciągle czterystu czterdziestu specjalistów.

Kraj, który jest do nas podobny populacją, powierzchnią, Wielka Brytania, proszę zobaczyć, ma około dwieście osiemdziesiąt oddziałów, ma dwa i pół tysiąca specjalistów. W tej chwili drugie tyle się specjalizuje. Usiłujemy doszlusować do europejskiego poziomu.

Ta sieć, która jest siecią tylko stu dwudziestu oddziałów na dzień dzisiejszy, powinna być dwukrotnie gęściejsza, żeby dać bezpieczeństwo naszej społeczności. Tak że mamy ogromne oczekiwania w stosunku do nowej ekipy ministra Religi z tego tytułu, prawda, że powstanie nowa ustawa. To jest jej pierwszy projekt sprzed trzech tygodni, o ile pamiętam. Również i temu było poświęcone spotkanie w Karpaczu, na którym był pan minister Pinkas. Dziękuję za udział i dziękuję za to, że uroczyście wobec wszystkich wręczył mi kolejny egzemplarz czy kolejną wersję ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Mieliśmy dopiero kilka dni, żeby nad nią popracować. Mamy kilka uwag, które złożyłem na ręce pana przewodniczącego. Nie wiem, czy ewentualnie mogę je tutaj omawiać.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To już potem, podczas dyskusji.

Dziękuję bardzo.

(Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej Juliusz Jakubaszko: Dziękuję bardzo.)

Trochę przekroczyliśmy planowany czas, ale na szczęście mieliśmy pewne rezerwy.

Teraz bardzo proszę pana ministra o zaprezentowanie stanu prac nad ustawą o ratownictwie medycznym.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Z dużą przyjemnością chciałbym zaprezentować coś więcej niż stan przygotowania prac nad ustawą, gdyż 2 marca skierowaliśmy projekt ustawy przygotowany

w resorcie zdrowia do uzgodnień zewnętrznych. W resorcie zdrowia pracowało nad tą ustawą ogromnie wiele instytucji, organizacji związanych z ratownictwem medycznym. Ratownictwo medyczne to nie jest tylko ratownictwo związane z jednym towarzystwem, ale z kilkoma czy z kilkunastoma towarzystwami medycznymi, które zajmują się, na przykład, medycyną katastrof, kardiologią, no bo tam są przecież pacjenci kardiologii interwencyjnej, pacjenci udarowi, czyli Polskie Towarzystwo Neurologiczne też tu pracowało. No więc zajęła się tym projektem paleta specjalistów, przynajmniej jeszcze pięćset osób.

Jest to wersja, do której można zgłaszać uwagi, składać sugestie, próby polemiki czy też wyrażać entuzjazm, bo takich przypadków też jest dużo. Do wczoraj do godziny 16.00 ponad dziewięćset osób zgłosiło swoje uwagi do projektu. To jest coś nadzwyczajnego. Ta transparentność i pokazanie, że wszyscy powinni brać udział w tworzeniu tej ustawy, bo ona dotyczy nas wszystkich. To jest logiczny ciąg zdarzeń.

Poproszę o slajd.

Pierwsza sprawa. To jest ustawa, która rzeczywiście pokazuje, że to będzie spójny system oparty na trzech filarach: zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych i centrach powiadamiania ratunkowego. To polega na tym, że gdzieś trzeba zadzwonić, ktoś musi przyjechać, gdzieś trzeba zawieźć pacjenta. To jest system nieskomplikowany: weź pacjenta na nosze, zawieź go tam, gdzie będziesz mógł udzielić mu szybkiej pomocy, zarazem podtrzymując wszystkie parametry życia.

Proszę państwa, jaka jest obecnie sytuacja w tym zakresie? Oczywiście w Polsce istnieje ratownictwo medyczne, nie zaczynamy go tworzyć od zera, dlatego też to, co nam się udało stworzyć do tej pory, nie możemy zmarnować. Powtórzę to po raz kolejny: są instytucje wyspecjalizowane w ratowaniu życia, ale brakuje systemu. Musimy to uporządkować. System oczywiście jest cały czas finansowany. W tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia przedszpitalne wydaje 965 milionów zł, a więc prawie miliard złotych.

Wiemy trochę na temat tego, co się zdarzy w najbliższej przyszłości. Mamy wręcz pewność, że jeżeli ustawa zostanie uchwalona w terminie, to w budżecie państwa na rok 2007 znajdzie się 1 miliard 200 milionów zł na ratownictwo przedszpitalne, czyli całą ogromną sferę ratownictwa. Oczywiście doskonale sobie zdajemy sprawę, że ratownictwo stanowi pewną całość, ale w ten sposób chociaż jedna jego część zostanie sfinansowana z budżetu państwa, czyli nagle w systemie ochrony zdrowia pojawią się dodatkowe środki nie z Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko z budżetu państwa. I o to toczy się ogromna walka całego środowiska medycznego, żeby to stało się tak szybko, jak to tylko możliwe, aby minister finansów, a także parlament nie wycofali się z tej inicjatywy. Ten 1 miliard 200 tysięcy zł wystarczy na to, żeby móc stworzyć bardzo dobrze funkcjonujący zespół, ciąg zdarzeń logistycznych oraz zapłacić za wszystkie wyjazdy do potrzebujących.

Jakie, proszę państwa, przyświecały nam główne zamiary? Po pierwsze, nie chcieliśmy patrzeć dalej na rozdrabnianie systemu przez powierzanie jego organizacji różnym samorządom terytorialnym. System, żeby był sprawny, musi funkcjonować dokładnie w taki sposób, w jaki zostało to już sprawdzone, na nieszczęście, w Katowicach. Tam była koordynacja wojewódzka i dzięki temu udało się dobrze sterować tym systemem. Okazało się, że dzięki takiej koordynacji pacjenci trafiają do wielu szpitali, a nie do jednego i po kilku godzinach wszyscy pacjenci byli już bezpieczni.

Chcemy wykorzystać potencjał ratowników medycznych, w tej chwili ratowników medycznych z wyższym wykształceniem. Tych po licencjatach mamy już ponad tysiąc czterystu. Rzeczywiście jest kilka tysięcy ratowników, którzy mają skończone policealne studia w zakresie ratownictwa medycznego. Chcemy doprowadzić do tego, żeby całe społeczeństwo było przeszkolone, żeby już od najmłodszych lat uczyć udzielania pierwszej pomocy oraz żeby wszyscy znali jej podstawy. Mamy bowiem do czynienia z sytuacją, w której ludzie rzeczywiście boją się podjąć jakiegokolwiek działania. I ten pierwszy slajd pokazuje to, co jest bardzo istotne – szalenie dziękuję panu profesorowi, że to pokazał – ile czasu z tej tak zwanej złotej godziny jest marnotrawione przez niechęć, bojaźń czy strach, że czegoś się nie umie albo że robi się krzywdę. To jest w tej ustawie.

Chcemy wykorzystać organizacje społeczne, które zajmują się ratownictwem, a jest ich w Polsce bardzo wiele, od organizacji kościelnych, przez Polski Czerwony Krzyż, do Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, gdzie jest cała instytucja kształcąca ratowników społecznych. Również chcemy, żeby ten system był systemem... on już w tej chwili składa się ze świetnie wykształconych ratowników, którzy są strażakami. Każdy zespół straży pożarnej ma nie dość że specjalne zestawy, to jeszcze wykształconych strażaków. Podobnie jest w tej chwili w Policji.

Najważniejsze elementy tej ustawy. Tak jak powiedziałem, ten logiczny ciąg zdarzeń, ten łańcuch przeżycia, który jest umocowany w ustawie, to, po pierwsze, powszechna wiedza z zakresu udzielania pierwszej pomocy w systemie oświaty. Po drugie, ratownik społeczny wspierający system ratownictwa medycznego, instytucjonalnie wspierający, jak się pojawi, to będzie miał szansę brać udział w akcji. Następnie ważne jest położenie nacisku na kształcenie ratowników w zakresie kwalifikowania pierwszej pomocy oraz dopuszczenie funkcjonowania zespołów wyjazdowych bez lekarza, składających się wyłącznie z ratowników. Ale nie oznacza to w żadnej mierze, co jest bardzo istotne, eliminacji lekarzy czy pielęgniarek z zespołów wyjazdowych, bo nie taka jest intencja. To jest w art. 34, bardzo proszę się nad nim pochylić in extenso i kilka razy go przeczytać.

Proszę państwa, w wielu krajach, pokażę zresztą w ilu, paramedycy przy instytucji medycznej pełnią wyłącznie funkcję osób ratujących życie. My w tej chwili w akademiach medycznych mamy bardzo dużą grupę ludzi, która jest świetnie wykształcona i która powinna z czasem znaleźć swoje miejsce w systemie nie tylko jako noszowi, lecz przede wszystkim jako wykwalifikowani pracownicy. Jeżeli na sali są senatorowie z północnych województw, pomorskiego czy zachodniopomorskiego – tam szczególnie jest to widoczne – to chcę powiedzieć, że już w tej chwili są takie dni, w których do godziny 15.00 nie ma lekarza w pogotowiu, bo po prostu go nie można znaleźć. Do tej godziny bowiem lekarze pracują w swoich miejscach pracy. I dochodzi do sytuacji zupełnie dramatycznych, kiedy nie ma możliwości wysłania zespołu do wezwania, bo w tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia płaci wyłącznie za zespół z lekarzem, wykształcony ratownik medyczny nie może udzielić pomocy, ponieważ zabrania tego NFZ. Grozi to w tej chwili sporymi konsekwencjami, bo widać wyraźnie, że ta praca nie jest dla lekarzy interesująca, na pewno dzieje się tak z różnych względów. Tak jak na całym świecie, również w Polsce lekarz powinien pracować w szpitalnym oddziale ratunkowym, szpitalu, przychodni, wszędzie indziej. A to, co się dzieje w Polsce, a co jest przecież tajemnicą poliszynela, jest spowodowane tym, że praca

w pogotowiu jest wyłącznie związana z zarabianiem pieniędzy. Dlatego po godzinie 15.00 już jest łatwo znaleźć lekarza, niestety, zmęczonego całym dniem pracy. Obecnie w pogotowiu pracuje również ogromna liczba emerytów, przed którymi chylę czoła. Ale proszę pamiętać, że stanowi to też pewnego rodzaju zagrożenie, bo ten lekarz czasami ma spore problemy z tym, żeby wejść na któreś tam piętro. Opisywały to zresztą ostatnio media. I my musimy zauważać ten problem i to, że system przestaje działać z różnych względów.

Zobaczcie państwo, jak wygląda sytuacja ratownictwa medycznego w Europie. W większości krajów, które pokazuję w tej chwili, są zespoły paramedyczne. Oczywiście system jest zawsze tak zorganizowany, że jeżeli zaistnieje taka konieczność, to na miejsce przyjeżdża lekarz. Taka sytuacja oczywiście też będzie miała miejsce w Polsce. My w tej chwili, że tak powiem, lekko uchylamy drzwi, ponieważ wiemy, że ten zapis budzi z różnych względów spore kontrowersje. Również takie, że po prostu nagle może się okazać, iż jest problem z dodatkową pracą dla personelu medycznego. Ja nie mogę się z tym do końca zgodzić. Myślę, że dobrą ilustracją tego problemu jest artykuł pana Macieja Rybińskiego na stronie 2 dzisiejszej „Rzeczpospolitej”. Sugeruję, żebyście państwo przeczytali ten tekst, który naprawdę znakomicie obrazuje, jak by to powiedzieć, pewien ton dyskusji nad tą ustawą.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze, bardzo przepraszam, ale mamy problem techniczny...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie. Chodzi o to, żeby w dalszej części wystąpienia mówił pan do mikrofonu, dlatego że my wszystko nagrywamy i jest robiony tak zwany zapis stenograficzny, w przeciwnym razie będą kłopoty z nagraniem.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Postąpię zatem w sposób nieco mniej elegancki i pozwolę sobie usiąść, jeżeli się pan przewodniczący nie obrazi.)

Nie, nie, wszystko dla dobra, że tak powiem, wierności zapisu przebiegu naszego spotkania, jako że nasze stenograficzne...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo dobrze.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Jeszcze raz bardzo przepraszam, że będę siedział.)

Dostałem taką informację z obsługi technicznej, że mają kłopoty z nagrywaniem. Dobrze, kontynuujemy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Dobrze.

Poproszę o następny slajd.

Tak to wygląda w innych krajach.

Najważniejsze elementy w projekcie nowej ustawy o państwowym ratownictwie medycznym to zintegrowanie systemu za pomocą dużych i nowoczesnie wyposażonych centrów powiadamiania ratunkowego, systemu tworzonego przez wojewodę, a nie przez starostę. Oczywiście to również budzi bardzo duże kontrowersje, ale cały problem pole-

ga na tym, żeby rzeczywiście nie poddawać środków rozwadnianiu. W tej chwili jest taka sytuacja, że praktycznie każdy powiat chce mieć swój CPR. Te powiaty są jednak różnej wielkości: od ogromnych i dużych do małych, liczących po czterdzieści tysięcy ludzi. Oczywiście ten pomysł nie ma żadnego sensu. Powinno być jedno centrum na co najmniej dwieście pięćdziesiąt tysięcy mieszkańców. Powiem szczerze: ten zapis powinien zostać nieco zmodyfikowany, ponieważ może się zdarzyć, że dla miasta liczącego trzysta tysięcy mieszkańców wystarczy jeden CPR. Ale w tym wypadku chodzi głównie o ideę i w dalszej części prac legislacyjnych będziemy mogli to zmienić.

Czy mogę jeszcze poprosić o powrót do poprzedniego slajdu? Kwestia zintegrowanego stanowiska dyspozytorów medycznych oraz dyspozytorów straży pożarnej i policji jest bardzo ważna. Chciałbym, żeby państwo się pochyliło nad tą kwestią. Jeżeli zdarzy się coś niedobrego wtedy, kiedy trzeba wysłać te służby jednocześnie, to tak naprawdę ta decyzja zapada u jednego dyspozytora, nie ma żadnego dzwonięcia. Taki system jest we wszystkich krajach, gdzie ratownictwo medyczne działa dobrze, gdzie ludzie czują się bezpiecznie, gdzie łańcuch przeżycia jest lepiej realizowany niż u nas.

Proszę o następny slajd.

To, co jest szalenie istotne, to jest centrum koordynacji i ratownictwa medycznego tworzone przez wojewodę, czyli to on będzie zbierał wszystkie informacje dotyczące sytuacji na terenie województwa. Już od początku będzie wiadomo, ile jest wolnych łóżek w szpitalach na tym terenie, jak wygląda kwestia remontów, jak wygląda sytuacja bieżąca, jeżeli chodzi o zespoły ratownicze. Takie centrum koordynacyjne będzie mogło sterować kilkoma centrami powiadamiania ratowniczego lub też ewentualnie, kiedy wystąpi, odpukać, jakakolwiek katastrofa, koncentrować środki pochodzące z innych miejsc. To jest to, co się genialnie sprawdziło dzięki panu generałowi Skulichowi, który założył takie centrum w Katowicach. To właśnie dzięki niemu nie doszło do sytuacji, w których ludzie czekali na śniegu zanim ktoś ich rozwiąże albo w których szpitale byłyby zapełnione pacjentami bez możliwości szybkiego reagowania.

Następnego dnia po katastrofie o godzinie 8.00 rano z profesorem Religą odwiedziliśmy siedem szpitali i zobaczyliśmy, co było dla nas zupełnie szokujące, że wszyscy ranni przewiezieni do tych szpitali, a była ich grubo ponad setka, byli już po zabiegach medycznych. Oni byli albo zoperowani, albo w inny sposób nimi się zajęto, albo leżeli już na wyciągach i właściwie wtedy już nie były realizowane żadne procedury. W tym wypadku czas odgrywał istotną rolę. Czyli było to coś zupełnie nadzwyczajnego, że zostali szybko i dobrze rozlokowani we właściwych miejscach dzięki właśnie takiemu centrum.

To, co jest też szalenie istotne, a co podkreślał pan profesor Jakubaszko, to są szpitalne oddziały ratunkowe jako podstawowy element systemu. I tutaj proponuję, żebyście państwo się przez chwilę na tym skupili. Jeżeli szpitalne oddziały ratunkowe będą akredytowane przez niezależną instytucję, jaką jest Centrum Monitorowania Jakości, za pomocą specjalnych ankiet, to będziemy wiedzieć, co tak naprawdę kupujemy, co płatnik kupuje. Czyli nie będzie sytuacji, w której każdy może zawiesić szyld i od tej pory prowadzić szpitalny oddział ratunkowy, to w ogóle nie wchodzi w rachubę. Takie ankiety zostały opracowane przez Centrum Monitorowania Jakości, zresztą także pan profesor Jakubaszko otrzymał je ode mnie do zaopiniowania przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Ale oczywiście akredytacja musi się odbywać przez wyspecjalizowane ciało. Z akredytacją wiąże się także wysoka jakość udzielanych świadczeń.

Proszę państwa, następna sprawa dotyczy finansowania ratownictwa medycznego, które ma charakter mieszany. Po pierwsze, jest finansowane z budżetu państwa, czyli jest to nadzwyczajne i, mam nadzieję, zdarzy się w 2007 r., że zostanie przeznaczone na ten cel 1 miliard 200 milionów zł, oraz po drugie, ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest oczywiście cała część związana ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, ale także z innymi miejscami, gdzie będzie trafiał chory, o których już mówiłem, to znaczy centra kardiologiczne z kardiologią interwencyjną, oddziały udarowe, centra leczenia urazów wielonarządowych.

Z budżetu państwa będziemy także finansować lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. To już w tej chwili pojawia się nowa jakość. Jesteśmy już na etapie kończenia zakupu, zgodnie z warunkami SIWS, dwudziestu trzech nowych śmigłowców, które będą latać w każdych warunkach, co istotnie powiększy powietrzną flotę i dostępność do tego typu świadczeń w zakresie ratownictwa poprzez właśnie zespoły Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Zawieranie umów z zespołami ratownictwa medycznego i ich rozliczanie oraz kontrola będzie powierzane przez wojewodę dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Na samym wstępie ten zapis budził pewne kontrowersje, ale teraz, kiedy używamy większej liczby bardziej przekonujących argumentów, przestał je budzić, ponieważ my chcemy, żeby te 1 miliard 200 milionów zł poszło tak naprawdę na świadczenia zdrowotne, czyli na zabezpieczenie pacjenta, a nie na budowę jakiegokolwiek administracji. Wojewoda, gdyby chciał wydać te pieniądze, ten 1 miliard 200 milionów zł, musiałby tworzyć kolejne ciało, które zajmowałoby się realizacją i kontrolą tych umów. Ale w związku z tym, że powierzamy to zadanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia, to on oczywiście będzie to robił gratis, będzie to także kontrolował i te pieniądze nie będą marnotrawione, bo należałoby to traktować w tych kategoriach.

Tekst projektu ustawy został przekazany do konsultacji międzyresortowych i społecznych. Oficjalnie 2 marca ustawę dostał pan profesor Jakubaszko w trakcie świetnego kongresu, który zorganizował w Karpaczu. Miałem przyjemność brać w nim udział, za co jestem panu profesorowi bardzo serdecznie wdzięczny. Ale, jak państwo widziecie – właściwie tego nie widać, ale mogę powiedzieć – do tej pory już przynajmniej kilkadziesiąt organizacji brało udział w pracach nad tą ustawą. Ta ustawa jest absolutnie transparentna. A co jest najbardziej fascynujące, to jest to, że ponad dziewięćset ludzi zwróciło się do nas z sugestiami, żeby coś poprawić w tej ustawie, podziękować nam, bo to była tego typu kategoria zdarzeń.

Czy to dobrze, czy źle? Proszę państwa, nikt nie ma licencji na mądrość, a szczególnie my, pracując w Ministerstwie Zdrowia i zajmując się bardzo wieloma problemami, czasami jesteśmy skupieni na swoich własnych pomysłach i to jest niedobre. Dlatego tak obszerna konsultacja społeczna spowoduje, że ustawa, która trafi do parlamentarzystów, najpierw do Sejmu, później do Senatu, będzie ustawą lepszą. I to, moim zdaniem, jest jej największą wartością. Chcę także podkreślić jeszcze jedno, że praca nad tą ustawą rozpoczęła się w pierwszych dniach listopada ubiegłego roku, czyli tak naprawdę w momencie, kiedy profesor Religa został ministrem zdrowia. I taka właściwie już wersja z kręgosłupem została wręczona panu profesorowi Relidze w piątek na dzień przed katastrofą chorzowską. To bardzo szybkie procedowanie to jest kawałek życia dyrektora Adamczewskiego, Klamana i mojego. Uważamy, że każda chwila po-

święcona na pracę nad tą ustawą daje nam wielką satysfakcję, iż może dzięki temu komuś szybko się uratuje życie, żeby w przyszłości nie było takich sytuacji jak ten wypadek z dziećmi, które topiły się w Jeziorku Kamionkowskim kilka tygodni temu, ponieważ nikt nie wiedział, jak udzielić im pomocy. Może pan Marek Nowicki, który robi w tej chwili wielką rzecz, pokazując, jak się resuscytuje, spowoduje, że ludzie przestaną się tego bać, bo będą mieli ustawę, która gwarantuje im to, że oni to powinni robić. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję panu ministrowi za informację.
Szanowni Państwo, otwieram dyskusję.
Bardzo proszę, pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Panie Ministrze, rozumiem, że ta suma 1 miliarda 200 milionów zł pochodząca z budżetu państwa będzie przeznaczona tylko i wyłącznie na działalność przedszpitalną, prawda? Te ponad 900 milionów zł, które w tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia musiał wygospodarować w działalności szpitalnej, pozostanie w budżetach szpitali do zagospodarowania na inne cele, tak?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Tak, oczywiście. To są pieniądze, które Narodowy Fundusz Zdrowia, mam wrażenie, wyda na konkretny cel, na przykład lepiej wyceni świadczenia. Wyda także te pieniądze na to, co jest dla nas bardzo istotne, mianowicie w momencie, kiedy powstanie nowy zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia, my siadamy do omówienia dwóch kwestii. Po pierwsze, wymuszenie – to w tych kategoriach trzeba traktować, chociaż słowo „wymuszenie” może nie jest dobre, bo, jak wiecie państwo, sytuacja układa się nam pomyślnie, znakomicie się kooperuje w tej sprawie z prezesem Millerem – żeby szpitalne oddziały ratunkowe były godnie finansowane, żeby nie zabrakło tam pieniędzy na świadczenia, żeby lekarze, pielęgniarki, cały personel, ratownicy medyczni tam zatrudnieni czerpali ze swej pracy satysfakcję, ponieważ rzeczywiście ona jest nadzwyczaj trudna i powinna być świetnie opłacana. Być może dojdzie do sytuacji, w których będziemy płacić za dobową gotowość oddziału do udzielania świadczeń, ale też będzie pewien sposób opłacania drogich procedur, które zostaną wyodrębnione do specjalnego opłacania. Tak więc być może zrobimy system mieszany. Ale to nie może być zapisane w ustawie, dlatego że to będzie po prostu kwestia, którą wynegocjujemy. To się odbędzie w Ministerstwie Zdrowia, oczywiście środowisko ratownictwa medycznego będzie poproszone do wzięcia udziału w takich negocjacjach. Musimy również wiedzieć 1 czerwca, kiedy już się będziemy przygotowywać do tego, żeby ustawa weszła w życie, a mam nadzieję, że prezydent już ją wtedy podpisze, jak będą finansowane świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych i nie tylko.

Kolejna sprawa szalenie istotna to jest spięcie systemu w taki sposób, żeby ludzie mieli poczucie bezpieczeństwa, a to oznacza dostępność do lekarza dwadzieścia cztery godziny na dobę, czyli analiza, bo to raczej w tych kategoriach trzeba traktować,

nocnej pomocy lekarskiej udzielanej w ramach POZ. System ratownictwa medycznego nie ma być poradnią na kółkach i z tym trzeba natychmiast skończyć. Trzeba doprowadzić do sytuacji, w której w ramach POZ będą wykonywane zadania zgodnie z zapisanymi kompetencjami i nie będzie przerzucania tych świadczeń na pogotowie ratunkowe. I stąd właśnie, jak tylko będzie to możliwe – a myślę, że już 13 grudnia będzie nowy zarząd NFZ – siadamy i spinamy ten system...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, 13 marca – nie wiem, dlaczego powiedziałem „grudnia” – to będzie już za chwilę, wtedy będzie miała miejsce rada funduszu. Zatem natychmiast siądziemy do spinania tego systemu, żeby w momencie, kiedy już proceduje się nad ustawą, było wiadome, że nie ma żadnych luk, w wyniku których nagle 1 stycznia 2007 r. ludzie zostaną pozbawieni opieki lekarskiej.

Ta ustawa także wymaga sporego wysiłku, jeżeli chodzi o jej promowanie, bo ona nie może spowodować w żadnej mierze jakiegokolwiek zagrożenia dla kogokolwiek. To lekkie otwarcie drzwi, jakim jest zapis w art. 34, nie może spowodować żadnej paniki, że lekarz nie przyjedzie czy że pomoc będzie udzielana w sposób nieprofesjonalny. To się nie może zdarzyć.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Dziękuję bardzo.

Pan minister już odpowiedział na pytanie, które chciałem zadać w dalszej kolejności, więc może zadam już resztę pytań.

Pierwsze pytanie. Dlaczego planuje się jeden oddział ratunkowy na około dwieście pięćdziesiąt tysięcy mieszkańców, a nie na powierzchnię w przeliczeniu na kilometry kwadratowe? Przecież są powiaty mało zaludnione, gdzie odległości między mieszkańcami są dosyć duże, więc trudno byłoby zmieścić się w tej złotej godzinie.

Następne pytanie. Są pewne niedogodności spowodowane tym, że odpowiedzialność za działanie oddziałów ratunkowych będzie ponosił wojewoda, kiedy to marszałek województwa jest organem założycielskim większości szpitali na terenie województwa, tak zwanych szpitali wojewódzkich, a władze powiatu nad szpitalami powiatowymi. Czy nie lepiej byłoby rozszerzyć w tym względzie kompetencje marszałka, żeby mógł wydawać dyspozycje innym organom założycielskim w razie potrzeby?

I trzecie pytanie dotyczy ratownika społecznego i kwalifikowanej pierwszej pomocy. Edukację mają prowadzić podmioty, które mogą być finansowane ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki. Powstają teraz stowarzyszenia, na przykład w województwie świętokrzyskim powstało takie stowarzyszenie, które działa przy tych przedsiębiorstwach zajmujących się autoholowaniem. Kibice znanych w województwie świętokrzyskim drużyn sportowych również chcą, aby ich przeszkolić i stworzyć z nich ratowników społecznych, żeby mogli udzielać kwalifikowanej pierwszej pomocy. Czy na takie stowarzyszenia będzie można brać środki z Ministerstwa Edukacji i Nauki? Dziękuję bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Bardzo dziękuję za pytania pana senatora. Panie Senatorze, wojewoda będzie finansował nie szpitalne oddziały ratunkowe, tylko centra powiadamiania ratunkowego. Na dwieście pięćdziesiąt tysięcy ludzi ma być nie szpitalny oddział ratunkowy, tylko centrum powiadamiania ratunkowego. Myślę, że doszło do pewnego nieporozumienia, to jedno centrum powiadamiania ratunkowego ma być na dwieście pięćdziesiąt tysięcy ludzi, a nie szpitalny oddział ratunkowy. Skąd się to bierze? Z doświadczeń innych krajów, a także z częstości zdarzeń. Jeżeli zdarzy się tak, że wojewoda przeanalizuje, iż jest duża częstość zdarzeń na jakimś określonym terenie, to oczywiście pewnie trzeba będzie tam zorganizować większą liczbę centrów powiadamiania ratunkowego. Ale także od częstości zdarzeń będzie zależała sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych. W tej kwestii akurat mamy wiedzę na ten temat, dlatego że na szczęście Narodowy Fundusz Zdrowia od wielu lat potrafi pokazać nam liczbę zdarzeń o określonej klasyfikacji ICD, czyli w tym zakresie będzie pewna łatwość sterowania całym systemem.

Jeżeli chodzi o edukację, to oczywiście zależy nam na tym, żeby ten proces miał charakter jak najpowszechniejszy, ale poproszę dyrektora Adamczewskiego, żeby odpowiedział na to pytanie.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Dziękuję bardzo.

To finansowanie przez ministra edukacji i nauki jest ograniczone do szkół i ustawa wskazuje po prostu, że edukacja w zakresie pierwszej pomocy będzie stanowić część programu szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Ale oczywiście nic nie stoi na przeszkodzie, żeby inne instytucje również kształciły w zakresie zarówno udzielania pierwszej pomocy, jak i kwalifikowanej pierwszej pomocy. Szkolenia z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy, czyli te, które będą prowadzić do możliwości uzyskania, nazwijmy to, funkcji społecznego ratownika, nie będą finansowane z budżetu państwa ani przez Ministerstwo Edukacji i Nauki, ani przez żadne inne ministerstwo. One będą się odbywać bądź to na koszt organizacji społecznych, do których należą ci ratownicy, i tak jak to się odbywa w tej chwili, bądź po prostu na koszt osób, które będą zainteresowane tymi szkoleniami. Nie jest to część systemu, tylko element go wspomagający. I tak jak wcześniej powiedziałem, Ministerstwo Edukacji i Nauki będzie finansować te podstawowe szkolenia z zakresu pierwszej pomocy dla uczniów już od najwcześniejszych klas szkół podstawowych.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Pozwolę sobie wejść panu w słowo, jeżeli można. Chcę powiedzieć, że jest wiele instytucji, które zajmują się kształceniem w zakresie ratownictwa. Część z nich oczywiście robi to absolutnie charytatywnie. I jeżeli tylko będzie jakaś sugestia, żeby kogoś przeszkolić, bardzo proszę o to, żeby zgłosić się do zarządu okręgowego Polskiego Czerwonego Krzyża, gdzie są wykwalifikowani ratownicy, którzy zrobią to w pełni profesjonalnie, opierając się na nowoczesnych metodach kształcenia realizowanych w Polsce.

Senator Elżbieta Gelert:

Panie Ministrze, miałabym takie pytanie. Ponieważ centra powiadamiania ratunkowego i zespoły wyjazdowe mają być współfinansowane, to czy w związku z tym – nie wiem, czy dobrze rozumię – również wyjazd karetkami typu „R” i „W”?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Wszystkie zespoły wyjazdowe będą finansowane z budżetu państwa.*)

Z budżetu państwa?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Tak.*)

W związku z tym, że z budżetu państwa, to komu one organizacyjnie będą podlegać?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Kupujemy świadczenia, nie kupujemy struktury.*)

Dziękuję bardzo.

Następne pytanie. Wspomniał pan o tym, że pewna część ustawy, która będzie gotowa i przejdzie już przez etap legislacyjny, będzie mogła wejść w życie jeszcze w tym roku, oczywiście nie cała. W związku z tym mam pytanie – proszę powiedzieć tak orientacyjnie, oczywiście nie chodzi mi o dokładne podawanie paragrafów – która część będzie już obowiązywała w tym roku.

I następne pytanie. W ustawie jest dosyć duży rozdział poświęcony ratownikowi medycznemu i ja się zastanawiam, czy to właściwe, żeby tyle miejsca poświęcić temu zawodowi w ustawie o państwowym ratownictwie medycznym, a nie w ustawie o zawodzie ratownika, która powinna się ukazać. Stąd może owo niezrozumienie, bo tam się przewija, że tylko czy przede wszystkim ratownicy medyczni mogą brać udział, jest taka dosyć duża część poświęcona temu zawodowi, natomiast nie ma jeszcze ustawy o zawodzie ratownika.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Trudno mi skomentować, jak duża część jest poświęcona ratownikowi, bo nie sprawdzałem tego. Oczywiście, jest to bardzo istotny element systemu, jest to, rzekłbym, nowa instytucja, dlatego tak się na niej koncentrowaliśmy. Jest to instytucja, która absolutnie nie ma za zadanie wyprzeć kogokolwiek z karetki pogotowia, ale w związku z tym, że jest to nowa jakość, musieliśmy się nad tym pochylić. Poza tym chcę powiedzieć, że ta ustawa ma też pewną filozofię. Polega ona na tym, żeby pokazać, kto docelowo w systemie kiedyś tam, za naście lat, powinien się znajdować. Tak jest na całym świecie w takich ustawach, bo ta ustawa jest też ustawą bardzo podobną do innych ustaw europejskich, do ustaw typu *life support act*. I to się o tym mówi właśnie. To jest najbardziej istotny element tego systemu. Lekarz ma leczyć, pielęgniarka ma pielęgnować, a ratownik ma ratować. Jest to ustawa o ratownictwie.

Senator Elżbieta Gelert:

Zgadzam się w zupełności. Jeszcze jedno pytanie, dotyczące tego, która część ustawy ewentualnie wejdzie w tej chwili w życie.

A jeśli chodzi o tych ratowników, to mi chodziło nie o wyważenie, tylko po prostu o to, że zakres tego zawodu w ogóle bardzo się rozszerza. Gdy zaś chodzi o to, o czym pan mówił: ratownik jest do ratowania, lekarz do leczenia, akurat lekarzowi

o specjalizacji medycyny ratunkowej czy pielęgniarce ratunkowej nie poświęca się jakiegoś rozdziału, a ratownikowi medycznemu tak. Tylko dlatego taka uwaga.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Tak, oczywiście, bo te specjalizacje mają swoje miejsce także poza zespołami wyjazdowymi. Lekarz medycyny ratunkowej oprócz tego, że oczywiście może jeździć w zespole ratunkowym, powinien mieć swoje główne miejsce pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym. Jest ich zresztą w tej chwili dopiero czterystu czterdziestu czterech w Polsce, więc ta specjalizacja jest w trakcie tworzenia. Docelowo powinno ich być kilka tysięcy.

Rozumiem, że pan dyrektor Adamczewski chce coś pokazać, ale proszę to przeczytać in extenso, bo ja, niestety, z tej odległości nie widzę.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Dziękuję bardzo.

Pokazuję po prostu przepis, który mówi o wejściu w życie poszczególnych artykułów ustawy. Projektuje się, by cała ustawa weszła w życie 1 stycznia 2007 r., natomiast część artykułów, dokładnie art. 18, 19 i art. 20 ust. 6 oraz art. 21–24, art. 26 i 29 weszły w życie już w tym roku, art. 9, który będzie obowiązywał przez okres przejściowy, w 2009 r. i art. 33 w roku 2012.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Dalsze pytania.

Bardzo proszę, pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Mam pytania dotyczące ratownika medycznego. Otóż docelowo ma być to licencjat ratownika medycznego, natomiast jest kilka tysięcy, jak pan minister wspomniał, osób ze średnim wykształceniem pomaturalnym czy policealnym w tym zakresie. Czy dla tych osób jest przewidziana jakaś krótka ścieżka, czy oni muszą się przebijać przez następne trzy lata w akademii medycznej albo wyższej szkole zawodowej? To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie. Czy będzie również przewidziana jakaś krótka ścieżka dla lekarzy zajmujących się traumatologią czy mających takie specjalności, które są związane z medycyną ratunkową?

I trzecia sprawa. Jak wygląda sprawa łączności? Wydaje mi się, że ten nr 112 powinien być wprowadzony jako jeden z niezbędnych elementów. Czy w tym roku jest przewidziane zrealizowanie tego, czy też to będzie rozłożone w czasie? Bo o ile wiem, jest to bardzo drogi system. To na razie tyle pytań. Dziękuję.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Poproszę pracowników o udzielenie odpowiedzi.*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan dyrektor Adamczewski.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo, odnosząc się do pierwszego pytania dotyczącego ratowników z wykształceniem średnim, to mogę, ponieważ jesteśmy online, pokazać wprost art. 11 ustawy, który daje takie same uprawnienia osobom, które ukończyły studia wyższe z tytułem licencjata, jak i publiczną szkołę policealną. To jest w lit. b, którą teraz widać na górze strony. Są to prawa nabyte i ich nie można odebrać. Ci ludzie mają dyplom ratownika medycznego, mają uprawnienia zawodowe, które wiążą się z trybem odbytego kształcenia i z nabytymi przez nich umiejętnościami. W związku z tym, gdy mówimy, że będą to ratownicy wyłącznie z wykształceniem wyższym, mamy na myśli przyszłość i to bardzo odległą. To znaczy w momencie, kiedy zostanie powołany kierunek zawodowy, co, jak wiemy, nastąpi już wkrótce, ratownictwo medyczne, a nie specjalność, jak to w tej chwili się odbywa, zostanie również przez ministra edukacji i nauki wstrzymany nabór do szkół policealnych. I wtedy po prostu w sposób naturalny...

Senator Janina Fetlińska:

Kiedy on zostanie wstrzymany? Pytam, bo to też jest ważne. Kiedy zostanie wstrzymany nabór do policealnych szkół tego typu?

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Wtedy, gdy będzie powołany kierunek zawodowy, prawdopodobnie nastąpi to w ciągu najbliższych dwóch, trzech lat. Odbędzie się to płynnie, tak żeby nie zaburzyć toku kształcenia osób, które już dostały się do szkół policealnych. Zostanie po prostu zahamowany nabór i wstrzymany ten sposób kształcenia ratowników medycznych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To znaczy, że dopuszcza się jakby dwa równoprawne poziomy kwalifikacji. Czy to jest zgodne z interesem chorego?

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Tak stanowią przepisy prawa pracy i przepisy dotyczące zawodów. Muszę powiedzieć, że kształcenie praktyczne w szkołach policealnych jest na bardzo dobrym

poziomie. W ministerstwie były analizowane programy kształcenia dla szkół policealnych, absolwenci są rzeczywiście bardzo dobrze wykwalifikowani. Ja może tu dodam, że nie różnimy się pod tym względem albo nawet różnimy się na plus od innych krajów, zarówno europejskich, jak i od Stanów Zjednoczonych. W tamtych krajach ratownik medyczny, ten paramedyk... może nie paramedyk, lecz technik ratownictwa kształci się mniej więcej od kilku tygodni do pół roku, tak jest na przykład w Niemczech. Tak więc kształcenie, które odbywa się w szkołach policealnych, jest dosyć zaawansowane.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator.

Senator Janina Fetlińska:

Ja bym podtrzymała stanowisko, że takie kształcenie jest pewną krzywdą dla tych osób. Poświęcają one dwa lata nauki, a więc brakuje im tylko roku, żeby mieć status absolwentów studiów wyższych, a jednak tego statusu nie otrzymują. Wydaje mi się, że utrzymywanie tego typu kształcenia jest społecznie nie najlepiej postrzegane, ponieważ absolwenci czują się oszukani. Najczęściej idą potem na trzyletnie studia do akademii, a więc powtarzają jakby tę edukację. Trzeba by się zastanowić nad jak najszybszym zakończeniem tego sposobu kształcenia, żeby nie było takiego samego zjawiska, jakie powstało w wypadku pielęgniarek, to znaczy powtarzania kształcenia. Taki wniosek pozwolę sobie postawić.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Tak jest. Bardzo dziękuję za to. Tak się szczęśliwie składa, że nadzoruję w Ministerstwie Zdrowia zarówno Departament Polityki Zdrowotnej, jak i Departament Nauki i Kształcenia. Oczywiście trzeba by pomyśleć o tym, żeby zrobić jakieś studia pomostowe, wiarygodne studia pomostowe. Bardzo dziękuję za to pytanie, ono jest bardzo ważne dla dużej grupy ratowników, którzy zostali wykształceni w ostatnich latach. Tu nie ma miejsca taki zapis, należałoby o tym pomyśleć w dalszych pracach nad systemem edukacji medycznej. Bardzo dziękuję, Pani Senator, za tego typu sugestię.

(Senator Janina Fetlińska: Jeszcze o ścieżce dla lekarzy, bo nie usłyszałam odpowiedzi.)

Ustawą nie regulujemy jakiegoś skróconego dostępu do zdobycia specjalizacji. Jest to uregulowane w przepisach wydanych na podstawie ustawy o zawodzie lekarza i na tych przepisach się opieramy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Problem oczywiście polega na tym, że trudno, żeby Ministerstwo Zdrowia występowało z tego typu propozycjami. Jeżeli na przykład Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej opracuje schemat dojścia do tej specjalizacji, proponując nam jakieś roz-

wiązania dla lekarzy traumatologów, chirurgów ogólnych, anestezjologów, to oczywiście będziemy mogli przygotować jakiś krótszy program, jakąś krótszą ścieżkę. Aczkolwiek muszę powiedzieć, że to budzi pewne kontrowersje, bo moim zdaniem wszystkie krótkie ścieżki powodują, że jednak takie kształcenie nie jest w pełni wiarygodne. Oczywiście zawsze można znaleźć jakiś złoty środek, ale inicjatywa powinna należeć do środowisk, które mają swoją reprezentację. Na przykład środowisko lekarzy medycyny ratunkowej ma swoje prężne towarzystwo, akurat jest tu szef tego towarzystwa. I nic nie stoi na przeszkodzie, żeby taka inicjatywa wyszła ze strony towarzystwa i środowiska. W Ministerstwie Zdrowia mogą być podjęte prace nad tego typu działaniami.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Numer 112? Widzę, że jest pan dyrektor Kłaman, który powie wszystko na ten temat. To nie jest tak bardzo skomplikowane, moim zdaniem ten problem jest w ogóle dość irracjonalny.

**Pełniący Obowiązki Zastępcy Dyrektora
Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia
Przemysław Kłaman:**

Dzień dobry.

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Numer 112 jest już od jakiegoś czasu zdefiniowany w polskich przepisach, w prawie telekomunikacyjnym, jako jeden z numerów alarmowych. W tym projekcie ustawy o ratownictwie medycznym odwołujemy się po prostu do numerów alarmowych, nie wymieniając ich, z tego prostego powodu, że nie ma takiej potrzeby, te numery mogą się zmienić, nikt nie jest w stanie przewidzieć, jakie one będą. Numer 112 jest w polskim systemie prawnym jednym z numerów alarmowych, taki status nadała mu nowelizacja prawa telekomunikacyjnego.

(Senator Janina Fetlińska: Powinien być w całej Polsce.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pytanie zmierzało trochę do czegoś innego, bo ostatnio były doniesienia medialne, że numer 112 źle działa. Z czego to wynika? Czy tu jest bariera kosztów, czy jakaś techniczna bariera?

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Jeśli można. Z tego, co mi wiadomo, jest to kwestia pewnych barier technicznych, ponieważ ten numer jest wprowadzony tak naprawdę przez Telekomunikację Polską i Urząd Regulacji Telekomunikacji i Poczty. Ta ustawa w pewnym sensie rozwiązuje ten problem, bo dzięki powołaniu centrów powiadamiania ratunkowego, czyli miejsc, w których w sposób zintegrowany będą działać dyspozytorzy trzech służb: ratownictwa medycznego, straży pożarnej i policji, zniknie problem techniczny połączeń między odległymi dyspozytorami o niezdefiniowanych często terytoriach działania. W związku z tym ten numer będzie wchodził, mówiąc kolokwialnie, do

jednego takiego cepeeru, za którego pośrednictwem wszyscy dyspozytorzy będą mogli być powiadomieni o zdarzeniu. Wydaje się, że takie zapisy, jakie znajdują się w tej ustawie, pośrednio, bo one nie dotyczą kwestii technicznych oczywiście, rozwiążą ten problem.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze pani, tak? Proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Jedno pytanie. Corocznie kilkadziesiąt tysięcy osób kształci się na kursach prawa jazdy. Tam też udzielanie pierwszej pomocy jest elementem kształcenia. Wiem, że ogólnie w Polsce odbywa się to na bardzo niskim poziomie. Czy ta ustawa przewiduje jakiś sposób na to, żeby poprawić jakość kształcenia tej grupy ludzi, która w istotny sposób może wpłynąć na efektywność udzielania pierwszej pomocy, zwłaszcza na drogach?

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Jeśli można, jeszcze raz. Zgodnie z ustawą oficjalnie będą opublikowane pewne wytyczne dotyczące kształcenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy, zarówno w szkołach, jak i poza nimi. Zakładam, że na tego typu kursach będzie możliwość skorzystania z tych wytycznych i kształcenia według ustalonego schematu. Liczymy również na poprawę jakości tego kształcenia na kursach.

Senator Janina Fetlińska:

Jeśli pamiętam, tę sprawę reguluje także ustawa o ruchu drogowym. I wydaje mi się, że trzeba by się temu przyjrzeć, dobrze skorelować te nasze założenia ustawowe, żeby nie pominąć tej bardzo ważnej kwestii.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, chciałbym skierować pytanie do pana profesora Jakubaszko, którego uznaję za wybitnego eksperta w medycynie ratunkowej.

Panie Profesorze, jak pan postrzega pomysł zmiany dotychczasowego modelu zespołu wyjazdowego – który, jak wiemy, obecnie składa się z lekarza ratownika i pielęgniarki – na model składający się z dwóch ratowników medycznych? Wiem, że Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej ma uwagi do tego projektu ustawy. Jeżeli pan profesor mógłby krótko przekazać nam swoje uwagi, to bardzo proszę.

Do pana ministra też mam jedno pytanie. Jak ministerstwo chce przekonać POZ do tej nocnej pomocy wyjazdowej, bo, jak wiemy, Porozumienie Zielonogórskie jest przeciwne świadczeniu takich usług. Chodzi głównie o pieniądze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej
Juliusz Jakubaszko:**

Dziękuję za to pytanie. Przytoczę fragment naszych wstępnych uwag do ustawy, które złożyłem na ręce pana przewodniczącego, mówiący właśnie o tej kwestii.

Uważamy, że ta ustawa nie dostrzega wagi nadzoru lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej nad zespołami ratownictwa medycznego. Uniemożliwia to kontrolę jakości ich funkcjonowania i jednocześnie oddala perspektywy funkcjonowania tych zespołów bez lekarza. Należy jednoznacznie określić, najlepiej drogą rozporządzeń wykonawczych, kształt organizacyjny zespołów ratownictwa medycznego, ich skład oraz zakresy różnej ciężkości zadań. Chodzi o wskazanie, do których zadań w zespołach tych musi być lekarz, a do których obecność lekarza nie jest konieczna. Należy podkreślić, że muszą być spełnione odpowiednie warunki techniczne, gwarantujące nadzór w czasie rzeczywistym nad zespołami wykonującymi swe zadania bez obecności lekarza. Nieporozumieniem jest proponowanie w zapisach ustawy wyeliminowania lekarzy z medycyny ratunkowej i pielęgniarek ratunkowych z zespołów ratownictwa medycznego: i tych naziemnych, i tych z powietrza. Przeczy to, po raz kolejny, konieczności zagwarantowania wysokiej jakości systemu dla sprostania potrzebom pacjentów wysokiego ryzyka.

Mówię o tym w ten sposób, dlatego że pozorną prawdą jest to, że na Zachodzie, w krajach tu wymienionych, w ambulansach działają tylko ratownicy medyczni. Oni działają wszędzie tam, gdzie nad nimi w czasie rzeczywistym opiekę merytoryczną sprawuje lekarz. Muszą być spełnione warunki techniczne tego nadzoru. Zawsze musi być lekarz dyżurny albo zespół lekarzy dyżurnych z oddziału ratunkowego, zawsze musi być ratownik medyczny, niejako przypisany merytorycznie do tego oddziału. On jest w tym oddziale kształcony, wykonuje procedury, których w tym oddziale go nauczono. To nie jest ratownik po dwóch tygodniach kształcenia, na to żadne społeczeństwo by sobie nie pozwoliło. Pozornie z zewnątrz wygląda na to, że ratownik jest sam, prawda natomiast jest taka, że on jeździ wprawdzie sam, ale na odpowiedzialność lekarza. I tam, gdzie lekarz uznaje, że musi być na miejscu, tam albo dojeżdża, albo od razu wyjeżdża z ratownikiem. Nie jest takie trudne zorganizowanie tego od strony technicznej w naszym kraju. Naprawdę, dopiero merytoryczny nadzór lekarza nad zespołami umożliwi czy uwolni samodzielność ratowników w ambulansach.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Ja jeszcze może dodałbym tylko, że bardzo się cieszę, że pan profesor tak postawił sprawę. Osobiście też jestem zdania, że uwolnienie tego w taki niekontrolowany sposób przyniosłoby zdecydowanie dużo szkody naszemu społeczeństwu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Bardzo bym prosił, żebyście, Panie i Panowie, pochylili się nad art. 34, ponieważ on nikogo nie eliminuje i to jest jego największa zaleta. Jest to delikatne otwarcie drzwi, delikatne, powtarzam, bardzo subtelne, żeby nie doszło do tego, o czym mówiłem wcześniej, co się dzieje w tej chwili w północnej części naszego kraju. Oczywiście w pełni zgadzam się z tym, że musi być nadzór merytoryczny i chcę powiedzieć, że 1 stycznia będzie bardzo niewiele wyjazdów z ratownikiem medycznym, nadal w karetkach będą lekarze. W tej chwili wydaje się, że powinniśmy doprowadzić do pewnej klaryfikacji i przy wydawaniu rozporządzeń niższego rzędu, czyli niższych niż ustawa, bardzo precyzyjnie zapiszemy rolę szpitalnego oddziału ratunkowego oraz lekarzy pełniących tam swoje dyżury, tak żeby stanowili *back up*, pełen *back up* nad zespołami wyjazdowymi oraz dbali o jakość. Czyli w pełni zgadzam się z tym, co powiedział pan profesor Jakubaszko. Jeżeli będą sugestie organizacji społecznych, także państwa, żeby bardziej precyzyjnie zapisać to w ustawie, to można dodać kilka zdań do zapisu dotyczącego szpitalnego oddziału ratunkowego, jego zakresu kompetencji. Ale taka rzecz się zdarzy.

Może teraz dyrektor Adamczewski.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, proszę bardzo.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Dariusz Adamczewski:**

Dziękuję serdecznie. Jeśli można, uzupełnię. Ustawa zawiera dwie delegacje do wydania bardzo szczegółowych procedur postępowania w miejscu zdarzenia, czyli dla zespołu wyjazdowego, i procedur obowiązujących w szpitalnym oddziale ratunkowym. My wszyscy pracujący do tej pory nad tą ustawą zgadzamy się całkowicie z tym, że absolutnie niedopuszczalne jest funkcjonowanie ratownika medycznego jako całkowicie samodzielnej jednostki, która udziela świadczenia zdrowotnego. On musi mieć możliwość wykonania samodzielnie procedur, do których został przygotowany, ale jednocześnie musi mieć możliwość skonsultowania się z lekarzem i nadzór lekarza nad pewnymi procedurami. Stąd właśnie te delegacje do szczegółowych procedur, nie da się bowiem procedury zapisać w ustawie. Każda procedura, którą potencjalnie będzie wykonywał ratownik i która będzie się działa w szpitalnym oddziale ratunkowym, zostanie opisana. I nie będą tego robili urzędnicy z ministerstwa. W tym wypadku liczymy właśnie na pomoc towarzystw naukowych i ekspertów, jak to się dzieje na całym świecie. Taka procedura będzie opisywała zarówno to, co ratownik może zrobić sam,

jak i sytuacje, w których musi skontaktować się z SOR, a także, z kim ma się w tym SOR skontaktować, do jakich procedur jest potrzebny wyłącznie lekarz i w jaki sposób on ma dotrzeć na miejsce zdarzenia. Dziękuję serdecznie.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dziękuję bardzo...)

Oczywiście najważniejsze są procedury, bo one będą gwarantowały w tym systemie bezpieczeństwo. Teraz tych procedur nie ma i, jak państwo widzicie, nie ma tygodnia, żeby nie było jakiegoś skandalu związanego z lekarzem w karetce pogotowia: albo nie rozpoznaje zgonu, albo jest pijany, albo kogoś zostawia. Jest to totalny dramat.

Jestem winny jeszcze odpowiedzieć na pytanie na temat...

(Senator Waldemar Kraska: Panie Ministrze, muszę zaprotestować. Nie możemy mówić, że lekarze są winni i szukać sensacji.)

Ja stwierdzam fakt, Panie Senatorze.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak jest. Nie ma tygodnia, żeby nie było jakiegoś skandalu z tym związanego. Ale to już poza...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Słuchajcie, myślę, że niedobrze jest, gdy takie kulisy pracy nad ustawą się ujawniają, bo one budzą poważne obawy. Czy jest sprawiedliwe wchodzenie w sytuację dramatu ochrony zdrowia, w której lekarze, niejako krew z krwi, a kość z kości, też mają problemy z alkoholem, ze stresem, z wieloma innymi problemami, zwłaszcza ze swoimi nędznymi poborami, które trochę zależą jednak od państwa? A my jako agenda legislacyjna państwa i państwo jako rząd, mimo że krótko, jesteśmy za to odpowiedzialni. Nie możemy wchodzić tak z butami w ten dramat, który się rozgrywa w służbie zdrowia. I dlatego proponuję, żeby nie tym uzasadniać przebudowę tego modelu, tylko czymś innym, pozytywną szansą na dokonanie przełomu w czymś, co jest hańbą Polski, a jest nią zbyt duża liczba zgonów, których można uniknąć. Wymaga to uregulowań ustawowych.

Proszę państwa, jeszcze w tej części senatorskiej jest pytanie do państwa. Myślę, że to był po prostu wypadek przy pracy, proponuję przejść nad tym do porządku. Idziemy dalej. Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Tak to traktuję.

Panie Senatorze, jeszcze jedno pytanie, na które muszę odpowiedzieć, dość istotne, bo tutaj jestem bombardowany, że nie odpowiedziałem...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam, chciałbym tylko powiedzieć państwu, paniom i panom senatorom, że mamy jeszcze gości, którzy też chcą zadać pytania, a może i skomentować to, co się dzieje, więc proszę to wziąć pod uwagę. Jeszcze nie udzielałem też sobie głosu w tej sprawie.

Witam pana posła, cieszymy się, że jest pan z nami.

Bardzo proszę, panie minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Tak jest. Sprawa POZ, NFZ. Na szczęście problem POZ jest w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia. My oczywiście mamy wrażenie, że 1 stycznia 2007 r., ten dzień po sylwestrze spędzimy nie w Ministerstwie Zdrowia, tylko we własnych domach. I w związku z tym teraz analizujemy sytuację i chcemy doprowadzić do wyjaśnienia tego wszystkiego.

W wielu miejscach w Polsce POZ działa dobrze, jest zapewniona nocna pomoc lekarska, karetki pogotowia jeżdżą ratować życie, nie są przychodniami na kółkach. I taki system musi funkcjonować w całym kraju. Pan prezes Miller ma nam przedstawić taki projekt. W wielu miejscach w kraju lekarze sami chcą udzielać tej pomocy, jeśli mają po prostu za to dodatkowe środki. Już obecnie to normalnie działa, są takie miejsca, gdzie jest bardzo dobrze. Trochę jest to jednak poza resortem. Oczywiście zaprosimy do rozmów pana prezesa Millera, Porozumienie Zielonogórskie i lekarzy rodzinnych, tych trzech partnerów będzie rozmawiało w Ministerstwie Zdrowia w celu rozwiązania tego problemu. Wierzę mi, że ta sprawa jest do rozwiązania i myślę, że to, co wydarzyło się w roku 2005 w sylwestra już nigdy się nie powtórzy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator Budner.

Senator Margareta Budner:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja troszeczkę odejdę od samej ustawy, nie odejdę natomiast od ratownictwa medycznego. Korzystając z obecności pana ministra i pana profesora, przekażę małą prośbę.

Nasza koleżanka, pani senator Ula Gacek, podczas ostatniego posiedzenia Rady Europy otrzymała standardy postępowania w przypadku urazów kręgosłupa, rdzenia kręgowego, z prośbą o rozpowszechnienie ich w Polsce. Nie jestem ani neurochirurgiem, ani ortopedą, nie wiem zatem, czy one są u nas znane. Prześledziłam natomiast troszeczkę piśmiennictwo na ten temat i wiem, że są to bardzo ciekawe standardy, mówiące o wdrożeniu nowego środka, który był stosowany do przechowywania komórek w ciekłym azocie, DMSO – *dimenthyl sulfoxid*. Zastosowany w pierwszych trzech godzinach po urazie daje bardzo dobre wyniki i zmniejsza odsetek powikłań, zarówno wczesnych, jak i późnych.

Może nie będę zanudzać, chciałabym tylko dodać, że bardzo ciekawym faktem jest też przeszczepianie komórek sieci bądź komórek macierzystych, co również daje bardzo dobre efekty, zmniejsza bowiem powstające w tym miejscu blizny. Do tego programu, tej pracy jest dołączony także film, prezentujący przypadek dziewczynki, która uległa bardzo masywnemu wypadkowi i po kilku latach po operacji neurochirurgicznej i intensywnej rehabilitacji zaczęła chodzić.

Czy mogłabym skorzystać z obecności pana profesora i przekazać na pana ręce oryginał z prośbą o rozpowszechnienie?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję. Myślę, że pan profesor to skopiuje i obdarzy tymi rekomendacjami także ministerstwo.

(*Senator Margareta Budner:* Jeśli ktoś jest zainteresowany, to mam jeszcze kopię.)

Bardzo bym prosił, żeby dostarczyć to panu ministrowi.

Szanowni Państwo, teraz sobie pozwolę udzielić głosu, zanim dopuszczę gości.

W ustawie pominięto w ogóle samorząd terytorialny, co zresztą już w jednym z państwa pytań było zawarte. Przesądza się więc, że to wojewoda staje się tą jedyną instytucją, co oznacza de facto zwolnienie starostów, prezydentów, marszałków z czegoś, co w poprzednich latach było energią napędzającą zmianę. I ja się zastanawiam, czy to jest bezpieczne. Mówię to na podstawie swojej praktyki lekarza miejskiego we Wrocławiu, gdzie prezydent sypnął groszem i przebudował u nas czwarte piętro, wstawił tam sprzęt, posadził policjanta, strażnika, zatrudnił dyspozytora medycznego pogotowia ratunkowego. Czy teraz tego wysiłku w jakiś sposób troszeczkę państwo nie zaprzepaszczacie? Czy nie zwolnimy samorządu terytorialnego po prostu z zaangażowania, które często przesądzało o powstawaniu tego systemu? Czy jest bezpieczne dla tego systemu takie całkowite pominięcie samorządu terytorialnego? Ja wiem, że mamy chorą strukturę powiatów, bo powiaty w Polsce powinny być takiej wielkości, by mogły wykonywać zadania, które wynikają z koniecznej służby, z koniecznych zadań na rzecz obywatela, a więc musi być rejon działania powiatowego szpitala itd. Powiaty powstały jednak według innej filozofii niż filozofia racjonalnej organizacji. Niemniej jest pytanie, czy państwo nie powinni jednak przemyśleć tej kwestii, bo ja się bardzo boję, że samorząd nie będzie się już angażował. A nigdy finanse państwa nie gwarantowały takiej pełnej operacyjnej sprawności.

Druga moja wątpliwość i prośba dotyczy kwestii zwijania pogotowia ratunkowego. Czy wystarczająco jasno jest zapisane, że to SOR staje się rdzeniem systemu ratunkowego? Jeżeli SOR ma nadzorować prace ratownika i być on line w kontakcie z ratownikiem medycznym, co gwarantuje bezpieczeństwo jakościowe, czy wobec tego zespół ratunkowy nie powinien być przypisany do SOR? To jest pytanie do ustawodawcy. I następne: jak będziemy zwijać pogotowie ratunkowe? Zostanie przecież transport sanitarny, który można spokojnie przerzucić na zasadach komercyjnych na niepubliczne struktury. Tak więc chodzi o kwestię likwidacji WKTS.

Jeśli mówimy o ratownikach, którzy mają być tą instytucją pierwszej linii, to jest pytanie, czy ratownik medyczny będzie do sześćdziesiątego piątego roku życia pracował na dyżurach dwunasto- i dwudziestoczegogodzinnych, czy tego zawodu nie należy potraktować specjalnie, że tak powiem. I wobec tego, czy nie powinniście państwo, tak rozbudowując zapisy o ratownictwie medycznym, rozważyć kwestii wytrzymałości ratownika i jakiejś ścieżki jego kariery. On powinien być zasadniczym edukatorem, gdy już wyczerpuje się fizycznie. Teraz kwestia obecności kobiet w systemie ratowniczym. Jeśli mają jechać dwie osoby do wypadku, dwóch ratowników – kierowca, a drugi jako wspierający, to jest pytanie: jak będzie z noszeniem noszy?

Jeszcze pytanie do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pan minister powiedział o 965 milionach zł, które są wydawane na przedszpitalną pomoc. Ile w tym jest na tak zwaną pomoc wyjazdową na kółkach, substytuującą dysfunkcjonalny system POZ? Bo

gdy mówimy, że tyle zostanie, to ja się obawiam, że może zostać jednak znacznie mniej pieniędzy. W tych 965 milionach zł jest pewnie kilkaset milionów na coś, co jest kontynuacją tego niedobrego systemu.

I ostatni problem. Jeśli ten system ma zostać „odpalony” 1 stycznia, to ja bym chciał wiedzieć, czy macie państwo środki na to, żeby uruchomić do tego czasu sto dwadzieścia SOR, bo tyle ich brakuje i jakiego rzędu... Pani minister Gilowska uspokoiła nas troszeczkę, gdy omawialiśmy budżet, obiecując, że jeżeli państwo wykażą niezbędne koszty, to znajdą się pieniądze na ten cel. Pytam więc: czy macie państwo kalkulację i ścieżkę dojścia do tego, by ta ustawa rzeczywiście z dniem 1 stycznia zaczęła w Polsce obowiązywać? Takie mam uwagi i pytania do państwa. Bardzo bym prosił o odpowiedź.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, samorządy terytorialne w Polsce odgrywają oczywiście gigantyczną rolę. I są samorządy, które świetnie dbają o ochronę zdrowia, mnóstwo inwestują w swoje podmioty, jak na przykład w Warszawie, gdzie ogromne środki wydaje się na szpitale, buduje szpitalne oddziały ratunkowe. Jest to jednak bardzo bogate miasto. Polska natomiast jest bardzo zróżnicowana. Już kilkadziesiąt kilometrów od Warszawy, w północnej części Mazowsza, są bardzo biedne samorządy, których nie stać praktycznie na nic. Jeżeli chcemy mówić o unifikacji, a tu mówimy przede wszystkim o unifikacji centrów powiadamiania ratunkowego, to trzeba sobie uświadomić, że te pieniądze znajdują się po prostu u wojewody i nie trzeba będzie zdać się na łaskę samorządu terytorialnego, któremu brakuje środków. To nie jest ta kategoria zdarzeń. Te pieniądze zostaną w systemie samorządów terytorialnych, bo ich CPR będą finansowane przez wojewodę. Tak więc ja bym się tego nie bał. Myślę, że samorządy terytorialne i tak mają do odegrania bardzo wielką rolę, są przecież organami założycielskimi ogromnej liczby podmiotów. Przypominam także, że przecież nie wojewoda będzie organem założycielskim SOR, nadal będzie nim samorząd terytorialny czy też minister zdrowia, czy też inne ministerstwa. My zastaliśmy pewien fakt, pewien stan, a nie można zbudować tego systemu na zasadzie polityki zaoranej ziemi, bo nie budujemy go na czymś, co nie funkcjonuje.

Następna sprawa. Oczywiście nie stać państwa, i tutaj trzeba być realistą, na to, żeby zawód ratownika miał cenzus służby. Wiadomo, że za tym idą: szybka emerytura, sorty mundurowe, coś tam jeszcze, coś tam jeszcze. To pociąga gigantyczne koszty, których ten biedny kraj nie jest w stanie unieść. I dlatego nie możemy tego zrobić, jestem głęboko przekonany, że gdybyśmy nawet spróbowali, to natychmiast minister finansów dość mocno zaoponuje.

Jeśli chodzi o te 900 milionów zł czy 960 milionów zł, te pieniądze są wydawane w tej chwili na około tysiąca stu sześćdziesięciu zespołów wyjazdowych. Myślę, że dość precyzyjnie podałem tę liczbę, jest blisko tysiąc dwieście zespołów wyjazdowych. Oczywiście te pieniądze już w tej chwili są wydawane na gotowość dobową zespołu wyjazdowego. Mam nadzieję, że Narodowy Fundusz Zdrowia rozłożył to w prawidłowy sposób. Monitorujemy zdarzenia i nie zdarzyło się, żeby zespół nie dojechał, dlatego że nie został zakontraktowany czy dlatego że gdzieś jest za daleko. Czyli ta sytuacja powinna ulec poprawie.

Oprócz tego chcę jeszcze powiedzieć, że przewidujemy zakup innych środków transportu. To znaczy zakup w kontekście świadczeń, bo my kupujemy świadczenia, nie strukturę, w ogóle nie ma tutaj mowy o strukturze. Zamierzamy kupić na przykład łodzie, które w sezonie będą obsługiwały Wybrzeże. Często jest tak, że z Helu do Gdyni lepiej jest przewieźć pacjenta łodzią motorową niż drogą, która jest permanentnie zablokowana.

Następna sprawa. Kiedy pojawi się sieć szpitalna, oczywiście będzie wiadomo, że szpitalne oddziały ratunkowe będą jej głównym trzonem, bo to jest system bezpieczeństwa. Życie nie zna próżni, takie szpitalne oddziały ratunkowe pojawią się wtedy, kiedy ktoś będzie chciał je kupić. Ten system powoduje to, że na rynku pojawiła się nowa jakość. Jeżeli ktoś nie będzie w stanie implementować szpitalnego oddziału ratunkowego, to on będzie prywatny. Takie oddziały w tej chwili powstają w Polsce i po prostu kupuje się świadczenia, Narodowy Fundusz Zdrowia kupuje świadczenia. Taka sama sytuacja jest z WKTS, z innymi jednostkami, które świadczą usługi z zakresu ratownictwa medycznego przedszpitalnego. I marzymy o tym, żeby nadal była konkurencja, ponieważ jest ona jedynym wyznacznikiem jakości: tam, gdzie jest jakaś konkurencja, tam poprawia się jakość usług. I nie ma tutaj żadnego monopolu: ani WKTS, ani jakichś stacji pogotowia ratunkowego. Na rynku jest wielu operatorów, którzy świadczą tego typu usługi, ale to powoduje, że standard wszędzie jest wysoki. To się w Polsce naprawdę udało, już nie ma siermiężnego pogotowia ratunkowego, do większości pacjentów w Polsce przyjeżdża przyzwoity ambulans, świetnie wyposażony, z wykształconymi ludźmi, którzy nie są w brudnych fartuchach, tylko w przyzwoitych czerwonych uniformach, i zresztą są bardzo dumni z tego, że mogą nosić takie uniformy. Tak więc my nie zaczynamy od początku, ta ustawa nie rozpoczyna niczego nowego, bo ludzie, którzy tworzyli ratownictwo medyczne w Polsce, zrobili coś nadzwyczajnego, w dużej mierze zbudowali tę strukturę, a my musimy tylko o nią dbać.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, teraz goście. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia jest gotowy do odpowiedzi na pytanie, jaka część tego finansowania...

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia Wiesława Kłós:

Wiesława Kłós, Narodowy Fundusz Zdrowia.
Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Niestety nie mam przy sobie ostatniego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, ale już drugi raz nie popełnię takiego błędu. Przede wszystkim, chciałyby państwa uspokoić, bo Narodowy Fundusz Zdrowia, dbając o to, aby kosztem ratownictwa medycznego nie były świadczone usługi w ramach nocnej pomocy lekarskiej, zawarł w materiałach szczegółowych na temat POZ informacje, że jeżeli nocna pomoc lekarska ma być świadczona w ramach struktur pogotowia, wtedy musi być podpisany odrębny kontrakt. Nie wolno łączyć tych dwóch struktur, to znaczy, że w tym samym czasie lekarze z pogotowia nie mogą świadczyć usług na rzecz POZ,

a także być zatrudnieni w ramach świadczeń wykonywanych przez pogotowie. Ta sprawa jest uregulowana, środki są wyodrębnione, struktura powinna być jasno i wyraźnie rozdzielona. Przy kontraktowaniu świadczeń jest to sprawdzane.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo. Teraz pytania gości.

**Kierownik Kliniki Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej
w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym
przy Akademii Medycznej w Lublinie
Jerzy Osemlak:**

Jerzy Osemlak, kierownik Kliniki Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej w Lublinie.
Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Chciałbym zapytać, jaką pozycję w systemie ratownictwa medycznego w Polsce mają w tej chwili dzieci, a jaką powinny mieć. Wiadomo, że w Polsce jest około dziesięciu milionów dzieci, czyli jedna czwarta naszego społeczeństwa, każdego roku urazom ulega około miliona, około stu tysięcy musi być hospitalizowanych tylko z powodu urazów, dziesięć tysięcy dzieci ma urazy ciężkie, na skutek urazów umiera około dwóch tysięcy dzieci.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor jest akurat z takiego regionu Polski, którym szczególnie się interesowałem. Muszę powiedzieć, że śledziłem ciąg zdarzeń, tragiczny ciąg zdarzeń związanych z dziewczynką wożoną od szpitala do szpitala, bo nie znaleziono miejsca, żeby odbarczyć jej czaszkę. Dramatyczna historia, która była nie tak dawno, prawda?

(Głos z sali: Pół roku temu.)

Pół roku temu. I oczywiście cieszę się, że padło to pytanie, dlatego że dla takich dzieci powinny powstać centra urazowe, dobrze zorganizowane centra urazowe. Nie wszędzie bowiem szpitalne oddziały ratunkowe mogą sobie poradzić, co się zresztą zdarzyło, bo ta dziewczynka była wożona między szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, w których nie potrafiono na wstępie jej zdiagnozować, a później po prostu zoperować. No i stał się dramat.

Chcemy w Polsce implementować szpitalne oddziały, które będą centrami urazowymi. Być może powinno być jedno takie centrum na województwo. Obecnie w Polsce są szpitalne oddziały ratunkowe tylko dla dzieci. Na przykład Warszawa ma jeden taki oddział, przy ulicy Niekłańskiej. Oczywiście jest ich za mało, bo ten system w Warszawie też jest niespecjalnie dobrze zorganizowany. W ostatnim czasie nastąpiła dezintegracja chirurgii dziecięcej, nie wiem, dlaczego tak się stało. Nastąpiła dyspersja – wiele oddziałów skoncentrowało się wyłącznie na chirurgii jednego dnia. I teraz tych

oddziałów, które w pełni mogą świadczyć usługi dla dzieci, szczególnie z urazami wielonarządowymi, jest zbyt mało. To jest ogromny problem w Polsce, który powinniśmy rozwiązać. W najbliższym czasie w Ministerstwie Zdrowia zostanie powołany specjalny zespół. I być może już w 2007 r. wdrożymy Narodowy Program Urazowy, którego głównym celem będzie implementacja tego typu ośrodków. Dzięki PolKardowi udało się implementować ogromną liczbę ośrodków kardiologii interwencyjnej, teraz taki program urazowy powinien w Polsce zafunkcjonować. Rozmawiałem już na ten temat z osobami, które są biegłe w tych sprawach, zajmują się tego typu problematyką i w najbliższym czasie będziemy powoływać taki zespół. Jeżeli pan profesor, z którym zresztą znamy się z Lublina, zechciałby nas wspomóc w zakresie chirurgii dziecięcej, będziemy bardzo zadowoleni.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Naczelna Izba Pielęgniarska, bardzo proszę, wiem, że pani prezes chciała zabrać głos.

**Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Buczkowska:**

Bardzo dziękuję.

Szanowni Państwo! Panie Ministrze!

Reprezentuję tę część zainteresowanych, która nie musi się obawiać, jak powiedział pan minister, że zostanie wyeliminowana – pielęgniarki. Do tej grupy należą również pielęgniarze, których jest znacząca liczba. Mam taką informację dla wszystkich państwa: pielęgniarki również robią specjalizacje, pan profesor o tym mówił, są też pielęgniarki ratunkowe. Tak więc nie tylko ratownicy medyczni mają prawo być dzisiaj sfrustrowani. Od kilkunastu lat uczestniczę, pani senator również ma tego świadomość, w tworzeniu programów nie tylko dla ratowników, lecz także dla kadr medycznych z zakresu ratownictwa medycznego w ogóle. I bardzo proszę o rozważę, proszę o to, żeby w ustawie między innymi o ratownictwie medycznym było ratownictwo zintegrowane, żebyśmy jako obywatele czuli się bezpieczni, żeby były dobre SOR, CPR itd., bo to jest bardzo ważne i ja bardzo bym sobie tego życzyła. Żeby w tej ustawie nie było przypadkowych stwierdzeń dotyczących ratowników medycznych. W Polsce każde prawo, szczególnie gdy jest prowizorką, trzyma się bardzo długo. Ja namawiam państwa na zrobienie dobrej ustawy o ratownikach medycznych. Powołujecie się państwo na kwalifikacje Unii Europejskiej. Nie ma nic gorszego w tej chwili niż kształcenie ratowników medycznych na poziomie licencjata. Uważam, że należy podjąć prace nad standardem kształcenia ratowników medycznych, że PKA, Państwowa Komisja Akredytacyjna, czyli system edukacji musi opracować naprawdę właściwe programy nauczania, żeby nie było dowolności kształcenia w akademiach medycznych, bo słyszę, że ono ma być na poziomie licencjata. W związku z tym nie powinno się zawrzeć w rozdziale drugim zapisu o ratowniku medycznym. Pomijam już błędy semantyczne i merytoryczne dotyczące definicji.

Dlaczego jest to takie ważne, proszę państwa? Bez standardów kwalifikacji nie można będzie uznawać zawodu ani obywateli Unii, którzy do nas przyjadą, ani na-

szych, którzy będą wyjeżdżać, jeżeli nie będzie prawnych zapisów o ogólnym systemie zawodów regulowanych. Przypomnę tylko, że takimi zawodami, szczególnie uregulowanymi, są między innymi zawody pielęgniarki, położnej, lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty. Ale póki co nie ma zawodu regulowanego w Polsce. Więc bardzo proszę o dokonanie takiej próby, nie w tej ustawie, w innej. Bo warto byłoby się również pochylić, Panie Ministrze, nad ustawą o zawodach medycznych, która powinna konsumować naprawdę wiele różnych zawodów.

Wróćmy jednak do tego, co pan, Panie Ministrze, mówi o braku czy eliminacji, do tego również chciałabym się odnieść. Ja bardzo się cieszę, że państwo widzą ratownika medycznego... To znaczy nie, nie cieszę się, właściwie to bardziej mnie martwi, że będzie to zawód elitarny i głównie chyba męski. Proszę zważyć, że dzisiaj na wydziałach ratownictwa medycznego 80% to kobiety. A więc państwo musicie być świadomi tego, co dzieje się. Ja nie wiem, czy pan minister, czy pan przewodniczący komisji mają tego świadomość, że w tej chwili nie może być tak, że są zawody męskie i zawody żeńskie, że ktoś może więcej czy mniej dźwigać. Liczymy na to, że technizacja i dobre technologie wejdą również do ratownictwa medycznego, a wtedy nie będziemy mogli mówić, że... Ja rozumiem, że sześćdziesięcioletni tu wspomniany czy lekarz lub pielęgniarka w pewnym wieku być może nie powinni się tym zajmować, być może nie są wystarczająco sprawni psychofizycznie, być może nie podbiegną, nie wcisną się w każde miejsce, bo są to rzeczywiście specyficzne czynności. Proszę jednak zważyć, że to jest problem, który musi być uregulowany nie tylko w odniesieniu do ratowników, ale również do wszystkich pracowników medycznych, lekarzy, pielęgniarek, pielęgniarzy, o specjalizacji ratownictwa. Powinna może być jakaś ochrona lub możliwość kształcenia, bo piszecie państwo również o kształceniu ustawicznym. Nie na tym sztuka polega, żeby zdobyć dyplom, a potem mieć przerwy w wykonywaniu zawodu, nie praktykować przez jakiś czas i wracać z powrotem, podczas gdy wiedza i praktyka idą do przodu. Naprawdę warto tutaj zważyć, że SOR powinny być jedynym miejscem ciągłej, ustawicznej praktyki i to one powinny stwarzać możliwości, a nie różne inne miejsca, tylko dlatego, że ktoś otrzymał dyplom akademicki licencjata czy na przykład ratownika medycznego. My mamy ten problem jako pielęgniarki. W związku z tym warto się nad tym zastanowić. Praktykowanie musi być zagwarantowane na najwyższym poziomie, z najlepszymi ludźmi, dla systemu, i nie myślę wyłącznie o ratownikach, tylko o wszystkich, którzy będą pracowali w systemie ratownictwa medycznego.

Jeszcze ostatnie słowo, Panie Ministrze. Ja muszę powiedzieć, że jestem zaskoczona, choć już się spotkałam z taką filozofią, że lekarz leczy, pielęgniarka pielęgnuje, ratownik ratuje. To było już dawno, piętnaście lat temu. Nawet krążyła po kraju, pół żartem, pół serio, taka teoria: *modo* Panufnik. Ja bym nie chciała znów tego usłyszeć, bo specjalizacje mogą robić różni ludzie, którzy zaczynają się kształcić w zawodach medycznych, a tych jest, o ile wiem, kilkadziesiąt. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Proszę pana ministra. Tylko włączajmy mikrofony.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Ja myślę, że ta filozofia nie powinna budzić kontrowersji. Nie ma szlachetniejszego zawodu niż pielęgniarstwo. To jest coś zupełnie wspaniałego, móc ten zawód uprawiać.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Zawód lekarza też jest piękny.)

Też piękny, ale bardzo trudny, tak jest.

Pani Przewodnicząca, ja chcę powiedzieć, że pani tak naprawdę sama odpowiedziała sobie na pytanie, które mi zadała. Chylę czoła przed tym...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, ale do czego zmierzam? Chylę czoła przed...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jesteśmy w ciągłym kontakcie.

Ustawa o zawodach medycznych jest w tej chwili procedowana w ministerstwie i jest szansa, że może w grudniu będzie już poddana konsultacjom zewnętrznym. To jest duża ustawa, na którą trzeba mnóstwo czasu poświęcić, ale rzeczywiście te problemy zostaną rozwiązane. No, ale miejcie nad nami litość, my jesteśmy dopiero od stu dwudziestu dni, i tak sporo zostało zrobione.

Co do pielęgniarek, w zespołach wyjazdowych jest dla nich miejsce. Jest tam także miejsce dla kierowców. Proszę zobaczyć, że art. 34 mówi o tym w sposób dość jednoznaczny. Ja muszę powiedzieć, że są kraje, gdzie nie ma kierowców, gdzie po prostu zespół ratowników, zespół paramedyków, prowadzi ambulans. Tam się liczy pieniądze. U nas takiej sytuacji...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Zwłaszcza że dzisiaj, jakbyśmy zapytali, kto nie ma prawa jazdy...)

No tak, tak. No ale nie chcemy tego robić, dlatego że to są także miejsca pracy, nie chcemy wyeliminować kierowców. Nie można wszystkiego robić od razu, ludzie w Polsce muszą gdzieś pracować. Ta ustawa ma także pewien wymiar społeczny.

Największym problemem kobiet jest to, że niestety mogą nosić tylko 15 kg. Jest to pewien problem. Ja nie wiem, jak do tego podejść, ale...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

I bardzo dobrze, noście. Ja marzę o tym, żebyście panie w ogóle nie nosiły, najwyższej coraz częściej jakieś...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: One marzą o czymś innym, one marzą, żeby mogły i sto nosić.)

(Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska: Nosimy po 100 kg i nikt nam nie pomaga.)

No, wolałbym, żeby tak nie było.

(Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska: Ale to nie jest argument.)

Nie, nie, oczywiście, to nie jest argument. Ale ja absolutnie nie mogę się do tego odnieść, bo są też oczywiście inne prawa, które mają kobiety, ta ustawa nie może wszystkiego zmieniać.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos, z gości?

Pan profesor Jakubaszko, bardzo proszę.

Pan minister już się zbiera? Ile jeszcze może z nami pobyc pan minister?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Ja już jestem spóźniony, ale...)

Bardzo dziękujemy za cierpliwość.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas: Cała przyjemność po mojej stronie.)

**Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej
Juliusz Jakubaszko:**

Ja uwagi naszego towarzystwa złożyłem na ręce pana ministra również dzisiaj tu na tym spotkaniu. Myślę, że do każdą z nich potraktuje się w sposób roboczy i twórczy, bardzo na to liczę. Generalnie uważamy, że dobrze, że ustawa istnieje, dobrze, że nad nią trwają prace i dobrze, że widać światło w tunelu, którego przez minione cztery lata nie było. My mamy szereg uwag do zapisów tej ustawy, ale myślę, że to będzie przedmiotem jakichś dłuższych roboczych ustaleń między nami.

To, co nas martwi, to to – właściwie trochę wejdę w słowo mojej poprzedniczce – że nie ma uzasadnienia dla tak szerokiego rozwijania zapisów ustawowych dotyczących ratownika medycznego przy jednoczesnym pominięciu innych zawodów medycznych w systemie ratownictwa medycznego, takich jak lekarz medycyny ratunkowej, pielęgniarz ratunkowy, które są również podstawowymi grupami zawodowymi pracującymi w tym systemie. Uważamy, że nie mają uzasadnienia zawarte w tej ustawie tak szerokie zapisy o ratowniku, bo jest to przedstawiciel zawodu niemedycznego, funkcjonującego w innym systemie. Kwalifikowana pierwsza pomoc jest dla niego kształceniem doskonalenia zawodowego, potrzebnym mu do funkcjonowania jako funkcjonariuszowi systemu bezpieczeństwa publicznego. Podnoszenie kwalifikacji tych grup zawodowych, zgodnie z założeniami kształcenia kwalifikowanej pierwszej pomocy, to jest zadanie innego resortu, to jest sto osiemdziesiąt godzin kształcenia doskonalącego w zawodzie ratownika i to nie powinno być budżetowane ze środków ministra zdrowia.

Kolejna ważna uwaga: sądzimy, że ten projekt jakby przeczy podstawowym pojęciom odnoszącym się do struktur medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego w systemie ochrony zdrowia, bowiem pomija kluczową pozycję oddziałów ratunkowych nie tylko jako sieci docelowej dla całego systemu, ale również jako bazy specjalistycznej do natychmiastowego leczenia chorych w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Nie uwzględnia przy tym ogromnego wachlarza innych oddziałów szpitalnych powołanych w części swoich zadań do nagłych interwencji specjalistycznych z tytułu ich możliwości i szczególnych umiejętności w zakresie szczegółowych działań medycyny. Dotyczy to w zasadzie wszystkich dyscyplin medycznych opartych o bazę szpitalną, poczynając od wieloprofilowej intensywnej terapii.

Medycyna ratunkowa i jej trzon – oddziały ratunkowe powstały właśnie po ponad trzydziści lat temu w krajach bardziej od naszego rozwiniętych, aby dać szansę pacjentom w stanie krytycznym na jak najszybsze dotarcie w jak najlepszym stanie do jak najwłaściwszej docelowej terapii specjalistycznej. Wyszczególnienie przez projektodawców ustawy i wybiórcze włączenie do systemu ratownictwa medycznego działów kardiologii inwazyjnej, leczenia udarów i urazów jest merytorycznym nieporozumie-

niem i nie jest praktykowane w żadnym systemie ochrony zdrowia żadnego kraju na świecie opisującego ustawowo ratownictwo medyczne. A co z pozostałą częścią medycyny interwencyjnej? Albo wpisujemy wszystko, albo tylko medycynę ratunkową. A gdzie jest toksykologia? A gdzie jest ostra naczyniówka? A gdzie jest ostra chirurgia brzuszna? Przecież to wszystko są chorzy w nagłym zagrożeniu życia. A gdzie jest ostra psychiatria? Itd., itd. Przecież tych bytów jest bardzo dużo i nie można wyłapywać tylko niektórych z nich.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor, jak rozumiem, skończył.

(Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej Juliusz Jakubaszko:

Tak.)

Bardzo dziękuję. Te uwagi są złożone też na piśmie.

Czy pan minister chce się do tego odnieść w tej chwili? Króciutko.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Bardzo chętnie się odniosę. Ja chcę państwu powiedzieć, że myśmy zastali fakty, resort zdrowia zastał pewne fakty. Wiele w Polsce w ostatnich szesnastu latach zrobiono, żeby pojawiły się nowe instytucje, nowe elementy systemu ochrony zdrowia: siedemdziesiąt trzy centra kardiologii interwencyjnej, już w tej chwili kilkanaście szpitalnych oddziałów udarowych. Znamy epidemiologię, wiemy, jacy są główni killerzy w Polsce. I dlatego to zaznaczyliśmy, żeby tak zwana złota godzina była w taki sposób realizowana, że jeżeli ratownik, lekarz czy pielęgniarka w karetce mają podejrzenie, że pacjent ma zawał serca, to wiozą go nie do szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie nie ma Cardio-Labu, tylko do miejsca, gdzie mu się wykona pierwotną angioplastykę wieńcową, i nie będzie ani minuty straty. Podobnie jest z pacjentami udarowymi.

Oczywiście nie można tutaj zapisać wszystkiego, ale jest zapis, bardzo zresztą precyzyjny, który mówi, że jest szpitalny oddział ratunkowy. My chcemy, Panie Profesorze, żeby on był sercem systemu. No bo po co miałby być szpitalny oddział ratunkowy, jeżeli chcielibyśmy, jak pan mówi, żeby pacjent z tętniakiem aorty brzusznej był wieziony gdzie? – na chirurgię naczyniową? Przecież on powinien być rozpoznany w SOR. No który z lekarzy jest w stanie rozpoznać tętniaka aorty brzusznej bez ultrasonografii? Jest to dość skomplikowane. Można, pewnie kiedyś się rozpoznawało. Można jednak robić to w miejscu, które jest do tego predestynowane. W szpitalnym oddziale ratunkowym są lekarze, którzy potrafią wykonać ultrasonografię, mają zaplecze diagnostyczne, mają tomograf komputerowy. Tak że trochę musimy... Nie można zapisać wszystkiego. Ta ustawa jest ustawą na nasze czasy. Ona ma połączyć w logiczny ciąg rzeczy, które się w Polsce już zdarzyły.

Zaprosił pan do Karpacza kardiologów inwazyjnych. I muszę powiedzieć, że oni byli pod wrażeniem tego, co pan do nich mówił, oni się nagle zaczęli pana bać, w dobrym tego słowa znaczeniu, ale zaczęli się pana bać. No bo oni mówią tak: po co żeśmy stworzyli siedemdziesiąt trzy centra kardiologii interwencyjnej – połowa zawałów w Polsce jest leczona metodą pierwotnej angioplastyki – i w ogóle jesteśmy jednymi z lepszych w Europie w tej chwili – skoro pan profesor Jakubaszko chce nas inkorporować do siebie do szpitalnych oddziałów ratunkowych? Proszę tego nie komentować.

Oni tak to odczuli. Następnego dnia po wyjeździe z Karpacza byłem na ogromnym kongresie kardiologicznym i ja te słowa usłyszałem od pana profesora Polańskiego, który u pana miał wykład, i od pana profesora Opolskiego.

Proszę państwa, jest bardzo wiele towarzystw i bardzo wiele instytucji, które dbają o to, żeby była pewna proporcja, żeby medycyna ratunkowa była dla wszystkich, żeby medycyna ratunkowa to było także ratowanie serca, żeby pacjenci trafiali do odpowiednich miejsc, które w Polsce już są. Przecież myśmy na to wyłożyli gigantyczne środki i nie możemy niczego marnować. Strasznie łatwo byłoby napisać ustawę, gdyby nic nie było. Ale to nie jest Syberia, to jest Polska. My naprawdę ochronę zdrowia, choć to tylko 3,86 PKB, mamy bardzo dobrą. Oczywiście dzięki wysiłkowi pielęgniarek, lekarzy, a także menedżerów i tych, którzy przez całe lata realizowali programy polityki zdrowotnej. To nie jest dżungla. To jest Polska, biedny kraj, ale ze świetnymi ludźmi.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy jeszcze ktoś?

Tak, proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Ja jeszcze chciałabym poprosić o głos na koniec. Żałuję bardzo, że dyskusja nie może się przedłużyć, bo mielibyśmy jeszcze mnóstwo pytań. Ale dla klaryfikacji jakby naszej dyskusji chciałabym powiedzieć – ja jestem optymistką – że 1 lipca będzie ustawa i ona będzie mogła wprowadzać pewne działania. Chciałabym usłyszeć, co będzie w drugim półroczu, co będzie robione w ramach realizacji tej ustawy i ile to będzie kosztowało, czy te 70 milionów zł, które uchwaliliśmy, jest wystarczające, czy to jest za mało. Jak to wygląda?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

To powinno, mam nadzieję, wystarczyć. To jest biedny kraj. No przecież w Ministerstwie Zdrowia nie ma maszynki do robienia pieniędzy, ani u państwa w Senacie. Musimy zmierzyć się z problemami.

Najważniejsze jest to, że pierwszego dnia po podpisaniu tej ustawy przez prezydenta, wydaje mi się, pan premier spotka się ze wszystkim wojewodami i będzie to chyba spotkanie wyjazdowe w Katowicach. Wojewodowie zobaczą, jak wygląda centrum koordynacji medycznej, od tego zaczną, i natychmiast zrobią to samo u siebie. Nie trzeba na to dużych pieniędzy. Będzie wreszcie ktoś, kto będzie koordynatorem medycznym województwa.

(Głos z sali: ...sto dwadzieścia SOR.)

Wojewodowie i tak muszą w tej chwili przedstawiać nam plany, jeżeli chodzi o szpitalne oddziały ratunkowe. Chodzi o to, że na tym rynku pojawi się jakaś przestrzeń. Część szpitali, część oddziałów niezakontraktowanych powinna zostać zakontraktowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ale proszę pamiętać, że ustawa z roku 2001 dała sygnał, w jakim kierunku to ma pójść, i ta ustawa też ma taki sygnał dać. Najważniejsze, żeby ona była uchwalona, bo jeśli w październiku dalej będą trwały nad

nią prace, to nic nie wejdzie w życie, ponieważ taki jest system procedowania nad budżetem państwa. I to jest dla nas najważniejsze. Dla mnie jako podsekretarza stanu najważniejsze jest przekonanie pani premier Zyty Gilowskiej, że 1 miliard 200 milionów zł w budżecie musi się znaleźć. To są nasze pieniądze – mówię tutaj do wszystkich, bo wszyscy tu akurat jesteśmy związani z ochroną zdrowia – które pozwolą odetchnąć i dadzą szansę na to, żeby kontrakty były lepsze, i może dzięki tym kontraktom poprawią się płace w ochronie zdrowia. To jest ta kategoria zdarzeń. My byśmy chcieli za całe ratownictwo płacić z budżetu państwa, gdyby można było asygnować na to kwotę, powiedzmy, 10 miliardów zł, bo świadczenia związane z urazami, toksykologią i inne pewnie tyle by kosztowały. No ale teraz nie jest na to dobry moment, teraz tak być nie może. Na razie udało nam się pokazać, myślę, mądrym posunięciem, że ten 1 miliard 200 milionów zł to są pieniądze, które idą dla wszystkich Polaków, a nie tylko dla ubezpieczonych. No bo przecież system budżetowy działa dla wszystkich, prawda? I to też jest pewna filozofia. Ale ja o tym nie muszę mówić, bo dla państwa jest to zupełnie oczywiste.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Kierownik Oddziału Klinicznego Medycyny Ratunkowej dla Dzieci
w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 4
imienia Marii Konopnickiej w Łodzi
Grażyna Skotnicka-Klonowicz:**

Skotnicka-Klonowicz, jestem chirurgiem dziecięcym i prowadzę oddział ratunkowy dla dzieci w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 4 w Łodzi.

Panie Ministrze, Szanowni Państwo, pan minister był uprzejmy powiedzieć, że jeśli chodzi o nocną pomoc lekarską, to jest ona w większości miast zorganizowana doskonale. Być może w większości miast, ale w Łodzi niestety nie ma doskonałej organizacji. Ja wypowiadam się na temat pediatrii. Około 40% pacjentów, których zgłasza się do szpitala, to są dzieci, które powinny być załatwione przez swoich lekarzy rodzinnych, przez nocną pomoc pediatryczną, to nie są pacjenci, którzy by wymagali zgłaszania do szpitala. Tymczasem matki przychodzą do nas na przykład z taką adnotacją: „Proszę iść do szpitala, tam panią załatwią lepiej”. Więc chyba należałoby po prostu zweryfikować zasady udzielania opłat za nocną pomoc lekarską w jednostkach POZ, które w tym wypadku nie wywiązują się ze swojego zadania.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Mówiliśmy już na ten temat, proszę państwa, a z racji tego, iż pan minister mówi o swoim spóźnieniu, nie chciałbym przeciągać sprawy. Chciałbym tylko powiedzieć, że ta dyskusja toczy się w dobrym czasie, bo wiele można jeszcze zmienić, i dostarcza różnych argumentów, które warto wziąć pod uwagę, między innymi takich, że nieuporządkowanie systemu, modelu funkcjonowania ochrony zdrowia kładzie się cieniem na wszelkie działania racjonalizujące. Jeśli POZ nie będzie uporządkowana i jeśli nie przyjmie na siebie znacznie większej odpowiedzialności za całodobowe funkcjo-

nowanie, to system ratownictwa medycznego będzie zagrożony kontynuowaniem roli, z którą powinien jak najszybciej zerwać.

Chciałbym podziękować wszystkim uczestnikom, partnerom społecznym, przedstawicielom izb, które tu się zgłosiły, przedstawicielom Narodowego Funduszu Zdrowia, państwu z ministerstwa, którzy, jak widzę, już na Red Bullu jadą chwilami. (*Wesołość na sali*) Życzymy państwu, żebyście mieli czas na rozważenie racji i na ewolucyjne wejście w coś, co jest w Polsce bardzo potrzebne.

Tę część obrad komisji zamykam.

Pan minister chciałby jeszcze podziękować.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Bardzo serdecznie dziękuję. Te pytania są nadzwyczaj cenne, traktujemy je jako ogromne wsparcie z państwa strony, nad każdym z nich się pochylamy, one są precyzyjnie notowane. Bardzo serdecznie dziękuję. Było to kilka świetnych godzin. Ja uczę się od państwa, nie mam licencji na mądrość, nikt z nas zresztą takiej licencji nie ma, ale potrafimy wiedzę chłonać.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Oczywiście mam nadzieję, że ustawa która dotrze do Senatu, nie będzie budziła specjalnie dużo emocji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeżeli pan senator Łyczak jest jeszcze chętny do zabrania głosu, bardzo proszę.

Senator Józef Łyczak:

Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, ja słucham tego wszystkiego i choć miałem nie zabierać głosu, to jednak jako lekarz, który wiele lat, szesnaście lat, pracował w pogotowiu, aktualnie nie pracuję, muszę powiedzieć, że dobra pielęgniarka i dobry lekarz w zespole wyjazdowym to jest ratunek dla pacjenta. Tyle razy byliśmy wzywani i często, gdyby był ratownik a nie lekarz, pacjent na pewno by nie przeżył. I w ogóle tak sobie myślę, jak to będzie, jeżeli na przykład czterem ciężko poszkodowanym trzeba będzie podać leki przeciwbólowe czy zrobić wkłucie centralne, bo to może być naprawdę ratunek dla pacjenta. Co będzie, jeżeli się tego nie zrobi, bo nie będzie miał kto? Czy ratownik później za to odpowie? Kto odpowie przed ludźmi, przed rodziną, jeśli zapytają, a pacjent w trakcie dojazdu do szpitala zmarł, co było podane i czy była udzielona właściwa pomoc? Chodzi o odpowiedzialność. Wiadomo, lekarz, przeszkolenie anestezyjologiczne. Wiem, ile razy się wkłuwali, bo była odma. No nie wiem, czy ratownik potrafi to zrobić, czy potrafi zobaczyć, czy jest tachykardia albo częstoskurcz i czy potrafi podać lek przeciwbólowy. Czasami tylko to może uratować życie, że jednak poda się jakiś lek przeciwozrękowy, przeciwbólowy czy podnoszący ciśnienie. Zastanówmy się, czy to jednak nie był bardzo dobry układ, jeżeli chodzi o zespół wyjazdowy, i czy nie idziemy w kierunku czegoś, co się w ogóle nie sprawdzi, w przeciwieństwie do systemu, który dotychczas funkcjonował, i to tylko ze względu na to, że ten był droższy. Ja chciałbym tylko, żebyście się państwo jeszcze raz zastanowili. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja myślę, że ponieważ pan minister już odpowiadał na to wcześniej, potraktujemy to jako jeszcze jedną refleksję na ten temat. Widać, jak duże emocje będą towarzyszyły dalszym pracom nad tą ustawą. Zresztą pan minister mówił o reakcji on line na państwa propozycje. Bardzo ważny był głos Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. One, jak mówię, są w tym czasie, który jeszcze pozwala na wyważenie racji. Reforma zwykle napotyka duże opory i wymaga jakby pewnego cedzenia racji przed ostatecznym rozstrzygnięciem. Mamy bowiem układ, w którym na północy nie ma lekarzy do jazdy, co wynika z możliwości finansowych państwa. Mamy w ogóle kryzys w systemie i wiele rzeczy niejako próbujemy naprawiać z marszu. Tym ważniejsze jest to, żeby ta ustawa uwzględniała te obawy i wątpliwości, które pojawiają się wśród wielu graczy w systemie ochrony zdrowia.

Jeszcze raz chciałbym podziękować panu ministrowi i jego współpracownikom i życzyć starannego cedzenia racji przy ich doborze do czegoś, co trafi do nas w wersji ostatecznej.

Dziękuję bardzo państwu.

Proszę państwa, następny punkt porządku posiedzenia komisji.

(Rozmowy na sali)

Wysoka Senacka Komisjo Zdrowia, Wysoka Senacka Komisjo Zdrowia, słuchajcie, Wysoka Komisjo, już długo nie pociągniemy, ale chodźcie, siadamy.

Drodzy, Kochani Senatorzy, w tej chwili jest jedna pilna rzecz, bo przyszedł pan poseł, którego jeszcze raz serdecznie witam. Ponieważ pan poseł przyszedł z misją specjalną, to chciałbym w tej chwili bardzo go prosić o zabranie głosu. Jesteśmy po wstępnej rozmowie i propozycja, jaką pan poseł zgłasza, jest bardzo atrakcyjna, wydaje mi się.

Bardzo proszę.

Poseł Bogusław Bosak:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący, i dziękuję państwu, że mimo wielogodzinnej pracy macie jeszcze tyle samozaparcia, żeby posłuchać kolejnej osoby.

Ja się nazywam Bogusław Bosak i, tak jak już mnie pan przewodniczący przedstawił, jestem posłem. Chciałbym państwa zainteresować pewnym pomysłem – projektem powołania zespołu parlamentarnego, który ma roboczą nazwę: zespół dla środowisk medycznych. I to właściwie wyjaśnia jego cel, funkcję, to, czym miałyby się zająć. Wydaje się, że jest rzeczą ważną dla osób, które się zajmują ochroną zdrowia, aby zainteresować się środowiskiem medycznym nie tyle w sposób strukturalny, tak jak ministerstwo czy komisje senackie bądź sejmowe, ile w sposób osobowy się temu środowisku przyjrzeć, to znaczy, co dana ustawa czy dane projekty znaczą dla pana doktora Jana Kowalskiego i pani pielęgniarki Zofii Nowak, poglądowo mówiąc. To jest jeden aspekt, osobowy.

Ale jest i drugi aspekt, myślę, istotny dla parlamentarzystów, zarówno senatorów, jak i posłów. Mianowicie każdy z nas, ja również jestem lekarzem, pracując w tym budynku, występuje w podwójnej roli, to znaczy jest politykiem albo chciałby być politykiem, albo uważa że jest politykiem, ale równocześnie wyszedł ze środowiska osób związanych z ochroną zdrowia i prędzej czy później do niego wróci. Istotną

rzeczą jest to, o ile bardziej czujemy się... może nawet nie bardziej czy mniej, tylko po prostu, na ile czujemy się związani ze środowiskiem i czy chcielibyśmy mu w sposób realny pomóc.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, ponad pewnymi ambicjami politycznymi i pewnymi racjami, które się wiążą nie tyle z zawodem, ile z partią czy opcją, w jakiej funkcjonujemy. Wydaje się, że takie forum w odróżnieniu od komisji, która z racji swojej istoty jest pewną emanacją politycznych struktur polskiego parlamentu, byłoby to miejsce wymiany poglądów, no i może nawet zżycia się, prawda, czy pokazania się posłów i senatorów z tej grupy sobie nawzajem. Stąd taka propozycja i stąd pytanie, czy ktoś z państwa byłby tym zainteresowany. Ja widzę, że w komisji chyba nie ma w tej chwili kworum.

(Głos z sali: Jest.)

Jest kworum?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Duże kworum?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Panie Pośle, to jest Senat, nas jest tu w ogóle setka i jest znakomita frekwencja.)

(Wesołość na sali)

Dwanaście osób, och, Boże, to można, tak.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Czyli jest, tak. No więc...

(Głos z sali: Lekarze są.)

To jest tytułem wstępu. Ja podałem roboczą nazwę: zespół dla środowisk medycznych, bo wydaje mi się, że ta zbitka słów jak gdyby pokazuje ideę, ale oczywiście nawet nazwa jest tutaj do dyskusji i ewentualnie do weryfikacji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeśli można skomentować, wydaje mi się, że cieszymy się z inicjatywy integracyjnej. Mam nadzieję, że jest wyznaczony jakiś termin spotkania. Ja się zwracałem do pana posła z prośbą o uwzględnienie, iż terminy posiedzeń Senatu trochę się różnią od terminów posiedzeń Sejmu i jeśli chce, żeby ta inicjatywa rzeczywiście nas integrowała, to posiedzenia zespołu powinny się odbywać w rytmie zbliżonym do posiedzeń Senatu, co jak na zespoły parlamentarne...

(Głos z sali: Albo Komisji Zdrowia.)

Albo Komisji Zdrowia. Niemniej z jakimś uwzględnieniem tego rytmu. Generalnie, jak rozumiem, jesteśmy zainteresowani, prawda, to jest oczywiste. Panie Pośle, ja już widzę, że deklaracja brzmi: tak.

(Głos z sali: Nawet głosować nie będziemy.)

No proszę, jest konsensus. Jest konsensus. Wobec powyższego jest tylko pytanie, kiedy się spotkamy po raz pierwszy. My mamy najbliższe posiedzenie, nie wiem, czy państwo też mają posiedzenie w tym czasie, 15 i 16 marca.

(Poseł Bogusław Bosak: Posiedzenie Sejmu, momencik, ja muszę zobaczyć w kalendarzu, obawiam się, jest tydzień później. Ja myślę, że jeśli chodzi o techniczne rozwiązania, to korelacja jest możliwa...)

Z komisjami.

(*Posel Bogusław Bosak: ...właśnie albo z posiedzeniami komisji, albo...*)

To kiedy macie posiedzenie?

(*Posel Bogusław Bosak: Posiedzenie Sejmu będzie, Boże, dwudziesty drugi, dwudziesty czwarty, w marcu.*)

Od dwudziestego do dwudziestego czwartego?

(*Posel Bogusław Bosak: Od dwudziestego drugiego do dwudziestego czwartego, czyli środa, czwartek, piątek, to jest przedostatni tydzień marca. Tak jest w tym miesiącu.*)

Może dwudziestego pierwszego byśmy zrobili posiedzenie komisji?

(*Głos z sali: To za wcześnie.*)

Za wcześnie?

(*Głos z sali: Za wcześnie, bo osiemnastego przecież kończymy...*)

Racja, my kończymy osiemnastego, tak.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

No to nie wiem.

(*Posel Bogusław Bosak: Jest jeszcze kwestia kwietnia.*)

5 i 6 kwietnia jest posiedzenie Senatu i my tydzień przed tym powinniśmy zrobić... 5, 6 kwietnia mamy posiedzenie Senatu.

(*Posel Bogusław Bosak: Zanim pozwoliłem sobie przyjść do komisji senackiej, ja rozmawiałem z wieloma lekarzami posłami, bo technicznie było to dla mnie łatwiejsze, i w momencie, kiedy okazało się, że ta idea cieszy się dużym zainteresowaniem, kiedy wręcz wyczułem, że wiele osób jak gdyby na to czekało czy nosiło się z myślą, żeby coś takiego powstało...*)

(*Głos z sali: Nie jest to aż tak pilne, Panie Pośle, moglibyśmy to zrobić na początku kwietnia.*)

(*Posel Bogusław Bosak: Ja myślę, że właśnie...*)

(*Głos z sali: Ustalmy termin i każdy się dostosuje, i koniec, nie ma co kombinować, ustalmy termin, przyjedziemy i już.*)

(*Posel Bogusław Bosak: A kiedy będzie się odbywało posiedzenie państwa komisji?*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, nie, ale przed 5, 6 kwietnia musimy się jeszcze spotkać. Tydzień przed to byłoby...

(*Rozmowy na sali*)

...około dwudziestego dziewiątego chyba.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

29 marca?

(*Posel Bogusław Bosak: To jest środa.*)

Środa.

(*Posel Bogusław Bosak: Środa, ostatni tydzień marca.*)

Pasuje to państwu?

(*Posel Bogusław Bosak: No, wtedy nie będzie posiedzenia Sejmu, więc...*)

A posiedzenie Komisji Zdrowia będzie?

(*Posel Bogusław Bosak: Będzie, ale ono najczęściej też jest w tygodniach posiedzeń sejmowych, bo nikomu się nie chce...*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Posel Bogusław Bosak: Tak, jest pewien problem techniczny.*)

Zróbmy jeszcze inaczej. My jesteśmy zgodni, że jesteśmy zainteresowani uczestnictwem w tym zespole. Pojawia się problem techniczny, który może... Bo następnie mamy 5, 6 kwietnia posiedzenie Senatu. A państwo?

(Poseł Bogusław Bosak: W kwietniu, wydaje mi się, że też właśnie piątego i szóstego, jest posiedzenie, bo Sejm trzy razy będzie się spotykał.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Poseł Bogusław Bosak: Czyli pierwszy tydzień kwietnia.)

Umawiamy się na pierwszy tydzień kwietnia.

Bardzo dziękuję panu posłowi.

(Poseł Bogusław Bosak: Dobrze.)

Przystępujemy do...

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...dlatego że uruchomiony program i środki centralne na ten cel powinny być przez nas bardzo starannie monitorowane. Napływają tu różne uwagi. Nie ma pani senator Rudnickiej, która przyprowadziła na rozmowę profesora z Katowic, wyrażającego duże obawy co do zabezpieczenia racjonalności wykonywania tego programu. Wydaje mi się, że jako Senat powinniśmy stworzyć sobie warunki do spokojnej i rzeczowej dyskusji na ten temat. I dlatego 20 kwietnia byłaby tematyczna...

(Głos z sali: Kwietnia?)

Tak, kwietnia.

Niezależnie od analizy ustaw napływających do nas z Sejmu chciałbym, żebyśmy na ten temat porozmawiali. W maju chciałbym, żebyśmy omówili problematykę opieki długoterminowej w Polsce. Kończony jest program finansowany przez Bank Światowy, zawierający ogromną ilość informacji na ten temat. Ja rozmawiałem z liderem tego programu, panem doktorem Rysiem, byłym wiceministrem w rządzie Frani Cegielskiej, przepraszam, pani profesor Franciszki Cegielskiej. Mielibyśmy zatem bardzo merytoryczne informacje, byłaby też okazja do dyskusji i do rozważań. To jest problem międzysektorowy, musimy więc tutaj ściągnąć też przedstawicieli Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. Wstępnie wybraliśmy dwa terminy, ponieważ jeszcze nie ma wyznaczonego terminu posiedzenia Senatu. Niemniej takie są plany na maj i kwiecień, jeśli idzie o Komisję Zdrowia.

W czerwcu... tak, w czerwcu chcielibyśmy zrobić posiedzenie wyjazdowe, na które zaprasza nas pani senator Fetlińska do Ciechanowa.

(Senator Janina Fetlińska: Sto kilometrów na północ, półtorej godziny jazdy stąd.)

Terminu jeszcze nie ustalamy. Chciałbym tylko powiedzieć, że do czerwca wstępnie razem z prezydium komisji w składzie pani Fetlińska, pan Stanisław Karczewski tak ustaliliśmy.

Czy są jakieś uwagi do takiego porządku? Czy chcecie państwo, żeby coś jeszcze było omawiane?

(Senator Michał Okła: Ja jeszcze, jeśli można.)

Bardzo proszę.

(Brak nagrania)

Senator Michał Okła:

Chciałbym, żebyśmy przy omawianiu ustawy o zwalczaniu chorób nowotworowych zajęli się szczegółowo profilaktyką tych chorób w poszczególnych dziedzinach. Być może trzeba wyznaczyć nowe zespoły robocze, bo z tego, co ja widzę, profilaktyka znowu idzie w nienajlepszym kierunku. Gdybyśmy porobili opracowania, ja mogę je zrobić z ginekologii, bo na tym się znam, i je przedstawili, to moglibyśmy później je skonfrontować i ocenić.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja będę chciał zaprosić konsultantów z poszczególnych dziedzin...

(Senator Michał Okła: W tej chwili właśnie profesor Spaczyński opracowuje profilaktykę ginekologiczną.)

...z ginekologii, z pulmonologii. Będziemy próbowali ich zaprosić i zadać sobie pytanie, czy technologia rozdysponowywania środków gwarantuje właściwy efekt.

(Senator Michał Okła: No tak, bo o środkach, które w to inwestujemy, mówi się, że są małe. Są małe, ale są też kompletnie nieracjonalnie wydawane.)

To jest właśnie jedna z przyczyn, dla których pani senator Rudnicka wystąpiła z taką inicjatywą. Ja tę inicjatywę uznałem za bardzo ważną. Prezydium Komisji potwierdza, że jest to coś, do czego powinniśmy się dobrze przygotować. Termin, jaki obieramy, 20 kwietnia, daje szansę, żebyście państwo w obszarze swoich zainteresowań się rozejrzeli i byli przygotowani. Bardzo o to proszę. To by było...

(Senator Michał Okła: I druga sprawa, żeby ośrodki, które nadzorują profilaktykę, to nie były tylko, jak ciągle widzimy, Warszawa, Poznań, Warszawa, Poznań.)

No tak, ale powinny być wnioski komisji.

(Senator Michał Okła: Tak. Dlatego chcę, żebyśmy raz rzetelnie do tego podeszli.)

Dobrze. Dobrze.

Kolejna rzecz, o której chciałbym państwu powiedzieć, to wczorajsze posiedzenie zwołane przez przewodniczącą Komisji Zdrowia na wniosek Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, poświęcone Narodowemu Programowi Ochrony Zdrowia Psychicznego. Taka inicjatywa wynika między innymi z zobowiązań, jakie przyjęli ministrowie w 2005 r., oraz z naszej przynależności do struktur Unii Europejskiej, a przede wszystkim z potrzeby przyjrzenia się losowi ludzi, którzy w dzisiejszym systemie są najbardziej dotknięci wykluczeniem społecznym. Ten narodowy program ochrony jest czymś, co na pewno powinniśmy w jakiś sposób wspierać.

Konkluzja wczorajszego spotkania – wspólnego zresztą, bo byli tam również przedstawiciele Komisji Zdrowia, był pan senator Okła, nie było pana senatora Ślusarza – była taka, żeby powołać zespół składający się z trzech posłów, chodzi o zapewnienie reprezentacji najmocniejszych ugrupowań w Sejmie, i dwóch senatorów, no, także ze względu na naszą pozycję.

Gdybyście państwo byli gotowi przyjąć taką sugestię, to ja bym proponował, żebym to ja wszedł do zespołu i pan senator Ślusarz, z racji naszych kompetencji. Do zespołu zostaliby także powołani przedstawiciele PTP, czyli Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, oraz dyrektorzy z miejsc dobrych praktyk, bo są takie miejsca, gdzie

psychiatria środowiskowa dobrze funkcjonuje itd. Więc jeśli byłoby państwa przyzwolenie, to proponowałbym przyjąć taki skład naszej delegacji do tego zespołu.

Czy są jakieś inne głosy w tej sprawie?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak. Dziękuję bardzo.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...do spraw autyzmu. To też branża psychiatryczna. Moim zdaniem jest pytanie, czy... No, ja jeszcze raz będę próbował się spotkać z tymi ludźmi, bo powstał zespół do spraw Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, a autyzm jest jedną z dotkliwych form zaburzeń psychicznych, i zadać im pytanie, czy musi być do tego osobny zespół, bo my się nie skłonujemy, żeby utrzymać aktywność.

Więc pytam, czy taki kierunek państwo byście popierali, żeby jednak inkorporować ludzi do tego zespołu, może jedną osobę z zespołu, który będzie pracował nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Takie proponowałbym rozwiązanie. Pasuje to państwu?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak?

(Senator Michał Okła: Można jedno słowo jeszcze?)

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

Senator Michał Okła:

Do mnie trafiło pismo ze Śląska. Jest tam niepubliczny zakład opieki zdrowotnej rehabilitacji dzieci autystycznych, który nazywa się „Feniks”. Ma on wszystkie możliwe... No, ja się na tym za bardzo nie znam, ale w opinii konsultanta krajowego ten ośrodek jest uznawany za bardzo porządny, a zmniejszono mu kontrakt na tyle, że może się zająć tylko czworgiem albo pięciorgiem dzieci autystycznych. Ja nawet pozwoliłem sobie wystosować pismo do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o rozpatrzenie zasadności takiego kontraktowania świadczeń, bo...

(Głos z sali: Bez efektu?)

Jeszcze mi nie odpowiedziano.

(Głos z sali: Czyli tak jak wszystkim.)

Tak jak wszystkim. Jeszcze mi na pismo nie odpowiedziano, więc na pewno będę monitował. Tam jest około trzydziściorga dzieci potrzebujących pomocy, o średnim i lekkim stopniu zaawansowania choroby, czyli w zasadzie rehabilitacja spowoduje, że one wrócą do normalnego życia, i my nie możemy ich tego pozbawiać. Sądzę, że tym problemem trzeba się zająć, a jeżeli pan przewodniczący uważa, i bardzo słusznie, że mógłby to zrobić ten sam zespół, do spraw psychiatrii, przepraszam, zdrowia psychicznego, to byłibyśmy naprawdę bardzo wdzięczni, gdyby się tym tematem zajął.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak. Dobrze. Dziękuję bardzo. Przyjmuję to jako pewnego rodzaju sugestię kierunkową.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...Krajowej Rady NSZZ Rolników Indywidualnych „Solidarność” o sprzeciwianiu się zamiarowi likwidacji Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie. Krajowa rada domaga się natychmiastowego podjęcia działań w celu ochrony tej instytucji. Ja proponuję, żeby z państwa upoważnienia przekazać te uwagi panu ministrowi, chociaż dostaliśmy to tylko do wiadomości.

Jeszcze jedna rzecz: Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu. Jest pismo, zostało ono skierowane także do marszałka Senatu, związane z kłopotami tego szpitala z zawarciem kontraktu we Wrocławiu. Tam jest spór i rzeczywiście ostra walka o to, żeby poprawić kontrakt klinice, która nie może się zbilansować.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...w ten sposób wesprzeć kompromisowe rozwiązanie, bo tam w pewnym momencie groziło zamknięcie klinik dla pacjentów. Tak że w tej chwili to wygląda inaczej.

I ostatnie pismo, które mam w ramach spraw bieżących. To jest, proszę państwa, list otwarty młodego lekarza anestezjologa, który zwraca się do kancelarii premiera o rzetelną pomoc młodym lekarzom i lekarkom, lekarkom i lekarzom, przepraszam. Jest to napisane tak trochę... „Codziennie obserwujemy, jak ordynatorzy i kierownicy klinik wybiegają ze szpitali i klinik już od godziny trzynastej. Udają się oni do swoich prywatnych gabinetów, gdzie sprzedają: a – łóżka szpitalne, b – zabiegi operacyjne, c – leczenie szpitalne, d – różnego rodzaju zaświadczenia lekarskie. My, młodzi lekarze...”.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Poczekajcie, ono jest do wiadomości. Zaraz je preadresujemy. Ale ponieważ ono trafia w pewien...

(Głos z sali: Można byłoby dostać ksero?)

Pewnie, jasne.

Prosimy o skserowanie.

To był fragment. I na bazie takiego stanu faktycznego są próby, prawda...

(Głos z sali: Proponowania rozwiązań.)

Tak, tak, daleko idących rozwiązań, co miałyby przynieść duże oszczędności. Tutaj jest wiele, jak by to powiedzieć... Mówi się o takim lobby ordynatorsko-profesorskim, trzymającym władzę. Istnieje w każdym razie rzeczywisty problem i nie jestem pewien, czy pan premier da sobie z nim radę.

(Głos z sali: To wymaga całkowitej zmiany systemu zarządzania i systemu organizacyjnego w służbie zdrowia. I koniec.)

Jasne.

Senator Rafał Ślusarz:

Jeśli można...

Ja tylko w takiej sprawie organizacyjnej. Chciałbym zapytać, oczywiście nie z powodów ambicjonalnych, czy byłaby możliwość przekazywania informacji

o tych zjazdach, na które pan przewodniczący jest zapraszany? Chodzi mi o to spotkanie służb ratownictwa w Karpaczu. Ja mam do Karpacza 30 km, ale dopiero z gazet, następnego dnia, dowiedziałem się, że takie spotkanie się odbyło. Ja bym chętnie tam był, niekoniecznie dlatego, że... Człowiek nie musi się na wszystkim znać, ale myślę, że w tym konflikcie, który w tej chwili jest w środowiskach medycznych, musimy zabiegać o to, żeby być cały czas z tymi środowiskami blisko, bo inaczej bardzo łatwo się wyalienujemy. Takie tendencje niestety nam grożą, one zawsze były. A to jest dobra okazja do tego, żeby w tym uczestniczyć. Tak więc gdyby do Komisji Zdrowia napływały tego typu informacje, to przy dzisiejszej technicyzacji można by zrobić grupę automatycznych odbiorców e-maili i wysyłać nam takie informacje.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ja się domyślam, ale jakaś informacja mogłaby być, bo przecież parlamentarzyści nikt nie wyprosi ze zjazdu. Często z tego korzystam, nie ukrywam.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Szanowni Państwo, to mi bardzo odpowiada, by mocniej państwa angażować w taką działalność, byście w takich spotkaniach uczestniczyli w imieniu komisji, zwłaszcza wtedy, gdy mają one miejsce w pobliżu waszych biur. Na pewno mogą państwo liczyć na to... Ja wręcz chętnie będę cedował na państwa...

(Senator Rafał Ślusarz: Jest oczywiste, że to spotkanie... Skoro był to dla dziennikarzy bardzo interesujący temat...)

Jasne. Doskonalimy swoją pracę, uczymy się na swoich błędach. Tak więc przepraszam: poprawimy się.

(Senator Rafał Ślusarz: Nie, nie, absolutnie nie ma za co przepraszać...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak, ja to wszystko przyjmuję, rozumiem to.

Bardzo proszę też panie, żeby to uwzględniły, bo czasami w odbiorze... Wiecie, na czym polega czasami problem: bywamy tutaj od czasu do czasu, a panie, choć są do tego upoważnione, nie zawsze otwierają korespondencję. A spokojnie mogą ją otwierać, bo później okazuje się, że było spotkanie, na którym ktoś z nas na pewno powinien być. Ale będziemy to wszystko doskonalić.

Jakiś inne sprawy bieżące?

Senator Janina Fetlińska:

Ja chciałabym, Panie Przewodniczący, odnieść się do tego listu. Myślę, że ten list młodych lekarzy to jest taki krzyk rozpaczy, niekoniecznie... Jest to pewien rodzaj krytyki, którą możemy przyjąć nie jako donos, ale jako zasygnalizowanie problemów, które trzeba by dostrzec. Może rzeczywiście, tak jak pan senator tutaj mówił, powinniśmy się zastanowić nad przemyśleniem zmian w organizacji? Oczywiście nie mówię, żebyśmy to my zrobili reformę, ale może warto przeprowadzić dyskusję na ten temat, zastanowić się nad tym?

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...żeby dostrzec te problemy, które wynikają z chorej struktury służby zdrowia. Tak więc w pełni przychyliam się do tego, co mówi pani senator.

Senator Janina Fetlińska:

Bardzo dziękuję.

Wydaje mi się, że to byłoby poważne potraktowanie sprawy. Może nawet warto by było zaprosić do dyskusji tych młodych lekarzy? Bo wydaje mi się, że czasami to wynika z trudów ich życia. Ci młodzi ludzie na pewno chcą dobrze, tak mi się przynajmniej wydaje, tylko może sposób nie jest najlepszy.

Senator Rafał Ślusarz:

Jeśli można, poparłbym tę propozycję, trochę inaczej ją uzasadniając.

Chyba trzy dni temu na portalu medycyny praktycznej była taka ankieta, z której wynikało, że co dziesiąty młody lekarz chce zostać w kraju. Ja nie wiem, czy my mamy możliwość nawiązania czy utrzymywania jakiegoś kontaktu z tymi młodymi lekarzami, ale sądzę, że trzeba by się przynajmniej nad tym zastanowić. Bo to jest taka grupa, w której nie ma profesorów, ci lekarze nie mają swoich komitetów, nie organizują zjazdów, a występuje tam pewne zjawisko... Być może rzeczywiście zaproszenie ich i jakieś nagłośnienie tej sprawy, wysłuchanie tych młodych lekarzy... Bo w tym liście nie ma pewnych cech, które czasami się pojawiają u takich naprawiaczy świata, prawda?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rdzeń jest absolutnie zdrowy, rdzeń jest dobry, opisuje pewne zjawisko...)

No więc niech padnie na posiedzeniu komisji senackiej temat lobby profesorsko-ordynatorskiego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja tylko myślę, że jest też drugi aspekt tej sprawy: ludzie, którzy szli w zawo-dzie do przodu, są teraz mistrzami. I tutaj też jest taki...

Senator Janina Fetlińska:

Tego tematu trzeba dotknąć bardzo delikatnie, bo to jest poważna sprawa. Uważam, że jednak profesorowie kreują medycynę i my musimy bardzo cenić to, że są, że tak pracują, i hołubić ich. Ale myślę, że...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja mam trochę inne zdanie o profesorach. Pamiętam, jaki był system rekrutacji tych profesorów, którzy są obecnie aktywni. Na różnych uczelniach pewnie był różny poziom infiltracji partyjnej, ale mnie wyrzucono z uczelni nie z powodu braku osiągnięć naukowych, tylko dlatego, że parę lat wcześniej siedziałem w pudle za poglądy.

Dlatego tak... Zresztą rozmawiałem z panią przewodniczącą na temat zapraszania tu różnych ludzi, którzy właśnie wtedy awansowali. Ale to już jest taki...

Wiecie państwo, na spotkaniu z rektorem Uniwersytetu Wrocławskiego Leszkiem Pacholskim, tenże rektor powiedział odważnie, wprost, że istnieje coś takiego jak nomenklatura uczelniana, która nie została ruszona i jest takim garbem na nauce polskiej, bo tak naprawdę blokuje dynamiczny rozwój tej nauki. Pytanie, czy na tylu frontach, które ostatnio otwarto, będziemy mieli siłę, żeby dotknąć tego problemu, który my, praktycy medyczni, dobrze znamy? Nie jestem pewien, ale miejmy świadomość, że coś na tej osi profesorsko-ordynatorskiej... Zwłaszcza te hieny trzeba by odcinać, tych... Bo trochę było takich spraw – poszli do pudła jacyś beczelni łapówkarze, którzy warunkowali wykonanie zabiegu wziętką. Tego musimy pilnować.

Ja myślę tak na gorąco... Może rzeczywiście powinniśmy spowodować... Są koła młodych przy izbach lekarskich – u nas, na Dolnym Śląsku, jest takie koło, ale nie wiem, jak jest gdzie indziej. To zresztą dotyczy też różnych innych zawodów medycznych. Moglibyśmy sprokurować rozmowę na ten temat. Nie byłaby to rozmowa łatwa, wiedzą państwo, ale pomyślmy o tym. Ja nie uchylam się od tego. Pomyślmy.

Bardzo proszę, pan senator.

Senator Michał Okła:

Dotknęliśmy bardzo poważnego tematu, bo jeżeli już mamy zamiar to robić, to trzeba by zająć się przede wszystkim systemem nauczania w akademiach medycznych i całym systemem szkolenia podyplomowego. Wtedy można by było mówić o jakiegokolwiek reformie. Trzeba oddzielić sytuacje, w których jest potrzebny wirtuoz, od tych, gdzie jest potrzebny rzemieślnik. Tak powinna być ustawiona służba zdrowia i wtedy nie mielibyśmy problemów. W tej chwili faktycznie to lobby profesorsko-ordynatorskie, a przede wszystkim profesorskie, blokuje naprawdę wiele skutecznych działań, które mogłyby być przeprowadzone w służbie zdrowia.

Senator Mieczysław Maziarz:

Ja jeszcze chciałbym powiedzieć, jeżeli chodzi o... Jest szpital, jest oddział, który dobrze funkcjonuje, jest zabezpieczony anestetycznym, może zrobić każdą operację, i ortopedyczną, i naczyniową, bo wiadomo, że lekarze się specjalizują, więc robią i to, i tamto, ale jest ograniczenie: czegoś nie wolno zrobić, mimo że jest całe zabezpieczenie – i chirurg, i anestezjolog, i wkłucia doskonale są robione. A gdzieś tam ktoś kupuje jakieś dwa pokoje i wykonuje taką procedurę, która kosztuje 2 tysiące 600 zł albo 7 tysięcy zł i bez otoczki...

(Głos z sali: Śmietankę spija.)

Tak, i to wszystko zabiera ze szpitala. Po prostu tworzy się nowe podmioty medyczne...

Ja analizowałem to u siebie, jeżeli chodzi o środki przekazywane na szpitale. Proszę państwa, jeśli Narodowy Fundusz Zdrowia przekazywał 24 miliardy zł, a teraz te środki wcale nie rosną – no, może w tym roku coś drgnęło...

(Senator Michał Okła: Ale spójrzmy, ile nowych podmiotów powstało.)

No właśnie. Ja cały czas, Panie Przewodniczący, mówię, że trzeba zrobić jakąś inwentaryzację, bo wyciągniętych jest z ministerstwa prawie 36 miliardów zł. Założ-

my, że na administrację idą 2 miliardy zł, więc jeszcze 34 miliardy zł są do wzięcia. Chodzi o to, żeby to kontrolować, bo w sumie finansowanie szpitali było zaplanowane na 58%, a jest 42%. Tu jest cały problem. A zadłużenie w związku z ustawami 203 i 110? Proszę się przejechać po szpitalach! Ja się przejechałem, byłem w Przemyślu, w Krośnie... Tu jest 50 milionów zł do tyłu, tu jest 40 milionów zł do tyłu, tam jest 16 milionów zł do tyłu... Pan minister mówił, że problem jest rozwiązany, a on jest nierozwiązany. To po prostu dołuje szpitale.

(*Senator Michał Okła*: Minister przeniósł kategorię zadłużenia z jednego worka do drugiego. A nas, jako zarządzających szpitalami, to nigdy nie satysfakcjonowało.)

Tak. Oczywiście, że tak.

(*Senator Michał Okła*: Bo my zadłużeń nie mamy.)

Mamy zadłużenie. A to uratowało szpitale tylko na chwilę. Oczywiście, to też jest coś, ale nie jest to żadne rozwiązanie. Pani minister podawała, że są 4 miliardy 600 milionów zł zadłużenia, ale jak zacząłem to liczyć – w Gdańsku ktoś podaje, że ma 69 milionów zł zadłużenia, tam podają, że mają 56 milionów zł zadłużenia – to się przerażiłem. Naprawdę, Panie Przewodniczący, jestem przerażony, bo to może być nawet 10–12 miliardów zł. Ja to tak szacuję. Pozwoliłem sobie spisać wszystkie szpitale, mam tutaj to wszystko wydrukowane – jest tu siedemset trzydzieści pięć szpitali, a jeszcze są szpitale psychiatryczne, odwykowe i inne. W sumie jest prawie tysiąc szpitali, a wszystkie one mają zadłużenie!

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To jest bardzo poważny problem, Panie Senatorze. To jest kwestia przyznania uprawnień do niekontraktowania nowych świadczeniodawców i kwestia sprawiedliwego traktowania dostępu do usług wysoko płatnych. Bo mieliśmy taki układ na Dolnym Śląsku, gdzie nowe podmioty jednego dnia robiły zabiegi chirurgii laparoskopowej, uchylały się od dyżurów całodobowych, a trudniejsze, bardziej skomplikowane przypadki, z którymi się, że tak powiem, nie udało, odsyłały do zakładów publicznych. A te zakłady publiczne, pozbawione tych wysoko płatnych, wysoko specjalistycznych procedur, oczywiście znacznie szybciej się zadłużały. I tutaj jest coś na tej osi...

(*Głos z sali*: I leczą powikłania.)

I leczą powikłania na swój koszt.

Senator Mieczysław Maziarz:

Spadnie pacjentowi ciśnienie itd., robi się niewydolność nerek i zalewają pacjentkę... Raz miałem pacjentkę, którą zalali 30 l, tak że ważyła 146 kg, nie można było jej w ogóle przetransportować... Cuda! A niech sobie później leczą te powikłania! Niech sami to sobie robią. A teraz ja muszę leczyć... I tak dobrze, że po dwóch tygodniach straciła 30 kg. Ale niech sobie biorą całość, razem z tą otoczką.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Śmietankę ktoś inny spija, a zakalec kto inny zjada. Wrócimy do tego.

Czy są jeszcze jakieś sprawy na teraz?

Przypominam, że rozdaliśmy państwu program, w którym jest napisane: „Członkowie Komisji Zdrowia są proszeni o zaopiniowanie poniżej podanych tematów”... Chciałbym zapytać, kto go jeszcze nie dostał. Macie to, czy nie macie? Nie.

Wobec tego bardzo proszę zgłosić się do naszych ukochanych organizatorów, bo już po raz kolejny to rozdajemy. Na najbliższym posiedzeniu komisji do tego wrócimy, proszę o uzupełnianie tematów i odniesienie się do tych, które zostały zapisane, głównie z mojej inicjatywy, według mojej wizji tego systemu i jego problemów.

Czy są jeszcze jakieś sprawy?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Młodzi lekarze? Dobrze, bardzo proszę, dopisujemy i zobaczymy, kiedy...

(Senator Janina Fetlińska: Ja myślę, że jeszcze promocja zdrowia w Polsce w aspekcie Narodowego Programu Zdrowia.)

NPZ? Dobrze. Czyli NPZ i młodzi lekarze. Co prawda w radiu dolnośląskim jest taka młoda osoba, ale to jest lekarka... *(Wesołość na sali)*

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak.

Czy są jeszcze jakieś zgłoszenia, tak ad hoc? Młodzi lekarze, zgoda. Młodzi lekarze w systemie. Mamy ogromny problem do przemyślenia.

Czy są jeszcze jakieś sprawy?

Jeśli nie, to chciałbym bardzo państwu podziękować. Cieszę się, że zrobiliśmy to spotkanie w sprawie ratownictwa medycznego. Naprawdę jesteśmy w trakcie tworzenia wielkiego dzieła. Nasi goście mogą jeszcze naprawdę sporo przemyśleć z tego, co tu dzisiaj usłyszeli.

(Głos z sali: Wszystkim nam zależy na tym, żeby ta ustawa weszła w życie. I żeby była dobra.)

Tak jest.

Bardzo państwu dziękuję.

Aha, kiedy będzie następne posiedzenie komisji?

(Głos z sali: To zależy od Sejmu, bo jeśli nic z Sejmu nie trafi do Senatu...)

Aha, rozumiem.

Proszę państwa, wobec tego ogłaszam warunkowo, że jeśli nie będzie ustaw sejmowych przed posiedzeniem 5–6 kwietnia, to następne posiedzenie komisji będzie 20 kwietnia.

Bardzo państwu dziękuję. Zamykam posiedzenie.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 11)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851