



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(1018)**

67. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 14 lipca 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (druk senacki nr 598, druki sejmowe nr 2122 i 2139).
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam przybyłych senatorów, witam pana ministra Habera. Proszę się nie gniewać, ale pewnie będę miał trochę kłopotów z odczytaniem państwa nazwisk. Witam serdecznie panią Barbarę Mysiak z Ministerstwa Zdrowia; panią Ewę Ślęzak z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych; pana profesora Jerzego Karskiego, członka zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej; panią Ewę Raniżewską, sekretarza Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej; pana Konrada Pszczołowskiego z Naczelnej Rady Lekarskiej; pana Zdzisława Bujasa z Federacji Związków Zawodowych; pana Władysława Puzonia, dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia. Proszę się nie gniewać, jeżeli przekreśliłem czyjekolwiek nazwisko.

Proszę państwa, w dzisiejszym porządku posiedzenia Komisji Zdrowia mamy rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o ratownictwie medycznym oraz sprawy różne. Czy są uwagi do projektu porządku posiedzenia? Nie ma uwag. Uważam, że porządek posiedzenia został przyjęty.

Nowelizowaną ustawę wniósł do łaski marszałkowskiej rząd. Bardzo proszę o zreferowanie w imieniu rządu dokonywanych zmian pana ministra Habera.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nad którym będziemy mieli okazję pracować, jest projektem, który zmienia zapisy ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Zmiany zmierzają w dwóch podstawowych kierunkach, dotyczą dwóch głównych zagadnień. Jednym z nich jest problem utworzenia w państwowym systemie ratownictwa medycznego tak zwanych centrów urazowych. Drugi problem dotyczy wprowadzenia algorytmu podziału środków finansowych, jaki obowiązywał w 2009 r., na lata przyszłe.

Zmiana dotycząca centrów urazowych ma na celu utworzenie na zasadzie wydzielenia w istniejących już zakładach opieki zdrowotnej, w układzie funkcjonalnym, centrów urazowych. Chodzi o wybranie tych centrów w skali kraju i doprowadzenie

do sytuacji, w której pacjenci wymagający leczenia w takich centrach, a więc pacjenci, którzy doznali najczęściej urazów wielonarządowych, mogą znaleźć kwalifikowaną pomoc w jednym, wytypowanym, znanym systemowi miejscu. Pomoc w tych centrach ma być pomocą interdyscyplinarną, pozwalającą na miejscu maksymalnie zabezpieczyć diagnostykę i terapię, jakie są związane z udzielaniem pomocy takim pacjentom. To co jest istotne – chodzi o to, aby to wokół pacjenta, który doznał urazu, skupiona była pomoc diagnostyczna, pomoc medyczna i wszelkie działania, których wymaga pacjent i jego zdrowie.

Tego typu rozwiązania są stosowane na świecie. Wiele krajów podjęło decyzję o utworzeniu takich centrów. Takie centra funkcjonują chociażby w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, czy też w takich krajach europejskich, jak Wielka Brytania, Niemcy, Dania, Szwecja, Holandia, Francja, Włochy, czy bliższych nam, jak Czechy, Słowacja, Chorwacja, Słowenia.

Utworzenie centrów jest rekomendowane przez nadzór specjalistyczny w dziedzinie medycyny ratunkowej, jak również Sekcję Chirurgii Urazowej Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Zakłada się, że najbardziej optymalnym rozwiązaniem byłoby, gdyby centrum obejmowało swoim obszarem, czy dostarczało swojej pomocy populacji zamieszkałej przez co najmniej milion, a najlepiej powyżej dwóch milionów mieszkańców.

Jeśli chodzi o drugi element zmian, które wprowadza projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, to dotyczy on podziału środków finansowych na funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego. Przypomnę, że w 2009 r. algorytm podziału środków finansowych został zmieniony. Został oparty na zasadzie przydzielania środków finansowych jako pochodnej liczby zespołów wyjazdowych funkcjonujących na terenie danego województwa. Oczywiście chodzi o zespoły ratownictwa medycznego, które zostają wpisane i funkcjonują w planie zabezpieczenia ratownictwa na danym terenie w danym województwie.

Podział środków finansowych, który został zastosowany w bieżącym roku, spotkał się z przychylnym potraktowaniem zarówno ze strony uczestników tego systemu, jak i pracodawców. W związku z tym proponowana jest kontynuacja stosowania tej zasady podziału środków finansowych w latach przyszłych.

Projekt, o którym mówimy, został uznany za pilny przede wszystkim ze względu na kwestię konieczności uznania, że utworzenie centrów urazowych jest ważnym priorytetem w ochronie zdrowia, jak również z faktu chęci wykorzystania środków finansowych, które na modernizację, unowocześnienie i wyposażenie centrów możemy uzyskać z funduszy europejskich. Jest to kwota prawie 35 milionów euro. Chcielibyśmy jak najszybciej doprowadzić do wykorzystania tej puli środków finansowych. Drugi element to chęć utrzymania zasad podziału środków finansowych, które obowiązywały w 2009 r., na kolejne lata. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Może jeszcze poprosimy o wyrażenie swej opinii na temat tej ustawy pana profesora Karskiego. Potem będą pytania.

Bardzo proszę.

**Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej
Jerzy Karski:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Po wielu, wielu latach docieramy wreszcie do realizacji zamiaru utworzenia nowoczesnej medycyny ratunkowej i leczenia chorych pourazowych. Wielką zasługą – wydaje mi się, że wszystkich obecnych, bo uczestniczyliśmy w poprzednich posiedzeniach różnego rodzaju komisji i w pracach nad samą ustawą o ratownictwie medycznym – jest fakt, że chorzy w Polsce z ostrymi zespołami wieńcowymi i z zespołami poudarowymi, czyli niedokrewnymi mózgu, wskutek wprowadzenia nowoczesnych zmian organizacyjnych mają w tej chwili nie gorsze warunki do leczenia, niż w krajach wysoko rozwiniętych. Powiedziałbym nawet po naszym ostatnim III Kongresie Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, że nasze osiągnięcia w zakresie leczenia chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi są czołowe w Europie i na świecie. Niewielkie zmiany sprzed pięciu, sześciu laty autorstwa grupy profesorów polskich – profesor Poloński i inni – którzy z uporem walczyli o stworzenie centrów kardiologii interwencyjnej, doprowadziły do tego, że dzisiaj faktycznie mamy szansę być leczeni nie gorzej, niż w innych krajach.

Mogę ubolewać, że od wielu, wielu lat, nawet od dziesięcioleci, walczymy o podobne zmiany organizacyjne w zakresie leczenia chorych pourazowych. W tej chwili, jeżeli ktoś ma szczęście znaleźć się w pobliżu ośrodka referencyjnego, gdzie są dostępni specjaliści wysokiej klasy, ma szansę przeżyć. Jeżeli jednak znajdziemy się 200, 300 km od ośrodka akademickiego i trafimy do szpitala powiatowego, nawet najlepiej wyposażonego, w którym jest tylko jeden lekarz dyżurny, to co ten człowiek, choćby najlepiej wykształcony, może pomóc choremu pourazowemu?

Zmiany, które proponujemy w tej ustawie zmierzają do tego, żebyśmy zaniechaną część naszej medycyny doprowadzili do normalności. To jest zasadniczy element i moja wielka prośba do panów senatorów o poparcie tej ustawy, bo ona naprawdę zmierza w dobrym kierunku.

Jestem chyba wyrazicielem opinii profesora Garlickiego, profesora Lipińskiego, Karskiego w tej chwili, i następców, że czas wreszcie usankcjonować i doprowadzić do prawidłowości leczenia chorych pourazowych, największego zabójcę młodych ludzi. Dziękuję i przepraszam za bardzo osobiste refleksje.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Teraz pytania.

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pierwsze pytanie mam do pana ministra. Panie Ministrze, rzeczywiście, jako chirurg mogę powiedzieć, że to jest bardzo cenne. Zresztą chirurdzy od lat postulowali, żeby takie centra powstały. Dzięki Bogu, powstaną, ale mam konkretne pytanie do pana ministra. W ustawie jest mowa o dziesięciu, dwunastu centrach. Za lokalizację będą odpowiadać wojewodowie. Jak wiemy, mamy szesnaście województw, czyli tych dzie-

sięciu szczęśliwców już poznaliśmy. Czy oni będą w jakiś sposób wyłaniani i, jeżeli państwo mogą przybliżyć, w jaki konkretnie sposób?

Drugie pytanie. Czy przystosowanie tych ośrodków – bo centra mają powstać na bazie już istniejących – ma się odbywać na początku bezkosztowo, czyli bez udziału własnego, tylko przy pomocy środków unijnych? Czy jest w jakiś sposób możliwe, żeby powstały bezkosztowo, czy też na początek trzeba będzie jednak jakieś środki wyłożyć?

Trzecie pytanie. Jak będą finansowane centra? Czy tak samo jak SOR, czy też będzie tutaj wyższe finansowanie? Jeżeli tak, to o ile? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Szanowni Państwo!

Kwestia liczby centrów urazowych, które powstaną, wynika przede wszystkim z analizy potrzeb. Myślę tutaj o potrzebach epidemiologicznych. Jak wspomniałem, milion, dwa miliony mieszkańców to jest minimum, taka populacja, która powinna być zapleczem funkcjonowania takiego centrum urazowego.

Jednym z elementów koniecznych do powstania i funkcjonowania centrum jest współpraca z ośrodkiem akademickim. I to jest drugi element, który ogranicza liczbę centrów mogących spełnić warunki ustawowe. Jest wpisane wiele warunków koniecznych do spełnienia. Przede wszystkim taki, że centrum urazowe, a właściwie zakład opieki zdrowotnej, w którym centrum urazowe będzie zlokalizowane, musi mieć w swojej strukturze szpitalnej oddział ratunkowy, musi dysponować oddziałem anestezjologii intensywnej terapii, musi posiadać inne oddziały, które są właściwe do udzielania świadczeń w tego typu urazach, a więc chirurgię urazowo-ortopedyczną, chirurgię miękką, chirurgię naczyniową, neurochirurgię. Musi mieć również dostęp w ciągu trzydziestu minut do uzyskania pomocy specjalisty torakochirurga i kardiochirurga, jeśli oczywiście nie ma ich na miejscu.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Oczywiście, możliwości diagnostyczne. W miejscu, w którym znajduje się pacjent, musi być do tych możliwości diagnostycznych dostęp.

Nie zakładamy, że w każdym województwie musi powstać centrum urazowe. Szacujemy, że w pierwszej kolejności powinno powstać dziesięć do dwunastu centrów. Po uzyskaniu pierwszych doświadczeń, które te centra będą miały, mogą zapaść następne decyzje, mówiące o tym, że albo ta liczba jest wystarczająca, albo należy ich liczbę zmniejszyć i zwiększyć. Nie zamykamy tej liczby. Ona ma wynikać z potrzeb epidemiologicznych, z możliwości systemu, jakie mamy w tej chwili u siebie. Jak wspomniałem, organizacja tych centrów ma być oparta o jednostki, które funkcjonują w systemie.

Wbrew pozorom może się okazać, że jednostek, które spełniają te wszystkie wymagania... Jest jeszcze kwestia transportu, a więc dogodnego dojazdu, jak również dogodnego dolotu do danej jednostki, bo należy się liczyć z tym, że transport lotniczy będzie odgrywał tutaj dużą rolę. Może więc się okazać, że takich centrów w skali kraju, spełniających w chwili obecnej warunki, tak wiele nie będzie.

To była kwestia liczby centrów. Co do kwestii utworzenia tych centrów, to jak wspomniałem, mają one w momencie wchodzenia do systemu spełnić przynajmniej dziewięć z dwunastu wskazanych w ustawie kryteriów. Poprzez określoną ankietyzację, zebranie określonych informacji, będziemy mieli dane na temat tego, ile centrów spełnia te wymogi. Wojewoda będzie proponował jednostki, które według niego spełniają kryteria i które mogłyby się znaleźć w planie zabezpieczenia potrzeb ratunkowych województwa.

Środki finansowe są przewidziane, jak wspomniałem, na modernizację, uzupełnienie wyposażenia, wykonanie niezbędnych remontów. One mają wesprzeć ten system, tak aby te centra, które na wejściu spełnią warunki, mogły świadczyć jeszcze lepsze usługi w większym zakresie.

Kwestia finansowania świadczeń. Przewidujemy finansowanie identyczne, jak w przypadku tych usług, które są w tej chwili realizowane, czyli inaczej niż w szpitalnych oddziałach ratunkowych, które są finansowane częściowo za gotowość, częściowo za procedury, czyli generalnie poprzez jakiś ryczałt. Jeśli natomiast chodzi o centra urazowe finansowanie będzie zdecydowanie poprzez procedury medyczne. Te procedury, trzeba o tym pamiętać, są już dzisiaj finansowane, tylko w różnych miejscach, w dużym rozproszeniu, w różnych jednostkach. Chodzi o to, żeby tych pacjentów, a tym samym środki finansowe, które są przewidziane na finansowanie tych procedur, przenieść właśnie do tych centrów urazowych.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tworzymy nową jakość. Na pewno jest tutaj kwestia scentralizowania świadczeń udzielanych pacjentom, jak również doprowadzenia do sytuacji, w której personel – przede wszystkim lekarski, mający odpowiednie kwalifikacje – będzie mógł zająć się tymi pacjentami, większą ich liczbą niż do tej pory. Będzie to więc też wyżej kwalifikowana pomoc udzielana w konkretnym miejscu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak rozumiem, w gruncie rzeczy centra mają zarabiać na sobie poprzez wykonywanie właściwej liczby procedur. Oznacza to, że kluczowy staje się rejon wychwytu. Musi być bowiem odpowiednia liczba takiego... Chodzi o politraumatyczne podejście do przypadku, tak? Dobrze to rozumiem?

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Oczywiście. Jeżeli mówimy o finansowaniu najbardziej kosztownych procedur, to również z ekonomicznego punktu widzenia konieczne jest ich skupienie w jednym miejscu, po to, aby przekroczyć próg rentowności danej jednostki i doprowadzić do sytuacji, w której wydanie środków na utrzymanie gotowości personelu, utrzymanie gotowości sprzętu i pełnej diagnostyki, która może być wykonana, czy gotowości i działalności bloku operacyjnego, będzie bardziej racjonalna.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak rozumiem odpowiedź pana ministra, SOR są opłacane za gotowość plus wykonane procedury?

(Głos z sali: Tylko za gotowość.)

Tylko za gotowość.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Aha, rozumiem z Funduszu.

(Brak nagrania)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Haber:

Być może nieprecyzyjnie się wyraziłem. W niektórych oddziałach, między innymi w oddziale małopolskim, miało miejsce finansowanie poprzez taki mieszany system. W tej chwili mówimy o finansowaniu poprzez ryczałt, co nie zmienia faktu, że dyskusje na temat sposobu finansowania SOR trwają. Na pewno SOR powinien być w większym stopniu finansowany za gotowość. W tym przypadku mówimy o finansowaniu konkretnych procedur, za które płaciłby Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wydaje mi się, że kluczem jest, oczywiście, kwestia bezpieczeństwa człowieka, który ma być odpowiednio przekazany, albo do SOR, albo do centrum. To na tym jest zasadzona jakość tego systemu.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Haber:

Panie Przewodniczący, sekwencja zdarzeń ma być taka. Po pierwsze, zespół ratownictwa medycznego ma już wiedzieć, ma być uzbrojony w teoretyczną wiedzę na temat tego, jacy pacjenci powinni być kwalifikowani do centrum urazowego. Wejściem do centrum urazowego może być szpitalny oddział ratunkowy. On musi być w strukturze. Może się jednak zdarzyć sytuacja, że na podstawie informacji o stanie pacjent trafi on bezpośrednio, z pominięciem SOR, na blok operacyjny. W normalnych warunkach to jest zespół ratownictwa medycznego, szpitalny oddział ratunkowy, zespół urazowy, który decyduje o tym, jakiej pomocy, w którym miejscu i w jakiej kolejności udzielić pacjentowi.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję.

Panie Ministrze, czy państwo nie myśleliście jednak o tym – takie postulaty były bowiem również w Sejmie – żeby Ministerstwo Zdrowia włączyło się do finansowania. Tak jest w przypadku straży pożarnej, tak jest w przypadku Policji itd. Jeżeli pan minister zakłada, że może to być finansowane na podstawie wykonanej liczby procedur, to ja bardzo przepraszam. Jest jeszcze jedna rzecz. Mam wzorcowy szpitalny oddział ratunkowy. Daleko stąd jest profesor Jakubaszko, który przenosi się do wzorcowego oddziału, którego jeszcze nie ma. Myślę, że będzie podkradanie pacjentów. Jest też problem transportu. Już nie mówię o lotniczym, bo akurat ten temat jest panu ministrowi znany do bólu, ale chodziłoby nawet o karetki, które będą woziły pacjentów chociażby w rejon innego województwa, albo nie będą woziły. Przepraszam, jeżeli ja mam na miejscu kardiochirurga,

torakochirurga, mam tylko ratowników medycznych, jako lekarzy specjalistów, dwóch anestezjologów jest na dyżurze, to niepotrzebne mi są dalsze działania. Jest mi łatwiej, prościej przywieźć ewentualnie jakiegoś specjalistę do siebie. To będzie również taniej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Oczywiście, szpital pana senatora w tym momencie teoretycznie spełnia te wymagania i teoretycznie może się starać o status takiego centrum urazowego.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Myślę, że ewentualnie będę prosił panów profesorów o wsparcie. Pomijam ten punkt krytyczny, jeżeli chodzi o racjonalność ekonomiczną działań, ale jest też konieczne przekroczenie pewnego krytycznego punktu, jeśli chodzi o liczbę przypadków, z którymi ma się do czynienia, po to, aby nabyć pewnej biegłości i doświadczenia. Tak więc te doświadczenia zachodnie zmierzają nie tylko w celu zrationalizowania kosztów, ale również udzielenia maksymalnie kompetentnej pomocy w danym miejscu.

(Brak nagrania)

**Przewodniczący Zarządu Sekcji Chirurgii Urazowej
Towarzystwa Chirurgów Polskich
Leszek Brongel:**

Pan minister zaczął już o tym mówić. Jest powszechnie wiadomo, że chirurg, który nie operuje, po jakimś czasie nie umie operować. Chirurg, który operuje dużo, bardzo szybko zdobywa doświadczenie i staje się coraz lepszy w tym, co robi. Stąd właśnie ta bariera jednego czy dwóch milionów populacji, żeby zapewnić dopływ chorych do planowanego centrum urazowego. Ten milion czy dwa miliony ludzi, to są po prostu doświadczenia krajów, które już dawno taki system wdrożyły i zostało wyliczone, że to jest ten optymalny zakres. Oczywiście, ta populacja licząca milion czy dwa miliony musi znaleźć się w zasięgu centrum. Z centrum muszą dojechać do pacjenta w czasie, w którym będzie możliwe uratowanie mu życia. To nie jest kwestia tego, że ten pacjent będzie podróżował długo. Te dwa elementy wyznaczają możliwości tworzenia centrum, jak na razie, w dużych aglomeracjach miejskich, tam, gdzie oba te warunki są spełnione. Myślę, że to jest ten powód, dla którego jednak – mimo wszystko, Panie Senatorze – centrum w dużym ośrodku uniwersyteckim będzie pod tym względem po prostu lepiej logistycznie umocowane. Ja nie mówię, że pojedynczy szpital – jeden, drugi i dziesiąty w Polsce – nie mógłby uratować jednego czy drugiego życia. Mówię, że statystycznie rzecz biorąc najwięcej tych żyć można uratować w takiej właśnie jednostce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Przepraszam, że włączam się do dyskusji, może niepotrzebnie, ale chciałbym powiedzieć, że w 2001 r. mieliśmy to szczęście, iż profesor Jakubaszko zaprojektował taki szpitalny oddział ratunkowy, jaki widział za granicą, nie tylko w Europie, i on do dzisiaj funkcjonuje.

Ponieważ pan minister, zrozumiałem, nie da pieniędzy na tego typu centra, w związku z tym ja mam możliwość innego finansowania. Akurat mam to szczęście być w strefie przygranicza polsko-czeskiego, gdzie strona czeska z miłą chęcią w takie tematy wejdzie. Oczywiście, państwo musicie podpisać umowę z Czechami. Ta, która obowiązuje, jest z 1949 r. O opiece społecznej. Kolejnych pięciu ministrów, z których większość już nawet nie żyje... Przepraszam, jakieś fatum kręci się nad tym ministerstwem, dlatego, broń Boże, daleko od ministerstwa i od takiej posady.

Droży Państwo, ja po to mam dwie sale operacyjne, po to mam te możliwości, żeby między innymi ćwiczyć chirurgię jednego dnia, dopóki oczywiście – z drugiej strony – Fundusz nie będzie chciał mnie kontrolować, czy to akurat jest dobre, czy nie-dobre. Te sale operacyjne są niewykorzystane.

Albo, Panie Ministrze, jest przyzwolenie, tak, jak pan powiedział... Oczywiście, ja nie chcę konkurować ze szpitalem wojewódzkim, z ośrodkiem klinicznym, ale może w takich mniejszych jednostkach... Nie chodzi już bowiem tylko o Nysę – teraz się zdradzę – bo nie tylko ona jest takim miejscem. Są może inne, gdzie mamy wszystko. Chodzi o to, żeby ten pacjent, jeżeli trafi do nas, był załatwiony, a nie był transportowany. Bo czas też się liczy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator podnosi bardzo trudną kwestię pewnego chaosu organizacyjnego w referencyjności w Polsce, który nie jest zawiniony przez zarządzających, tylko jest po prostu konsekwencją tego, że powstawały szpitale wielooddziałowe, nie bacząc na to, jaki mają rejon wychwyty. Mówi się, że rejon wielospecjalistycznego szpitala to powinno być około milion dwieście tysięcy. Tu panowie podpowiadają, że nawet dwa miliony. W porządnym podręczniku organizacji mówi się o milionie dwustu tysiącach, milionie pięciuset. Tutaj sam pan senator zauważa, że sale szpitalne, sale operacyjne nie są u pana wykorzystywane, ale dlaczego? Dlatego, że po prostu w rejonie...

(*Senator Norbert Krajczy:* Nie, nie. Pięć sal pracuje non stop. Na siedemnaście oddziałów tak być musi...)

Pracuje, ale mówię, że to jest ten problem, który zauważają konsultanci, profesorowie, że musi być odpowiednia liczba przypadków dla uzasadnienia istnienia silnej bazy diagnostycznej i wieloprofilowości.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, czytając ustawę mam wrażenie, że ona jest dobrze napisana, ponieważ rzeczywiście uwzględnia zasadę realizacji ważnego działania, jakim jest udzielenie pomocy po urazach.

Zastanawiam się jednak, czy kwestia transportu nadaża obecnie za tą regionalizacją, bo ani drogi nie są w tej chwili takie dobre, ani też nasze lotnictwo sanitarne. Kiedy pan spodziewa się, że spełnimy tutaj te warunki, tak żeby to lotnictwo i transport rzeczywiście sprawnie działały. Bo to jest, uważam, dobre podejście. Uważam, że regionalizacja świadczy o ekonomizacji działań itd.

Mam też wątpliwości, na ile nie zostanie zmarnowany potencjał dotychczasowych SOR. Tutaj włożono sporo pieniędzy. Jeżeli chcemy podejść ekonomicznie i merytorycznie, to jak wykorzystać te centra, żeby one rzeczywiście spełniały nadal swoją rolę, ale też były ekonomiczne. Tutaj mam wątpliwości. Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący i Pani Senator...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Właśnie chciałem powiedzieć, że jeśli chodzi o drogi, to ciężko jest mi się wypowiadać. Jeśli chodzi o pozostałe elementy systemu, to postaram się wyjaśnić, jak to wygląda. W moim przekonaniu jest parę decyzji i realizowanych działań, które ten system mocno wesprą.

Po pierwsze, jesteśmy w trakcie realizacji umowy na zakup nowych śmigłowców – Eurocopter EC 135. Będą to dwadzieścia trzy śmigłowce, z których pierwszy powinien dotrzeć pod koniec sierpnia. W sumie mają dotrzeć do Polski do końca 2010 r. dwadzieścia trzy śmigłowce.

To jest bardzo istotna zmiana. W porównaniu z obecnie funkcjonującymi latającymi śmigłowcami to jest przepaść technologiczna. Te śmigłowce będą miały zupełnie inne możliwości nawigacyjne. Będą miały dużo lepszy zasięg, będą szybsze, będą miały możliwość latania również po zmroku i w nocy, czego nie mają dzisiejsze Mi-2.

Równomierne rozmieszczenie śmigłowców w Polsce gwarantuje znaczne skrócenie czasu dotarcia do pacjenta, jak również transportu do miejsca, w którym taka pomoc kwalifikowana mogła mu być udzielona. Mapa obszarów działania pokrywająca Polskę gwarantuje, że do każdego pacjenta będziemy w stanie dotrzeć w granicach dwudziestu pięciu, trzydziestu minut. Mówię już o tych najdalszych lotach. Tak więc czas przetransportowania pacjenta do centrum urazowego będzie mógł być ewidentnie skrócony.

Prowadzone jest kolejne działanie. W tej chwili trwa postępowanie w ramach Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”, w ramach którego jest przeznaczonych prawie 400 milionów zł na doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych, ale również budowanie lądowisk przy szpitalach. Kolejne rozdanie środków finansowych będzie prawdopodobnie skierowane przede wszystkim, albo tylko i wyłącznie, na lądowiska, po to, aby wzmocnić ten system.

Wspomnę jeszcze o jednym działaniu, które polegało na wzmocnieniu kolumny transportu sanitarnego, czyli zakupie karetek, co też jest w tej chwili realizowane.

A więc są to pewne równoległe działania, które się uzupełniają i mocno wzmocniają system ratownictwa.

(Senator Janina Fetlińska: W ilu miejscach będą rozstawione bazy lotnicze?)

Obecnie jest siedemnaście baz stałych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. To jest stan faktyczny. W naszym przekonaniu istnieje konieczność uruchomienia jeszcze

jednej bazy stałej w Koszalinie, ponieważ jest tam ewidentnie dziura, jeśli chodzi o zasięg i możliwość dotarcia do pacjentów. Przy tym ostateczne decyzje w tym zakresie jeszcze nie zapadły. Te siedemnaście baz, plus ta w Koszalinie, praktycznie pokrywają 98% powierzchni kraju.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Podzielim opinię pana profesora, że od wielu, wielu lat czekaliśmy na tę ustawę. Od czasu, kiedy interesuję się organizacją ochrony zdrowia, ciągle słyszę o planach i bardzo cieszę się, że wreszcie dochodzimy do mety. Meta to może jeszcze za dużo powiedziane, ale w perspektywie te centra są już widoczne.

Mam szczęście, że pracuję w województwie mazowieckim i ten czas dowiezienia chorego jest dużo krótszy. Gdyby nie wypowiedź, przed chwilą, pana ministra, to ja bym wnioskował o to, żeby zapisane w ustawie półtorej godziny troszeczkę skrócić. Nie wyobrażam sobie, żeby w złotej godzinie pacjent nie mógł dotrzeć do centrum urazowego. Tutaj czas, doskonale wszyscy wiemy, gra olbrzymią rolę. Dzięki rozwojowi Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, dzięki wzmocnieniu bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego... Ja już w tej chwili mam takich pacjentów, których transportuję... Właściwie w ciągu pół godziny pacjent zostaje przetransportowany z miejsca wypadku, no, jeszcze nie do centrum, ale do Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie – mam nadzieję – jest udzielana wszechstronna i wielodyscyplinarna pomoc.

Tak jak mówił pan profesor, wielokrotnie – jako lekarz, ten jeden jedyny w szpitalu – miałem do czynienia z takimi pacjentami. Jeszcze pół biedy, jeżeli to był jeden pacjent, prawda? Niestety, zdarzało się tak, i mam takie doświadczenia, że nagle zwieziono do szpitala czterech pacjentów, a ja byłem jeden w szpitalu i wszyscy wymagali natychmiastowej interwencji chirurgicznej. I to jest problem. To jest problem i ten problem nie zostanie rozwiązany w małym szpitalu powiatowym i, z całym szacunkiem, u pana senatora również nie zostanie rozwiązany. Na pewno nie zostanie załatwiony przez zespoły wielodyscyplinarne, bo to jest po prostu niemożliwe. Nie ma torakochirurgów pięciu, nie ma neurochirurgów pięciu i nie ma naczyniowców pięciu, którzy staną przy stole. Centrum ma świadczyć usługi dla bardzo ciężko chorych i wiem, że te centra są niezwykle potrzebne, są wręcz konieczne, i bardzo dobrze, że one będą.

Mam pewne wątpliwości, które się tutaj nasuwają. Być może pan minister już częściowo rozwił te, które dotyczą liczby mieszkańców. Z czego wynika ta liczba jednego miliona? Mnie się wydaje, że jeden milion to jest za mało w naszych warunkach, biorąc pod uwagę, że ma być dziesięć, dwanaście centrów. Jeśli wszystkie będą spełniały minimum, to zabezpieczy to nam jedną trzecią, czy jedną czwartą potrzeb. Ja rozumiem, że to jest minimum, ale dlaczego to minimum jest takie niskie? Mnie się wydaje, że tutaj powinna być troszeczkę większa liczba.

Podzielim uwagi i wątpliwości pana senatora Kraski, dotyczące finansowania centrów. Wydaje mi się, że te centra powinny być finansowane dwutorowo – gotowością czy ryczałtem, jak to będziemy nazywali, to jest obojętne, a później według liczby

świadczonych usług medycznych. Może bowiem tak się zdarzyć, że jakieś centrum – powiedzmy w województwie północno-wschodnim, bo tam będzie musiało znaleźć się takie centrum – ze względu na czas, faktycznie, być może, determinowało tę liczbę jednego miliona. Bardzo proszę o odpowiedź, bo tak mi się wydaje, że to chyba dotyczy tego miejsca Polski. Myślę jednak, że tutaj możemy znowu spotkać się z taką barierą. Jeżeli będzie to finansowane tylko i wyłącznie, czy w większości, na podstawie liczby świadczeń medycznych, procedur, to sobie te centra, które będą zabezpieczały mniejszą liczbę mieszkańców, nie dadzą rady.

Jeszcze pytanie praktyczne. Jak będzie wyglądała koordynacja prac centrów? Może się zdarzyć, to jest teoretyczne zdarzenie, że mamy już te centra i do jednego są zwiezieni pacjenci z jakiegoś wypadku, jakiegoś dużego zdarzenia. Czy jest tutaj jakaś koordynacja? To bowiem też jest bardzo istotne, żeby była między tymi centrami koordynacja. To chyba na razie wszystko. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Kwestia tego miliona, dwóch milionów wynika z pewnych różnic geograficznych i rozmieszczenia mieszkańców w skali kraju. Musimy wziąć pod uwagę kilka parametrów. Jednym z nich jest zagęszczenie ludności, a drugim jest populacja, jaka będzie przypadająca, czy będzie pod opieką jednego centrum urazowego. Na pewno tutaj opieramy się również na pewnych doświadczeniach zachodnich, czyli mówimy o tym, że nie powinno być mniej niż milion mieszkańców. Liczba mieszkańców powinna być zdecydowanie większa, po to, aby elementy, o których mówiliśmy, a więc racjonalność wydatkowania środków finansowych, jak również umiejętności i wiedza danego centrum, były po prostu wysokie. Myślę o kwalifikacjach personelu.

Kwestia finansowania. Zwróciłbym mocno uwagę na to, i jeszcze raz podkreślił to, że ci pacjenci są dzisiaj w systemie leczenia i Fundusz za nich płaci. W związku z tym, wykonując ruch w kierunku określonych ośrodków, zwiększamy ich obciążenie pacjentami, dajemy również więcej środków finansowych, jako przychód, który ten ośrodek może uzyskać.

Trwają rozmowy i pracujemy z Narodowym Funduszem Zdrowia nad tym, aby była na przykład możliwość sumowania tych procedur, które normalnie byłyby wykonywane w różnych oddziałach, ale w centrum urazowym będą wykonywane, nie wiem, być może interdyscyplinarnie między tymi oddziałami, jednocześnie. I tu jest element wyjaśnienia tego i ustalenia w taki sposób, aby nie budziło to żadnych wątpliwości.

Trzeci element – kwestia koordynacji. To jest kwestia takiej samej koordynacji działań ratowniczych, jak w każdym innym obszarze i w każdym innym miejscu. Jeżeli więc będziemy mieli zdarzenie, które nie będzie w stanie być ogarnięte przez jedno centrum, to na zasadzie koordynacji, czy porozumienia koordynatorów medycznych, już na poziomie wojewódzkim, będzie istniała łączność i konieczność przekazania tych pacjentów po prostu w inne miejsce.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Ministrze, może zacząłbym od finansowania... Przepraszam, mam ośrodki chirurgii urazowej, które zakładają implanty, które protezują i na tym dobrze wychodzą, nawet jeżeli pacjenci są, powiedzmy, tak zwani kolejkowi. Oddział wypadkowy, urazowy, który zabezpiecza te świadczenia, nie za bardzo dobrze na tym wychodzi. Chociaż dzisiaj – z tego, co wiem – moim pacjentom już protezują, bez jakichś tam pytań Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest później przy rozliczeniu problem. To nie jest znów takie proste, ale czasami się udaje przekonać, że jednak tak trzeba było zrobić w 95% przypadków.

Myślę, że nazwa: centra urazowe, bardzo ładnie brzmi, idea też jest dobra, tylko że finansowanie będzie identyczne, jak było w przypadku SOR. POZ nie zabezpieczał pacjentów i wszyscy, którzy mogli, już od godziny dwunastej siedzieli przed izbą przyjęć, żeby tylko minęła godzina piętnasta i żeby znowu ten SOR zabezpieczał świadczenia. I to daje ten deficyt. To jest jedna część. Druga część to jest to, o czym powiedział też pan minister. Oczywiście, są środki finansowe z programu „Infrastruktura i środowisko”. Właściwie nie na lądowiska, tylko na miejsca do lądowania – bo to tak powinno się nazywać fachowo – które oczywiście mają dzisiaj takie kryteria... Z tego, co wiem, to od dworca lotniczego we Wrocławiu niczym się nie różnią – straż pożarna, światło, oświetlenie, zabezpieczenie, sto piętnaście różnych rzeczy.

Jest jedna rzecz – pytałem o to parokrotnie pana profesora Jakubaszkę, którego dzisiaj nie ma, bo jest za granicą – trzy, cztery minuty to jest maksymalny czas. Najlepiej, żeby ten helikopter siadał bezpośrednio przy SOR i później pacjent był transportowany z części zamkniętej. Pan profesor Karski kiwa głową, tak więc nic złego tutaj, jako ginekolog, nie mówię. Nie wiem, ile ośrodków, tych które mają typowe SOR, nieprzerobione izby przyjęć, spełnia te warunki.

Jest jeszcze jedna rzecz, Panie Ministrze. Ten temat zaczęła pani senator Fetlińska, nie ja. Ale muszę dopytać jako ten z tego województwa. Ja też po części uważam – tak jak państwo, chociaż akurat nie jestem z tej opcji, która jest za, krzyczy hurra i podejmuje jakieś tam czyny – że Dolny Śląsk i Gliwice, w tym przypadku Śląsk, z jeszcze jednym dodatkowym helikopterem zabezpieczy stukilometrowy odcinek A4, gdzie niestety – to już właśnie są kompetencje pana ministra infrastruktury – nie ma pasa awaryjnego. Wariactwo w wariactwie. Karetka, która dojeżdża, nie ma gdzie wjechać i ta karetka wyjeżdża do wypadku jadąc 10 km przez czterdzieści minut. Takie są wjazdy i zjazdy. Tak o tym wszystkim pomyślano.

W związku z tym chcę tylko dowiedzieć się od pana, żeby już nie wywoływać niepotrzebnych emocji... Wiem bowiem, że w naszym województwie, gdzie nie ma ani jednego, potrzeba przynajmniej trzech miejsc do lądowania. Wojewódzki szpital, moja jednostka jest w trakcie organizacji i, powiedzmy, jeszcze drugi szpital w Kędzierzynie-Koźlu. Czy pan też tak uważa? Zamykam temat i już pana nie męczę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Jeśli chodzi o lądowiska, to mamy w tej chwili w kraju kilkanaście lądowisk, dokładnie dwanaście, które są zarejestrowane w Urzędzie Lotnictwa Cywilnego i mają status lądowiska. One mają spełnić określone wymagania i te kilkadziesiąt kolejnych projektów, które będą realizowane, mają doprowadzić do tego, żeby właśnie w tych miejscach, w których będą możliwości udzielenia pomocy – nie mówię tutaj tylko o centrach urazowych, ale generalnie o wielospecjalistycznych szpitalach – ten śmigłowiec miał jak usiąść.

Odrębną rzeczą jest lądowanie przygodne w sytuacji akcji ratunkowej. Tutaj Lotnicze Pogotowie Ratunkowe razem z samorządami lokalnymi, razem ze strażą pożarną, z komendantem, próbuje w skali kraju, w tych miejscach, które są najbardziej newralgiczne, zinwentaryzować, opisać i doprowadzić do tego, żeby w sytuacji konieczności lądowania, żeby ta procedura była po prostu bezpieczniejsza.

Kwestia baz. Tak jak powiedziałem, pełne pokrycie kraju zabezpiecza osiemnaście baz stałych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. W chwili obecnej mamy siedemnaście baz. Kolejna, która najbardziej się broni, gdzie jest pewnego rodzaju biała plama, która sezonowo w okresie letnim była zabezpieczana przez stacjonujący tam śmigłowiec, to jest Koszalin. Po uruchomieniu stałej bazy w Koszalinie mamy około 98% pokrycia powierzchni kraju. Ulokowanie kolejnej bazy w Opolu jest zdecydowaniem doprowadzeniem do sytuacji, w której będziemy mieli bardzo mocne nachodzenie na siebie obszarów do lotu, zarówno z Wrocławia, jak i z Gliwic.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Taka jest prawda i podchodząc bardzo racjonalnie do tego problemu...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pasa awaryjnego między Wrocławiem a Legnicą brakuje. Od Wrocławia do Opola natomiast jest. Wiem jak do tego doszło. Wydawało się, że uzyskanie pozwolenia na remont tego odcinka autostrady, tej, że tak powiem, klepanki pohitlerowskiej, jest prostsze, niż uzyskanie nowego pozwolenia na budowę. I taki wariant, który jak się okazuje jest wielce ułomny, wybrano. Wiem, że w tej chwili jest w programie budowanie tego pasa.

Proszę bardzo, senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, mam jeszcze pytanie. Na pewno centra będą zlokalizowane, tak sobie wyobrażam, w tych miastach, gdzie są akademie medyczne. Czyli dwanaście miast razy dwa miliony to są dwadzieścia cztery miliony. A w jakich miastach będzie zabezpieczona reszta ludności? Jak ta mapa się przedstawia? W zasadzie takie proste wyliczenie mówi, że to będzie gdzieś indziej, poza akademiami. Dziękuję. I jeszcze

rola SOR. Nie do końca pan minister dał odpowiedź w kwestii: rola SOR a centra. Jak to będzie powiązane? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Dziękuję.

Liczba centrów urazowych zależy od pewnych czynników, czyli przede wszystkim od spełnienia wszystkich warunków, które są ustawowo zapisane. Mówię tu o wyposażeniu, interdyscyplinarności, gotowości, posiadaniu specjalistów, kadry itd. Ale również jest uwarunkowana liczbą mieszkańców, populacji. Mówimy o tym, że minimum milion, dwa miliony mieszkańców, ale to nie znaczy, że niektóre z centrów nie mogą obejmować swoją opieką i obszarem działania większej populacji, na przykład pięciu milionów.

Zakładamy, że tych centrów powinno być w skali kraju około dziesięć do dwunastu. Ale po doświadczeniach, które zostaną zebrane, będzie można odpowiedzieć, czy w ogóle istnieje potrzeba tworzenia kolejnych centrów.

W projekcie nowelizacji ustawy mamy zapisane, że jest konieczna współpraca z ośrodkiem akademickim. To nie determinuje wprost tego, że to centrum urazowe ma być zlokalizowane w strukturze szpitala uniwersyteckiego. Może być w niektórych miejscach sytuacja, gdzie będzie inna jednostka, nie wiem, marszałkowska czy Ministerstwa Obrony Narodowej, czy prezydenta, która będzie bardziej predestynowana do tego, aby pełnić taką funkcję centrum urazowego. Niemniej jednak, ponieważ te jednostki mają również pełnić charakter dydaktyczny, szkoleniowy, ma tam być zagwarantowana możliwość współpracy z uczelnią medyczną.

Kwestia SOR. Mamy wpisany w projekcie ustawy warunek, że w strukturze zakładu opieki zdrowotnej, który ma ochotę pretendować do miana centrum urazowego, jest konieczność posiadania szpitalnego oddziału ratunkowego. Ale ten szpitalny oddział ratunkowy jest tylko elementem systemu. Tak jak wspomniałem, mamy pewną ścieżkę, po której pacjent będzie się poruszał. A więc mamy zespół ratownictwa medycznego, który przejmuje pacjenta, mamy szpitalny oddział ratunkowy, który stanowi wejście do systemu. Czasami trzeba w szpitalnym oddziale ratunkowym podjąć decyzję, przeprowadzić pierwsze diagnostyczne działania, ratujące życie czy zabezpieczające, podjąć czynności stabilizujące stan zdrowia pacjenta, a później zdecydować, co dalej z pacjentem należy zrobić, czy go przekazać od razu na blok operacyjny, czy rozpocząć diagnostyczne czynności. To już będzie należało do decyzji zespołu urazowego, który będzie się zajmował tym pacjentem. Zespół będzie się składał z lekarzy, którzy zabezpieczają oddziały wchodzące w skład centrum urazowego.

Może się oczywiście, jak wspomniałem, zdarzyć sytuacja, kiedy pacjent będzie transportowany bezpośrednio na blok operacyjny, czy też w inne miejsce, na oddział intensywnej terapii, bo tego będzie wymagał stan pacjenta. Będzie to uzgodnione pomiędzy zespołem ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym a jednostką, która będzie pacjenta przyjmowała. Czyli jest tu wiele elementów, które mogą zdecydować o tym, w jaki sposób ten pacjent będzie się po systemie poruszał.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Kraska, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, w ustawie mówi się, że czas dotarcia do takiego centrum nie może być dłuższy niż półtorej godziny. Jeżeli by chodziło o transport lotniczy, to właściwie wystarczy centrum w Warszawie i z całej Polski można dolecieć. Myślę jednak, że dochodzi także transport drogą lądową. Kto zapłaci za transport lądowy? Jeżeli karetka systemu będzie wiozła takiego pacjenta, a półtorej godziny to jest ponad 100 km, w obie strony ponad 200 km, to czy będzie to w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, które mają stacje pogotowia, czy będzie dodatkowo płacone za taki transport? To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie. Załączony jest do tej ustawy projekt rozporządzenia ministra, który określa kwalifikację pacjenta do takiego centrum urazowego. Pokazane są tak zwane kryteria bezwzględne i względne. Czy pacjent, który trafi do takiego centrum, musi spełniać te wszystkie kryteria? Co będzie, jeżeli w czasie transportu pacjent jest w jakiś sposób leczony i nie będzie spełniał pewnych kryteriów, bo się poprawi jego stan? Czy wtedy nie zostanie przyjęty do takiego centrum? Co się z nim będzie działo?

Trzecie pytanie. Czy państwo mniej więcej wiecie, już nie pytam gdzie, ale kiedy może ruszyć pierwsze centrum w Polsce? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Zacznę może od tych kryteriów bezwzględnych i względnych. Jeśli chodzi o tę ich część bezwzględną, one muszą być bezwzględnie spełnione, prawda? Względna jest tutaj kwestia, sądzę, przede wszystkim pewnej wiedzy i doświadczenia zespołu ratownictwa medycznego, który musi podjąć tutaj decyzję.

Pamiętajmy również, że to jest projekt rozporządzenia, tak więc tutaj pewne rzeczy mogą się jeszcze zmienić. A jeśli chodzi o kwestie bardziej merytoryczne, to tutaj bym się zdał na zdanie panów profesorów, którzy mogą ewentualnie udzielić jakichś dalszych wyjaśnień.

Kwestia kosztów transportu. Nic tutaj nie zamierzamy zmieniać. Mamy system finansowania transportu pacjentów, w ramach tego systemu, i zespołów ratownictwa medycznego. Zazwyczaj będą to sytuacje nagłe, a więc pomocy będą udzielały zespoły ratownictwa medycznego. Decyzja o tym, jaką drogą transportować pacjenta, przewozić z miejsca zdarzenia, będzie uzależniona od tego, jaką mamy odległość od centrum i jakie możliwości transportowania,

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zespoły ratownictwa medycznego są dzisiaj finansowane z budżetu państwa, poprzez budżet wojewody, który gwarantuje zakontraktowanie świadczeń przez Naro-

dowy Fundusz Zdrowia. Tu się nic nie zmienia. Kwestia lotniczego transportu to też budżet państwa i tutaj też się nic nie zmienia.

Kiedy pierwsze centrum? Najpierw konieczne jest przyjęcie ustawy. W momencie, kiedy ona zacznie obowiązywać, istnieje możliwość zadecydowania o tym, gdzie jakie centra zostaną wprowadzone do planu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego. Po zatwierdzeniu przez ministra zdrowia będą mogły zacząć swoje funkcjonowanie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Pawłowicz, bardzo proszę.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, mam takie bardzo proste i krótkie pytanie. Sądzę, że wszyscy obecni na tej sali chcieliby może usłyszeć, ja na pewno, czy państwo, przygotowując ten projekt ustawy, robiliście rozeznanie, w jakich konkretnie miastach te centra są przewidywane. Można oczywiście wywnioskować, że – tak jak chyba dobrze policzyłem – mamy dziesięć medycznych uczelni...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie mówmy o Olsztynie, bo to jest wydział. Mówimy o uniwersytetach medycznych lub o uniwersytetach z wydziałami lekarskimi. Wiadomo więc, o jakie miasto chodzi. Nie będę ich wymieniał. Prosiłbym jednak może, jeżeli mówimy o dwunastu ośrodkach, by pan minister – na podstawie państwa rozeznania co do stanu przygotowania tych miast w kraju – przedstawił nam, które ośrodki są dzisiaj predysponowane. Padło tu bowiem nieśmiałe pytanie jednego z panów senatorów o to, gdzie będzie pierwszy ośrodek. Może Warszawa, bo Warszawa zawsze jest pierwsza. Albo Kraków. Jeśli pan minister byłby łaskaw przybliżyć nam konkretnie miejsca, gdzie według państwa te ośrodki spełniałyby już dzisiaj tych dziewięć kryteriów. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Przykro mi, ale takiej wiedzy nie mam. Nie ma żadnej listy jednostek, które byłyby wytypowane do bycia centrami urazowymi. Możemy z dużym prawdopodobieństwem podejrzewać, że będą to ośrodki akademickie, jeżeli chodzi o lokalizację. Nie jestem w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy to będą jednostki uniwersyteckie, czy to będą jednostki marszałkowskie, czy prezydenckie. Decyzje dotyczące tego, która jednostka w największym stopniu spełnia zapisane kryteria, będzie w dużym stopniu należała do wojewody, który będzie proponował pewne jednostki. Z premedytacją nie mówi się o żadnych jednostkach. Mówimy najpierw o kryteriach. One zostały bez wskazywania żadnych konkretnych szpitali przy-

gotowane i opracowane w oparciu o wiedzę teoretyczną i doświadczenie, po to, aby na tej podstawie dopiero próbować, w sposób zdecentralizowany ustalić, które z tych jednostek będą najlepiej pełniły te funkcje.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Sądziłem, że państwo macie takie rozeznanie. To bowiem jest niezależne od tego, kto jest organem założycielskim danego SP ZOZ.

Panie Ministrze, chcę się czegoś dowiedzieć. Proszę o taką zerojedynkową odpowiedź. Mówimy o spełnianiu dziewięciu kryteriów na dwanaście. Jeżeli będzie spełnionych osiem kryteriów, to ośrodek wejdzie czy nie wejdzie do systemu? Czy musi spełnić definitywnie dziesięć kryteriów? Chodzi o to, żebyśmy mieli jasność.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Jeśli mamy trzymać się litery prawa, to musi je spełnić. Nie może więc wejść do systemu.

(Senator Zbigniew Pawłowicz: Nie może. Dobrze.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panowie senatorowie Kraska, Krajczy i jeszcze pani senator Fetlińska. Proszę bardzo.

Senator Waldemar Kraska:

Jedno pytanie bardzo ogólne, drugie bardziej szczegółowe. Panie Ministrze, projekt jest pilnym projektem rządowym, ponieważ chodzi o pozyskanie środków unijnych. Jakie to są pieniądze? Pan minister mówił o 35 milionach euro, w Sejmie mówiono... Zależy zresztą z którego programu operacyjnego. Jeżeli chodzi o program dwunasty „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”, to tu jest właśnie około 35 milionów euro. Ale jest także mówione o programie „Infrastruktura i środowisko”, gdzie tych środków jest więcej. Ten program będzie do 2013 r. Czy te pieniądze będą w krótszym okresie... Jakie to będą kwoty? W tym drugim programie mówi się o ponad 100 milionach euro. Czy te środki będą rozdzielone między centra równo, czy będą uzależnione od stanu przygotowania danego centrum? Czy państwo macie jakiś projekt, jak te pieniądze będziecie dzielić na te centra?

Drugie pytanie troszkę odbiega od kwestii centrów urazowych. W tej ustawie jest także zmiana ustawy o ratownictwie medycznym. W art. 1 pkt 9 na stronie czwartej jest zapis, który mówi, że w przypadku, gdy dysponent zatrudnia dyspozytora medycznego, to koszt tego dyspozytora jest wliczony w funkcjonowanie zespołu ratownictwa medycznego. Co będzie, jeżeli takie centrum jest powołane na przykład przez starostę i starosta zatrudnia i płaci takiemu dyspozytorowi. Czy wtedy koszt tego zespołu ratownictwa medycznego będzie pomniejszony o koszty tego dyspozytora? Tu bowiem wprowadzono coś nowego. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Dziękuję.

Być może ten szum informacyjny związany z ilością środków finansowych wynika z nakładania się kilku programów, które funkcjonują w obrębie ratownictwa medycznego. Konkretnie. Na dofinansowanie, rozbudowę, remonty i wyposażenie centrów urazowych mamy przeznaczone 34,8 miliona euro, czyli w zaokrągleniu 35 milionów euro. Pozostałe programy i środki finansowe dotyczą rozbudowy i doposażenia, remontów szpitalnych oddziałów ratunkowych i budowy lądowisk dla helikopterów. To jest kwota 114 milionów euro. I jest jeszcze kwestia jednego programu, ale to już nie dotyczy ratownictwa. Może więc nie będę o tym mówił.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jest jeszcze program operacyjny, który jest przeznaczony na dofinansowanie inwestycji realizowanych przez jednostki o znaczeniu ponadregionalnym, czyli jest adresowany głównie do szpitali klinicznych. To jest kwota 176,5 miliona euro.

(Senator Waldemar Kraska: 35 milionów euro na centra.)

Tak, 34,8 milionów euro to jest kwota na centra urazowe. O tej kwocie mówimy. Tu jest jeszcze jedna istotna rzecz, która jest konieczna, a mianowicie beneficjent systemowy, jakim jest Ministerstwo Zdrowia, będzie zamieniony na beneficjentów indywidualnych, którymi staną się centra urazowe. Aplikowanie o te środki finansowe będzie się odbywało według identycznych zasad, jak przy każdym programie europejskim. Będą więc określone kryteria, które trzeba spełnić, określona procedura konkursowa, której trzeba będzie się poddać.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pan minister tłumaczy, że wybór ośrodków nastąpi w drodze konkursowej.)

Wybór centrów urazowych odbędzie się poprzez określoną procedurę, zapisaną w ustawie. Kwestia zaproponowania przez wojewodę danego miejsca jako centrum urazowego i wpisania go do planu zabezpieczenia potrzeb ratunkowych województwa i zatwierdzenia tego planu przez ministra zdrowia. Centrum, które spełni formalne wymogi, może aplikować o środki finansowe zapisane w programie europejskim „Infrastruktura i środowisko”. Poprzez określoną procedurę konkursową, zapisaną w warunkach postępowania, może starać się o środki na określone, różne cele: modernizację, doposażenie, remonty...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Może się tak zdarzyć. Oczywiście.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest jeszcze pytanie o dysponenta jednostki, zatrudniającego dyspozytora medycznego. To jest art. 9 na stronie czwartej, w art. 46 ust. 2 otrzymuje brzmienie... Pytał o to pan senator Kraska.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Mówimy tutaj o dwóch oddzielnych sprawach, czyli centrum urazowe to jest jedno, a dyspozytor medyczny to jest drugie. Mamy znowelizowaną ustawę o ochronie przeciwpożarowej, tworzymy centra powiadamiania ratunkowego i wojewódzkie centra powiadamiania ratunkowego. Mogą zacząć się łączyć obszary działania niektórych dysponentów medycznych. W związku z tym istnieje konieczność doprecyzowania, w jaki sposób będzie finansowany dyspozytor medyczny. Tak więc będzie on finansowany poprzez centrum, w którym będzie zatrudniony, i dalej będzie pracownikiem pogotowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Krajczy, bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję.

Panie Ministrze, nie wiem, czy to jest pytanie do pana, czy do pana profesora Karskiego. Chodzi o taką rzecz. Jak już powstaną centra, jeszcze nie wiemy gdzie, to zaraz zaczną się konkursy, zaraz pojawią się stanowiska. Proszę mi powiedzieć, kto ma być szefem? Czy ten, który ma specjalizację z ratownictwa medycznego, czy ten, który jest ortopedą, czy ten, który ma jedno i drugie? Bo są i tacy koledzy, którzy mają już specjalizację z ratownictwa, chirurgii ogólnej, torakochirurgii i z innych jeszcze dziedzin. Czy ewentualnie kierownik kliniki chirurgii urazowej...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan minister w ramach uzupełnienia i, że tak powiem, nękania pana ministra na dzisiejszym spotkaniu przez pana senatora Krajczego.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Postaram się odpowiedzieć. Ewentualnie będę prosił pana profesora o wsparcie. Centrum urazowe nie jest jednostką organizacyjną. Jest układem funkcjonalnym, czyli wykorzystuje jednostki organizacyjne zakładu opieki zdrowotnej, które w nim istnieją. Tak więc w zależności od tego, z jakim pacjentem będziemy mieli do czynienia, wiodącą rolę w diagnozowaniu i udzielaniu świadczeń zdrowotnych danemu pacjentowi będzie miał dany szef, czy to oddziału, czy dyżuru, który będzie oddział pełnił.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, ustawa wchodzi w życie szesnaście dni od momentu uchwalenia, prawda? Do końca 2013 r. rolę centrów urazowych będą mogły mieć szpitale, które mają SOR i powiązane ze sobą oddziały specjalistyczne. Czyli mam rozumieć, że pełna organizacja systemu nastąpi z początkiem 2014 r. Czy taki jest plan? Czy ja dobrze to rozumiem? Drugie pytanie. Czy numer 112 działa już w całej Polsce w pełni, czy jeszcze nie? Jak to wygląda? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Pani Senator, jeśli chodzi o numer 112, to nowelizacja ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz tworzenie systemu powiadamiania ratunkowego w obrębie poszczególnych województw ma zmierzać do tego, żeby wszędzie ten numer 112 funkcjonował. On w chwili obecnej praktycznie wszędzie funkcjonuje, ale nie w sposób zorganizowany. W różnych miejscach różnie te rozwiązania na różnym poziomie są przyjęte.

Jeśli chodzi o kwestię spełnienia tych warunków i 2013 r. Mówimy w ustawie, że w chwili obecnej musi być spełnionych dziewięć warunków. Może się okazać, że większość z tych centrów spełni już teraz wszystkie warunki. W momencie, kiedy będziemy mieli zarejestrowane te centra i będziemy wiedzieli, jakie one spełniają warunki, będzie można mówić o tym, na ile one wpisały się w 100% w ustanowione tutaj założenia. To, że ktoś spełni te dziewięć warunków, pozwala w naszym przekonaniu mówić o tym, że ten system działa, co nie znaczy, że nie należy go poprawiać.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan Filip, bardzo proszę.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia
NSZZ „Solidarność”
Krzysztof Filip:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Mam pytanie do pana ministra. Jak się mają standardy postępowania, o których mowa w art. 3 – to jest art. 45 ust. 1, zmiana ósma – do kryteriów kwalifikacji osób w stanie nagłego zagrożenia medycznego? To jest z kolei art. 39d pkt 3. Rozumiem, że na miejscu wypadku będzie się odbywała jakaś kwalifikacja. Chciałbym uzyskać odpowiedź, na podstawie czego? Standardów czy kryteriów kwalifikacji? I kto będzie to stosował? Czy na przykład dyspozytor medyczny – który na mocy rozporządzenia, wydanego w oparciu o art. 27 ust. 5 ustawy, może wskazać właściwy oddział szpitalny lub szpital, do którego ma być przewieziona osoba – będzie związany tymi kryteriami,

czy standardami? Jak się mają standardy do kryteriów kwalifikacji i kto je stosuje? Kto decyduje? To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy finansowania. W tej chwili szpitalne oddziały ratunkowe...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Mogę kontynuować? Krótko, Panie Przewodniczący. SOR mogą w swojej strukturze posiadać zespoły ratownictwa medycznego. Czy ta nowa struktura – centra – mogą w strukturze organizacyjnej posiadać te zespoły, czy nie? Z finansowania bowiem wynika, że pan minister będzie finansował każdy zakres świadczeń, czyli grupy świadczeń. Czy mogą więc w swojej strukturze posiadać zespoły ratownictwa medycznego?

I trzecie pytanie...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber: Jeśli mogę tylko dopytać, jeśli pan przewodniczący pozwoli. To znaczy, czy centra urazowe mogą posiadać zespoły ratownictwa medycznego...)

...w swojej strukturze. One bowiem zapewniają dostępność...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber: Nie odpowiadam, tylko mówię, że rozumiem.)

Tak jest. Zapewnia bowiem w swojej strukturze działanie oddziałów zabiegowych itd. Czy może zapewniać zespoły?

Trzecie pytanie. To właściwie już taka konstatacja. W art. 46 ust. 4, 5 państwo utrzymują sposób finansowania zespołów ratownictwa medycznego. Państwo go uznają, rozumiem, za odpowiedni i właściwie funkcjonujący. Z naszych doświadczeń wynika, że to jest sposób właściwy. Czy on może ewoluować, czy nie? Czy w państwa przekonaniu sposób finansowania zespołów ratownictwa medycznego jest już wystarczająco dopracowany? Art. 46.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Dziękuję bardzo.

Kwestia standardów postępowania i kwestia kwalifikacji pacjentów. Będę prosił o wsparcie panów profesorów, ale dla mnie to są dwie różne rzeczy. Czyli kwestia zasad, według których pacjenci są kwalifikowani do centrum urazowego – to jest jedno. Standard kliniczny postępowania, wytyczne nadzoru krajowego, w jaki sposób pacjentowi udzielić pomocy – to jest drugie. Dla mnie to są dwie różne rzeczy. Tak ja to rozumiem. Pan profesor potakuje głową, czyli się nie mylę. Ale jeśli chodzi o głębsze rozwinięcie tematu, to prosiłbym panów profesorów.

Jeśli chodzi o zespoły ratownictwa medycznego, centrum urazowe jest układem funkcjonalnym, który działa w oparciu o istniejącą strukturę organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej. Czy w danym zakładzie opieki zdrowotnej funkcjonują zespoły ratownictwa medycznego, czy nie, jest sprawą otwartą. Mogą bowiem być zakłady opieki zdrowotnej, które będą miały w swoim wolumenie usług również ratownictwo medyczne, mogą być takie, które nie będą miały. Ale to jest rzecz wtórna. My w ustawie nie precyzujemy kwestii dotyczących zespołów ratownictwa medycznego. Mówimy

o innych kryteriach, które muszą zostać spełnione po to, aby centrum urazowe mogło pełnić swoją funkcję i być centrum urazowym.

Kwestia finansowania zadań w zakresie zespołów ratownictwa medycznego. Propozycje tutaj zawarte są utrzymaniem stanu obecnego, czyli stanu z 2009 r. Nie wykluczam dyskusji na temat tego, jak ewentualnie można by było ten system finansowania polepszać. Obecnie natomiast utrzymujemy go na tym poziomie i na tych zasadach, które obowiązują.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, pan profesor Karski.

**Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej
Jerzy Karski:**

W uzupełnieniu odpowiedzi na pytanie. Kryteria postępowania i funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego są od dawna ustalone i te zespoły, wydaje mi się, funkcjonują bardzo dobrze. Jeżeli rozszerza się ich zakres o funkcjonowanie w zakresie specjalistycznym, na przykład kardiologii, czy neurologii, to są w tym zakresie wytyczne zespołu konsultantów. Ta sama sytuacja będzie z centrami urazowymi. Jest opracowany schemat, algorytm postępowania, który będzie wytyczną dla zespołów ratownictwa medycznego.

Pragnąłbym uzupełnić pytanie pana senatora i wątpliwości odnośnie do funkcjonowania SOR...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...o funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych tak wyposażonych, jak u pana senatora w Nysie. Bardzo dobrze, że takie oddziały już funkcjonują. Pragnę tutaj poinformować szanownych panów senatorów...

(Głos z sali: I panią senator.)

...i panią senator. Najmocniej przepraszam.

Otóż powołany „n” ministrów temu zespół, w którym mam zaszczyt jeszcze funkcjonować, przygotowuje kryteria do lokalizowania ośrodków urazowych – podkreślam ośrodków, nie centrów – mniej referencyjnych, które będą mogły funkcjonować na bazie szpitalnych oddziałów ratunkowych, jak w Nysie.

(Głos z sali: Nie zostaną zmarnowane.)

Nie będą zmarnowane. To jest wielka zasługa, zarówno samorządów, jak i wszelkiego rodzaju działaczy w terenie, dyrektorów szpitali, społeczności lokalnych, które zbudowały bazę, na której możemy dziś przystąpić do tworzenia tej nadbudówki.

Pragnę, Panie Przewodniczący, jeżeli pan pozwoli, podkreślić tutaj naprawdę fachowe i bardzo cenne uwagi, które zgłosili w dyskusji państwo senatorzy. One potwierdzają zasadność tej pracy, którą wykonaliśmy. Tak że bardzo serdecznie dziękuję. Składam podziękowania na ręce pana przewodniczącego w imieniu całego zespołu, który nad tym pracował, nie mówiąc o ministerstwie. Nareszcie może dobrniemy do zakończenia i uzyskamy ten szczytny cel, jakim jest powołanie ośrodków i faktycznie, gdy człowiek będzie tego wymagał trafi tam, gdzie potrzeba.

Dodam jeszcze tylko jedną uwagę, że dla ośrodków niższego rzędu bardzo dobrym zadaniem w ustawie jest to, że one mają przekazać, jeżeli sobie nie dadzą rady... Dzisiaj mamy to na co dzień. Przesłanie chorego z wieloma obrażeniami do ośrodka

akademickiego jest prawie niemożliwe. To kładzie budżet szpitala powiatowego. Taka jest rzeczywistość. A ustawa zapewnia, że ten chory musi trafić do centrum i to będzie dobrodziejstwo między innymi dla ośrodków, które nie są tak wyposażone jak ośrodek pana senatora. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To jest istotne, gdyż piętą achillesową naszego systemu jest to, że on nie gwarantuje jednakowego dostępu do świadczeń, które w tym systemie możemy zrobić. Tak że to jest ogromny postęp.

Zgłaszał się do głosu pan Bujas z Federacji.

Bardzo proszę.

**Członek Prezydium Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zdzisław Bujas:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowny Panie Ministrze! Szanowni Państwo! Właściwie na moje pytanie po części otrzymałem odpowiedź. Niemniej jednak chciałbym wrócić, jeżeli to jest możliwe, Panie Ministrze, do części dotyczącej finansowania. Nad tym, że centra powinny być, chyba nikt nie dyskutuje. O tym od wielu lat mówiliśmy. Pozwoliłem sobie natomiast po pierwszym posiedzeniu Komisji Zdrowia dokonać wstępnej oceny finansowej w zakresie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia dobrze prosperującego SOR. Łącznie z tym, co państwo nałożyli w rozdziale 4a w zakresie centra urazowe. I wie pan, jaki jest po jednej dobie deficyt, Panie Ministrze?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber: SOR?)

Nie. Tego, co tu jest. Tego oczekiwania.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber: Centrum, tak?)

To jest dwukrotna wysokość kontraktu zawartego na świadczenia SOR.

Proszę państwa, jeżeli dzisiaj państwo nie pochylicie się nad tym problemem, to w momencie otworzenia takiego centrum po miesiącu będą wygenerowane tak potężne długi, tak potężne zobowiązania finansowe, że się nikt nie połapie w tym wszystkim.

Dlaczego o tym mówię? Cel w ogóle nie podlega dyskusji, nie wiem natomiast, czy zespół ekspertów nie powinien się zastanowić nad kwestią jasno określonej ścieżki finansowania. Dziś branie pieniędzy z systemu poprzez zadaniowość, a więc trochę z SOR, trochę z tego, trochę z tego, nie jest twardym gruntem dla tak poważnej instytucji i tak poważnego podmiotu z tak potężnym zakresem zadaniowości, jakim jest centrum urazowe. To jest naprawdę poważna sprawa. Wiemy, ile kosztuje dzisiaj utrzymanie łóżka w gotowości. Wiemy, ile kosztuje nas łóżko w izolatorium. Wiemy, ile kosztuje nas łóżko intensywnej terapii. Jeżeli my dzisiaj musimy mieć dwa łóżka intensywnej terapii w gotowości – ja o tym delikatnie wspominałem panu ministrowi Frączakowi – to są to potężne pieniądze. Proszę mi powiedzieć, który ośrodek pociągnie to bez tych znaczonych pieniędzy, które będą przeznaczone na zadaniowość. A więc są środki, które są za konkretną pracę – o czym mówił pan minister i tak powinno być – a więc środki gwarantujące stabilizację i zabezpieczenie. Chodzi o to, co robią Amerykanie, co zrobili Duńczycy, a więc szukanie pieniędzy nie tylko w układzie zadaniowości – zapłaciłem za procedurę, ale mam mieć środki na gotowość. Za-

trudniam wysokiej rangi fachowców, specjalistów przez okres dwudziestu czterech godzin. To jest wszystko w tym programie. To musi być dopięte.

Przepraszam, może zbyt emocjonalnie mówię, ale jeszcze raz powtarzam, usiadłem i to policzyłem. Nie da rady. Nie dopnie się w żaden sposób budżet. Nie uda się tego zrobić. Chyba, że, jeszcze raz powtarzam, minister zdrowia będzie dokładnie monitorował środki. Zrobicie państwo pierwszy ośrodek, ocenicie jak to wygląda w układzie finansowym i, z otwartą możliwością rozporządzenia ministra zdrowia, będziecie wkładać w ten system środki. Chociaż nie wiem, czy to jest możliwe, bo to jest dodatkowa zadaniowość finansowa dla ministra zdrowia. Tu jest dla państwa problem do rozwiązania.

Ale to jest główna przyczyna obaw, które są dzisiaj. Wszystko inne można dopiąć. Wiemy, jak zaczynały SOR. Pan przewodniczący pamięta przed dwoma, trzema laty tutaj dyskusję. Pan Jakubaszko też był. Pięknie wprowadzana ustawa. I co się dzisiaj stało? Dzisiaj SOR to jest śmiesznie nazywana poradnia ostrego dyżuru. Tam bowiem trafia wszystko. Wiemy dokładnie, co się dzisiaj dzieje w SOR. SOR nie ma zadania wychodzącego z ustawy, tylko robi wszystko poza tym, co ma. Przepraszam, może generalizuję, ale w bardzo dużym stopniu wykonuje zadania, których nie powinien wykonywać. Jeżeli dzisiaj nie będzie, powtarzam, zaznaczonego pełnego systemu, a więc środki finansowe, centrum urazowe, SOR, które naprawdę mają swoją zadaniowość i pracują w oparciu o tę zadaniowość, to wtedy ten system nie zadziała. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Kwestia finansowania centrów urazowych jest oczywiście bardzo istotnym elementem. Tak jak wspomniałem, prowadzimy takie prace z Narodowym Funduszem Zdrowia. Będę upierał się przy tym, że procedury, które są dzisiaj finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, będą dalej finansowane, tylko kto inny będzie otrzymywał środki za ich wykonanie. Centra urazowe. Nie zmienia to faktu, że opłacalność każdej procedury, nie tylko w medycynie ratunkowej, chirurgii urazowej, czy jakichkolwiek innych, tych, które są wykonywane na najwyższym szczeblu referencyjnym, jest poddana pod dyskusję. W różnych dyscyplinach medycznych cały czas toczą się prace zmierzające do tego, żeby dopasować finansowanie do faktycznie ponoszonych kosztów przez jednostki. Takie prace trwają. Sądzę, że tak jak w każdym systemie, będziemy dążyć do osiągnięcia doskonałości. Ale to będzie ciągły proces.

Co do faktu upadłości finansowej SOR... Nie mogę się zgodzić z taką sytuacją...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Deficyt finansowy SOR. OK. Przerysowałem to.

Szpitalny oddział ratunkowy utrzymuje finansowanie określonej grupy pacjentów. Pacjent szpitala przechodzi przez SOR i jest finansowany poprzez procedury medyczne i dany oddział, na którym on się znajdzie. Tak że w moim przekonaniu cała diagnostyka, czynności diagnostyczno-terapeutyczne, które nawet będą wykonane w stosunku do pacjenta urazowego w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego, będą finansowane poprzez

kontrakt oddziału, na który on trafi, i te procedury, które ten oddział w tym momencie wykaże do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z tym szpitalny oddział ratunkowy ma środki finansowe na swoją działalność i tych pacjentów, którzy są pacjentami, od początku do końca, szpitalnego oddziału ratunkowego.

Kwestia tego, czy szpitalny oddział ratunkowy dzisiaj się bilansuje, czy też nie. Bardzo różnie wygląda to w skali kraju. Są miejsca, gdzie jest poukładana współpraca podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, szpitalnego oddziału ratunkowego. Są wydzielone strumienie pieniędzy i jest odpowiedzialność za te zadania, które każda z tych części systemu ma realizować. Są miejsca w skali kraju, zwłaszcza duże aglomeracje – zwłaszcza, niestety, Warszawa – gdzie jest to wszystko ze sobą pomieszane, ale między innymi dlatego jest w tej chwili inicjatywa zakontraktowania nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej jako odrębnego produktu tak, aby nie były przerzucane koszty świadczenia tych usług w tym zakresie na szpitalne oddziały ratunkowe. Bo szpitalne oddziały ratunkowe mają inną funkcję i zadania, i są inaczej finansowane.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Przewodniczący, w odniesieniu do tego, o czym pan mówił, wróć do historii. Jak państwo pamiętacie, w 2006 r. uchwalaliśmy ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym i obok na pewno bardzo istotnych, ważnych zapisów, dzięki którym właściwie pogotowie ratunkowe funkcjonuje... Gdyby nie ta ustawa, śmiem twierdzić, że doszłoby do kompletnej zapaści funkcjonowania ratownictwa medycznego. Ono funkcjonuje i funkcjonuje coraz lepiej. Mieliśmy sporo poprawek jeszcze w poprzedniej kadencji, nad którymi bardzo nisko się pochylaliśmy, i szkoda, że w tej chwili nie możemy do nich wrócić. Ta nowelizacja dotyczy czegoś innego. Obok zapisów zasadniczych, głównym dobrodziejstwem tamtej ustawy było to, że finansowanie poszło z budżetu państwa.

Do pana ministra będziemy mieli pewno trochę pytań na jutrzejszym posiedzeniu plenarnym. Mam jednak pytanie do panów profesorów w kontekście tego, o czym pan przed chwilą mówił. To jest piękna idea, bardzo szczytna. Wszyscy się z tym zgadzamy. To jest potrzebne, konieczne. To jest dla nas wszystkich jasne. Z tym się zgadzamy i pod tym podpisujemy. Tylko że główną troską jest to, jak to będzie funkcjonować i czy to zacznie funkcjonować. Gdy zacząłem tutaj mówić, że to jest meta, to w tej chwili słucham i tak zastanawiam się, że do tej mety jest jeszcze trochę daleko. Będziemy mogli powiedzieć, że jesteśmy na mecie wtedy, kiedy śmiertelność zmniejszy się, tak jak zmniejszyła się śmiertelność z powodu zawałów mięśnia sercowego. Wtedy powiemy, że jesteśmy na mecie. A do tej mety, widzę, że jest daleko. Może nam wydłużyć ten dystans do mety to, o czym pan tutaj mówił, właśnie to finansowanie.

Bardzo dobra ustawa. Podejrzewam, że w kilku miejscach Polski nie będzie żadnych kłopotów z wytypowaniem i uzyskaniem takiego miejsca, ze środkami europejskimi. Wszystko pójdzie jak z płatka. Jeśli jednak finansowanie będzie słabe i nie będzie się to kalkulować, nie będzie się to opłacać... A ja rozmawiam z dyrektorami wielu szpitali i wiem, że SOR generują olbrzymie zadłużenia... Ma pan rację, że gdzieś tam działa to dobrze, a gdzieś tam działa to fatalnie, bardzo źle i są to oddziały, czy te części szpitala, czy jed-

nostki, które przynoszą największe straty. Jeśli więc tutaj będzie to przynosiło na początku straty, jak pan tu wyliczył... Ja, oczywiście, nie mam ani takich wyliczeń, ani takiej wiedzy, ale intuicyjnie czuję, że przy tym finansowaniu, jakie państwo proponujecie, może tak być, że chęć tworzenia centrów może wcale nie być taka duża. Właśnie ze względu na finansowanie. Sztuczne nerki się opłacają. Stacje dializoterapii rosną jak grzyby po deszczu. Jest OK. To idzie, prawda? Czy centra będą się kalkulowały? Ja nie mówię, że na tym trzeba zarabiać, że trzeba mieć taki interes, jak w przypadku sztucznych nerek. To zresztą przynosi efekt odwrotny, bo spadek liczby przeszczepów nerek jest związany z bardzo dobrze finansowanymi procedurami dializoterapii. To jest niezaprzeczalne. Coraz częściej pojawia się taka opinia. Chciałbym, żeby tutaj nad tym finansowaniem pochylić się niżej.

Moje pytanie jest skierowane nie do pana ministra, tylko do panów profesorów. Czy sugerowaliście, proponowaliście takie rozwiązanie, które byłoby na pewno rozwiązaniem zachęcającym i ułatwiającym start? Bo mówimy o mecie, a tutaj chodzi jeszcze o to, żeby te centra wystartowały, prawda? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zanim głos zabierze pan profesor – ponieważ to jest taka część przedlegislacyjna, a za chwilę przejdziemy do analizy ustawy – chcę zwrócić uwagę, że na funkcjonowanie SOR nakłada się brak uporządkowania relacji w systemie. Ta ustawa, niestety, tym się nie zajmuje. Mam pewną wiedzę na temat funkcjonowania SOR i wiem, że mnóstwo ludzi czeka do godziny 18, aby potem udać się do SOR. Ale i SOR ma swoją taktykę. Potrafią uczyć tych ludzi, że niekoniecznie szybciej załatwią swoje potrzeby, jeśli nie są pacjentami pilnymi. Oni siedzą godzinami i muszą swoje odpokutować za to, że się próbują przebić bokiem.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To jest ogromny problem – brak dyskusji merytorycznej o modelu funkcjonowania systemu. W przeciwieństwie do pana senatora Karczewskiego chcę zauważyć, że opłacalność funkcjonowania placówki, która ma być w stanie czuwania, jest w tym, co planuje ministerstwo, jest bardzo silnie powiązana z liczbą przypadków. Im mniej gotowości, a więcej procedur, tym większa opłacalność tego, co te centra będą robiły. I stąd pewna ostrożność ministerstwa w planowaniu. Liczba dziesięciu, dwunastu centrów na początek wydaje mi się pragmatyczna. Oddając już głos panu profesorowi, chcę zauważyć, że my sporo wiemy na ten temat. Tylko, że model, na który się zgodziliśmy na początku lat dziewięćdziesiątych, tak naprawdę nigdy nie został wdrożony. Próbuje robić pewne rzeczy i niektóre się powiodły. Kardiologia inwazyjna jest tego znakomitym przykładem.

Uspokojony zapewnieniami panów profesorów i obecnych tutaj fachowców, którzy potakują tej inicjatywie, można powiedzieć, że jesteśmy blisko tego, żeby i w urazowości osiągnąć wreszcie jakiś przyzwoity standard. Ale to wcale nie zastępuje czegoś, nad czym musimy kiedyś poważnie i w interesie państwa porozmawiać: jaki ma być ten model funkcjonowania? Co ma robić tak naprawdę POZ? Jakie powinny być różnice interesu między POZ a innymi działami tego systemu? Gdzie jest miejsce specjalistów? Czy specjalista chirurg, który przez dwadzieścia lat nie widział sali operacyjnej, a pracuje w lecznictwie specjalistycznym, to jest jeszcze chirurg, czy to jest już ktoś inny? Czy to jest jego miejsce? Mamy o czym rozmawiać. Jaki miałby być rejon wychwytu szpitala? Czy ten szpital ma być czterooddziałowy, czy dwuoddziałowy. Krótko mówiąc czeka nas jeszcze wiele trudnych pytań. Dzisiaj jednak jesteśmy w trochę innym miejscu i mam wrażenie, że pewien fragment tego systemu może być jakoś lepiej załatwiony.

A teraz pytanie o finansowanie.
Bardzo proszę.

**Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej
Jerzy Karski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Bardzo słuszne i bardzo cenne uwagi. Od sześciu lat w ramach nadzoru medycyny ratunkowej i chirurgii wspólnie opracowywaliśmy i pracowaliśmy nad finansowaniem właśnie SOR. I walczymy, bardzo przepraszam za określenie, ze zmieniającymi się panami i paniami w Narodowym Funduszu Zdrowia o finansowanie SOR w dwojaki sposób – za gotowość i za procedury. Ustalono zostały kryteria jakości SOR, że SOR w małym mieście nie może być finansowany jak SOR, który obsługuje dwustu- czy trzystutysięczną aglomerację. Wydaje nam się, że tutaj już osiągnęliśmy sukces, ponieważ prawdopodobnie już w tym roku w ramach rozmów kontraktowych na 2010 r. ma być kontraktowanie również w ramach gotowości i za procedury. To odnośnie SOR.

Podobną strukturę finansowania widzimy również w finansowaniu centrów urazowych. Dlaczego Dzisiaj trudno rozmawiać nawet z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia? Ponieważ my dzisiaj leczymy pojedyncze przypadki w szpitalach. Koszt jest trudny do obliczenia. Dziś leczony chory w Nysie czy w Rykach lub w Garwolinie jest zupełnie nieporównywalny, ponieważ koszt generowany jest nie tylko przez lekarza leczącego, ale i umiejętność tego zespołu, dostęp do poszczególnych leków, specyfików, urządzeń itd. Jeżeli nie zgromadzimy tych chorych, co udało się – tak jak pan przewodniczący podkreślił – zrobić kardiologom. Oni dzisiaj bardzo dobrze funkcjonują... Jeżeli więc my nie doprowadzimy do tego, że będą w tych centrach urazowych leczone grupy najcięższych chorych, ale odpowiednio opłaconych... Już dzisiaj, proszę państwa, Narodowy Fundusz zróżnicował koszt leczenia chorych urazowych. Płaci się za 100% na przykład za trepanację czaszki, 80% za torakotomię, 40% za laparotomię itd. Już jest zróżnicowane płacenie w ramach postępowania, całościowego leczenia chorego z mnogimi obrażeniami ciała. Jeżeli będziemy mieli odpowiednią liczbę tych chorych, będziemy mieli odpowiednie argumenty. Jeżeli nadal będziemy odkładali uruchomienie tego systemu, będzie trudno nam rozmawiać. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak rozumiem, wyczerpaliśmy część merytoryczną.

Teraz proszę naszą panią legislator o przedstawienie swoich uwag. Wiem też, że były wnoszone dwie poprawki. Proszę o skomentowanie.

Bardzo proszę.

**Główny Legislator
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

Może będę odwoływała się do ustawy nowelizowanej. A zatem art. 39c ust. 3. Tam, gdzie jest mowa o uzgodnieniu przez zespół urazowy wskazań co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta z oddziałem szpitala albo zakładem opieki zdrowotnej, w któ-

rych dalej będzie ten pacjent leczony. Mnie chodzi o to uzgodnienie. Chciałabym zapytać, jak to należy rozumieć, ponieważ jeśli nie wyrazi zgody oddział albo zakład opieki zdrowotnej, to co wtedy? Mnie się wydaje, że trochę nietrafnie jest użyte to wyrażenie „zespół urazowy uzgadnia wskazania z oddziałem albo z zakładem opieki zdrowotnej”. Czy tutaj może bardziej chodzi o jakieś zalecenia, czy po prostu jakieś wskazówki?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Chodzi o status tego uzgodnienia.)

Tak. Mówiąc krótko, co wówczas, jeżeli ten oddział, w którym pacjent ma być dalej leczony, po prostu nie wyrazi zgody. Chciałabym może poprosić o odpowiedź na tę kwestię. Jest bowiem pytanie, co dalej z tym pacjentem.

W tym ustępie jest też kwestia gramatyczna – użycie liczby mnogiej. To są dwa wyrazy w tym samym rodzaju, nie ma więc potrzeby używania liczby mnogiej. Właściwie chciałabym już tutaj powiedzieć o tych kwestiach językowych. Proszę państwa, nie chciałabym, żeby państwo odczytali te uwagi językowe jako jakąś przesadę, czy pouczanie. Legislacja ma swoje prawa i nie od dzisiaj wiadomo wszystkim w tym gronie, że kwestie merytoryczne są najistotniejsze, ale kwestie językowo-redakcyjne również są ważne. Zasady techniki prawodawczej w §6, 7 i 8 mówią wyraźnie o tych wskazaniach, które jednak trzeba respektować. Rozumiem, że materia, która jest poddawana wielokrotnie przemyśleniom, analizom i obróbkom, troszkę się wymyka spod kontroli. Kiedy ktoś skupia się na kwestiach merytorycznych, to kwestie językowe może leżą trochę odłogiem. Ale jednak ta ustawa jest miejscami niekomunikatywna. Ta potoczność jest po prostu nadmierna i zaburzona jest poprawność. Są takie artykuły, których ja tutaj nie próbuję poprawiać, bo nie chcę wkraczać tak daleko. Ust. 1 w art. 45 jest tak rozbudowany, że po prostu gdzieś ten sens się gubi. W przypadku art. 39a można by po prostu zapytać, co jest jego treścią. Tyle jest w nim informacji. Gdzie jest właściwie podmiot? Gdzie jest orzeczenie? Czy na pewno jest jeden podmiot? To jest naprawdę zaskakująca gramatycznie konstrukcja. Nie chcę tutaj krytykować, ale to nie jest dobry język. To nie jest dobra legislacja.

Żeby przejść już do konkretów – nie wdaję się w kwestie merytoryczne – kwestia definicji centrum urazowego. Respektując wszystko, co jest przyjęte przez Sejm, jeśli to ma być funkcjonalnie wydzielona część szpitala, w której działa oddział ratunkowy i inne oddziały będące ze sobą powiązane – może powinno być wyrażenie „zakresem zadań”, a nie „zadaniowo” – w sposób organizacyjny. Ta definicja napisana inaczej, spełnia zasady, o których mówi technika prawodawcza.

Następnie pojęcie pacjenta urazowego. Nie trzeba zmieniać w żaden sposób niczego merytorycznie, ale „pacjent urazowy” to jest konstrukcja, która naprawdę idzie za daleko. Do przyjęcia jest centrum urazowe, do przyjęcia jest zespół urazowy, ale pojęcie „pacjent urazowy” jest po prostu błędne. Chodzi po prostu o pacjenta po urazie. Niczego tutaj nie zmienimy, a można by to prześmiewczo skomentować. Senat rozpatruje przecież sprawozdania Rady Języka Polskiego o ochronie języka, które zwykle cieszy się wśród państwa bardzo dużym zainteresowaniem. Ta konstrukcja pacjenta urazowego aż się prosi o to, żeby być w tym sprawozdaniu. Tak że, jeśli można, to proszę o wyrażenie „pacjent po urazie”.

Art. 3 to jest konsekwencja tego, o czym mówiłam, czyli definicji centrum urazowego i pojęcia pacjenta urazowego.

Ostatnia uwaga dotyczy takiej skrótowości w zapisie. Tam jest taka myśl, żeby w celu ustalenia propozycji wysokości środków... I teraz tutaj czegoś brakuje. Ustalenie

wysokości środków między poszczególne województwa. Może po prostu następujące brzmienie „z uwzględnieniem podziału”. To staje się tak oczywiste dla osób, które wielokrotnie czytają te uregulowania, że tego nie widać, ale językowo to po prostu razi. Tak że, jeśli można poddać to państwu pod rozważę, to bardzo bym o to prosiła. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę pana ministra. Rozumiem, że państwo mieli okazję... Były też wniesione dwie poprawki, czy pani się do nich już odniosła?

**Główny Legislator
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

Dwie poprawki, o których pan senator mówi – właściwie, jeśli się dobrze przejrzeć, trzy – to są merytoryczne kwestie, co do których nie zgłaszam zastrzeżeń. Tylko jeśli mogłabym...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To bardzo proszę o przekazanie ich...)

Dobrze, już. Tylko, jeśli mogłabym jeszcze zwrócić na jedną kwestię uwagę. Chodzi o pracownię endoskopii diagnostycznej i zabiegowej. Może po prostu lepsze byłoby sformułowanie „pracownia endoskopii diagnostycznej i zabiegowej działająca całą dobę”? Prawda? Bo jest zapis „całodobowa”. I to wyrażenie jest na pierwszym miejscu. Pracownia ma po prostu działać całą dobę. Rozumiem, że chodzi o to, żeby ona działała całodobowo. Istotna jest kwestia, żeby to była taka pracownia, żeby działała. Gdyby więc taką uwagę w lit. c pktu 3 uwzględnić, to w takim brzmieniu mogłoby to być.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale centrum urazowe czy centrum po...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dobrze. Mam prośbę do pana ministra o odniesienie się do uwag pani mecenas. Bardzo proszę.

Chcę tylko państwu powiedzieć, że zostawiliśmy sobie mało czasu na tę legislację. Już przedłużyliśmy posiedzenie. Jest godzina 17.10. Mieliśmy wynajętą salę do godziny siedemnastej, o czym zresztą dowiedziałem się w tej chwili.

Bardzo proszę. Chcę zwrócić państwa uwagę zwłaszcza na zmianę definicji proponowaną przez panią mecenas – chodzi o redakcję definicji w art. 1 pkt 15 – i w ogóle na poprawki, które przygotowała pani mecenas.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Po kolei, żebyśmy się nie zgubili.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Bardzo proszę.)

Definicja centrum urazowego. W naszym przekonaniu ta zmiana ma charakter merytoryczny, ponieważ ona w strukturę centrum urazowego wprowadza szpitalny

oddział ratunkowy. W pierwotnym brzmieniu zapisu tej definicji szpitalny oddział ratunkowy jest częścią organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe. Czyli w naszym przekonaniu ta poprawka zmienia sens zapisu definicji, którą zaproponowaliśmy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze, czytam zapis państwa definicji: centrum urazowe jest to funkcjonalna część szpitala w rozumieniu przepisów zakładów opieki zdrowotnej, w którym funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...w której specjalistyczne oddziały powiązane są ze sobą... Oczywiście, stylistycznie to już tutaj skrzypi i zgrzyta. I teraz popatrzmy na przeredagowany zapis.

**Główny Legislator
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

Przepraszam, może uprościć. W opinii jest przytoczona treść, która respektuje to, że to ma być wydzielona funkcjonalnie część szpitala. W tej części ma działać szpitalny oddział...

(Głos z sali: Ma działać w jego części.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puzoń:**

Wysoka Komisjo! Tutaj pani mecenas, oczywiście w dobrej intencji, zmieniła nam zapis merytorycznie. Propozycja legislacyjna jest taka, że centrum urazowe jest wydzieloną funkcjonalnie częścią szpitala w rozumieniu przepisów o ZOZ, w której działa – z tym się zgadzamy, żeby było, że działa – szpitalny oddział ratunkowy oraz specjalistyczne oddziały. Niestety, to ma być tak: w którym działa, czyli w szpitalu, szpitalny oddział ratunkowy, w której – czyli w tej części, musimy bowiem rozróżnić szpital od części – specjalistyczne oddziały są powiązane organizacyjnie oraz zakresem zadań. Taka jest tego treść merytoryczna Czyli SOR jest poza. Tak że to jest zmiana merytoryczna. W związku z tym, część...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale, słuchajcie, bieda polega tylko na tym, że ja...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tylko, że bieda polega na tym, że tak jak czytam ten artykuł, to liczba, która powoduje... Państwo mówią o pewnej kaskadzie logicznej, a tej kaskady logicznej

w tym zapisie nie ma. Centrum urazowe jest wydzieloną częścią szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej. To jest pierwszy...

(*Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Władysław Puzoń:*
W którym działa szpitalny oddział...)

(*Głos z sali:* A teraz sformułowanie „w której”. Czego to dotyczy?)

(*Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Władysław Puzoń:*
Funkcjonalnie wydzielonej części.)

(*Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego i Ratownictwa Medycznego w Ministerstwie Zdrowia Barbara Bańczak-Mysiak:*
Panie Przewodniczący, czy mógłby pan przyjąć taki tok czytania tego przepisu?)

Bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora
Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego
i Ratownictwa Medycznego w Ministerstwie Zdrowia
Barbara Bańczak-Mysiak:**

Centrum urazowe – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz – i tu się zastosujemy do państwa zaleceń – zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie i specjalistyczne diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniając wymagania określone w ustawie. Pozostawiamy część: dotyczącą w rozumieniu przepisów, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy. Cała część jest ze sobą powiązana. Tamto natomiast zdanie jest wtrącone.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz:* Niepotrzebne?)

Potrzebne, ponieważ...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, nie. Ja mówię...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jedną sekundkę. Tak jak zrozumiałem pani intencje, to w gruncie rzeczy zdaniem wtrąconym jest... W tej państwa definicji centrum jest próba wpisania mechanizmu przebudowy funkcjonalnego szpitala oddziału ratunkowego w centrum urazowe. Pierwotnie on powinien tam być, żeby z tego powstało to centrum urazowe.

(*Głos z sali:* Obligatoryjnie.)

Ale na skutek tego powołania SOR niejako nie jest konieczny.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Głos z sali:* Musi być.)

(*Głos z sali:* Jedno i drugie.)

Ale gdy czytam tę skorygowaną definicję... Państwo dostrzegają różnicę między państwa propozycją a...

(*Głos z sali:* Oczywiście.)

Merytoryczną?

(*Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Władysław Puzoń:*
Merytoryczną.)

(*Głos z sali:* Dlatego, że wchodzi zaproponowany przez panią...)

Tak, przez panią mecenas, przez biuro.

(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Lan-gner*: Nie chciałabym się tutaj spierać.)

(*Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego i Ratownictwa Medycznego w Ministerstwie Zdrowia Barbara Bańczak-Mysiak*: Wszystko jest w strukturze centrum. SOR natomiast jest jednostką systemu państwowego ratownictwa medycznego szpitala...)

Rozumiem. Oprócz SOR jest centrum. Pomijając, delikatnie mówiąc, kwestie logiczno-językowe rozumiem już o co chodzi.

Proszę bardzo.

Zastępca Dyrektora

**Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego
i Ratownictwa Medycznego w Ministerstwie Zdrowia
Barbara Bańczak-Mysiak:**

Nasza propozycja definicji brzmi: centrum urazowe – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której specjalistyczny oddział...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: W części funkcjonalnej szpitala.)

Wydzielonej funkcjonalnie część szpitala.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Zamiast funkcjonuje – działa.)

Tak. Zamiast funkcjonuje – działa. Zamiast zadaniowości – zakres zadań. To są zmiany, które proponujemy w tej definicji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej...

(*Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego i Ratownictwa Medycznego w Ministerstwie Zdrowia Barbara Bańczak-Mysiak*: W szpitalu działa szpitalny oddział ratunkowy, w której – czyli części funkcjonalnej – specjalistyczny oddział...)

To jest słowniczek i rozumiem, że państwo wprowadzają definicję centrum urazowego.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Rozumiem, tylko żeby ten przepis był zrozumiały, to...

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Tylko wiecie państwo, czego państwu nie udało się w tym zapisie zrobić – odzielić powiązania centrum urazowego ze zdaniem „w którym działa szpitalny oddział ratunkowy”. Centrum urazowe, w którym działa szpitalny oddział urazowy...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Głos z sali*: On jest poza centrum.)

Dobrze. Rozumiem, że to już jest skorygowany zapis, który przejmujemy. Tak?

(*Głos z sali*: Tak.)

Nie taję, że skrzypi to i zgrzyta, ale rozumiemy, że lepiej się nie dało. Dobrze.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Jeszcze raz. Jak to brzmi?)

Centrum urazowe – spróbuję przeczytać tak, żeby powiązać to logicznie, tak jak państwo sobie życzą – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepi-

sów o zakładach opieki zdrowotnej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy... Ja bym chyba powtórzył tutaj sformułowanie: w której specjalistyczne oddziały są powiązane organizacyjnie oraz zakresem zadań w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania...

Zastanawiam się, czy nie wniosę jednak na posiedzeniu poprawki. Nie udaje mi się bowiem tak tego zapisać, żeby część szpitala, żeby uzyskać tę...

(Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Władysław Puzoń: W której to części działa...)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przyjmujemy poprawkę.

Główny Legislator

w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu

Bożena Langner:

To jest poprawka w art. 1 pktcie 1 i dotyczy pktu 11 w art. 3. I od razu art. 3 jest analogicznie dostosowany do tego, o czym mówiliśmy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak jest. Dobrze. Tu były uwagi pani legislator związane z pacjentem urazowym. Powiedźcie teraz jeszcze państwo, czy sformułowanie „pacjent po urazie” nie jest lepsze?

(Senator Stanisław Karczewski: To sformułowanie jest zdecydowanie lepsze.)

Zastępca Dyrektora

Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego

i Ratownictwa Medycznego w Ministerstwie Zdrowia

Barbara Bańczak-Mysiak:

Jeśli mogę. Wyrażenie „pacjent po urazie” może być definiowane w ten sposób, że jest to pacjent po urazie, który nastąpił dziesięć lat temu. Pacjent po urazie jest powszechnie definiowany jako pacjent, który gdzieś tam doznał urazu. Biorąc pod uwagę liczebność takich pacjentów i przyjmując tę liczbę jako 100%, to w tych 100% będzie 20-30% pacjentów urazowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale tu w ogóle jest kwestionowany...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, proszę państwa. Też zastanawialiśmy się nad tym. Na potrzeby funkcjonowania centrów z pacjentami urazowymi została przedstawiona taka terminologia czy sformułowanie – pacjenta urazowego – po to, żeby on został definiowany w sposób odrębny od wszystkich pacjentów po urazie, żeby był dedykowany tylko i wyłącznie...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: W świeżym przypadku.)

Tak. I świadczeniom udzielanym w centrach urazowych.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pani Legislator, my to wszystko rozumiemy.

**Główny Legislator
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

Przepraszam bardzo. Mnie się wydaje, że nie ma takiego zagrożenia, o którym pani mówi. To przecież jest definicja na użytek tej ustawy i centrum urazowego. My tutaj wyraźnie mówimy, że to jest osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. To, o czym pani mówi, to jest jakby pojęcie funkcjonujące potocznie – wszyscy ludzie, którzy przebyli urazy. Do centrum urazowego będzie się jednak kwalifikował pacjent po urazie w rozumieniu tego, o czym mówi pkt 12, czyli w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pytanie do państwa.
Pan minister.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący, nie chcę się spierać, ale mamy oddział ortopedyczny i mamy pacjenta ortopedycznego, mamy oddział urazowy i mamy pacjenta urazowego. Wydaje się to jakąś konsekwencją nazewnictwa, które istnieje w języku polskim. Mamy oddział urazowo-ortopedyczny, mamy pacjenta ortopedycznego i pacjenta urazowego. Mamy leczenie stresu pourazowego. Wydaje nam się, że jest to pojęcie – nie wiem, czy bardzo czyste i bardzo prawidłowe – istniejące w języku polskim, przynajmniej w polskim języku medycznym.

Prosiłbym jeszcze o wypowiedź pana mecenas Puzonia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, proszę bardzo.

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puzoń:**

Poniekąd w języku prawnym też jest chirurgia urazowa, szczękowo-urazowa. Jest taka specjalizacja w przepisach prawa. Oczywiście ja się zgadzam z panią mecenas, że nie należy używać kolokwializmów itd., itd., jednakże wydaje mi się, że jest to raczej metajęzyk, właściwy dla dziedziny nauki.

Chcę też powiedzieć jedną rzecz, że my mówiący w języku polskim, przyczyniamy się do pewnych neologizmów, które potem wchodzą na stałe do języka polskiego. Język jest materią żywą. Proszę zwrócić uwagę, czy komuś by się podobało ileś tam lat temu, że wprowadzamy do kodeksu cywilnego pojęcie franczyzy czy leasingu itd., a Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego wprowadziła do kodeksu cywilnego. Czy komuś by się kiedyś podobało takie wyrażenie, jak cedent, komisant, czy określenie „strony umowy”? To też brzmiało kiedyś chropowato i niewdzięcznie. Na tym to wszystko polega. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Główny Legislator
w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu
Bożena Langner:**

Proszę państwa, mówiłam o tym, że chirurgia urazowa jako pojęcie istnieje, funkcjonuje, że nie razi i że nie razi centrum urazowe i zespół urazowy. Ale mnie się wydaje, że ta konstrukcja to jest po prostu naprawdę niepotrzebne psucie legislacji, wystawiające się na krytykę, nawet na śmieszność językową. To tak jakby teraz wprowadzić do ustawy powszechnie zrozumiałe pojęcie soboty pracującej, w przypadku której wszyscy wiedzą czym jest i tego pojęcia używają. Ale jest to pojęcie niepoprawne, błędne, wadliwe, mówiąc wprost.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor.
Bardzo proszę.

**Przewodniczący Zarządu Sekcji Chirurgii Urazowej
Towarzystwa Chirurgów Polskich
Leszek Brongel:**

W języku angielskim równie niepoprawnym pojęciem jest *trauma patient*, a jest to pojęcie używane w całej światowej literaturze.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Trauma patient, tak, istnieje takie pojęcie.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Ale to poddamy pod głosowanie.)

Musimy głosować.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Czy ktoś przejmuje poprawki?)

Czy ktoś przejmuje poprawkę pani mecenas? Dobrze.

Kto jest za poprawką pani mecenas, przejętą przez pana senatora Karczewskiego? (3)

Kto jest przeciw? (3)

Poprawka nie została przyjęta.

(*Głos z sali*: Ale kto się wstrzymał?)

Kto się wstrzymał? (1)

Poprawka nie uzyskała większości.

Są jeszcze zmiany definicji.

(*Głos z sali*: Przyjmujemy taką, jaką proponowała pani.)

Z wniesioną poprawką.

Mamy tutaj jeszcze poprawki do art. 1, art. 7 pkt 39b, które chcę zgłosić. W pkt 3 jest nowy punkt lit c. Chodzi o to, żeby był dostęp do całodobowej pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej. Funkcjonuje całą dobę. Tu się zgadzamy. Tu jest zgoda z autopoprawką – czynną całą dobę pracowni endoskopowej.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (7)

Dziękuję. Jednogłośnie.

Rozumiem, że konsekwentnie w pkt 3a: zapewnia dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, czynnej całą dobę. I to jest to, co było przedmiotem tej poprawki państwa, tak?

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (7)

Dziękuję.

Art. 39b pkt 3a. Chodzi tutaj o współpracę z uczelnią. Współpracuje z publiczną uczelnią, o której mowa w artykule, w prawie o szkolnictwie wyższym.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puzoń:**

Zwróciliśmy uwagę na jedną rzecz, że jeśli zapewnia się dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej przez całą dobę, to oznacza, że można zapewniać dostęp do dziesięciu, które mają po trzy godziny pracy. A tu chodzi o dostęp przez całą dobę, ale takiej, która całą dobę pracuje.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czynna całą dobę. Całodobowa, czyli jest czynna całą dobę. Panie Mecenasie, już...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czynna całą dobę. Ale jest pytanie do art. 1 pkt 7, art. 39b, w którym pkt 2 otrzymuje brzmienie... Chodzi o to, żeby przywołać ustawę o szkolnictwie wyższym, tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chodzi o uczelnię publiczną.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze.

Kto jest za przyjęciem tej poprawki? (7)

Dziękuję.

Kto jest za przyjęciem ustawy w całości z poprawkami?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wyberzmy jeszcze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeszcze jedna poprawka? Która?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący, w art. 1 pkt 7 w art. 39c ust. 3 w brzmieniu „zespół urazowy zaleca wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta”. Akceptujemy tę poprawkę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Gdzie to jest?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zespół urazowy, tak? Przejmujecie państwo tę poprawkę?
Kto jest za przyjęciem tej poprawki, popartej przez ministerstwo? (7)
Dziękuję.
Czy są jakieś poprawki?
(*Wypowiedzi w tle nagrania*)
To jest autopoprawka do tego, co przegłosowaliśmy? Chodzi o liczbę...
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Nie ma zgody.
(*Wypowiedzi w tle nagrania*)
Bardzo proszę, która?

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puzoń:**

Pani mecenas wykryła tutaj zdanie eliptyczne. Mianowicie w art. 1 pkt 9b, w art. 46 w ust. 5 wprowadzenie do wyliczenia nadaje brzmienie: w celu ustalenia propozycji wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego z uwzględnieniem podziału między poszczególne województwa... Chodzi o wyrazy: z uwzględnieniem podziału.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest państwa zgoda.
Kto jest za przyjęciem tej poprawki? To jest trzecia poprawka. (7)
Kto jest przeciw? (0)
Kto się wstrzymał? (0)
Poprawka została przyjęta.
Możemy już głosować nad ustawą w całości.
Kto jest za przyjęciem projektu uchwały popierającej ustawę, w całości, z poprawkami? (7)
Dziękuję.
Sprawozdawca? Zgłasza się pan senator Waldemar Kraska. Czy są jakieś inne kandydatury?
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Pan senator Kraska jest sprawozdawcą.
Dziękuję państwu. Bardzo dziękuję wszystkim gościom za udział w dyskusji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 17)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851