



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(1272)**

82. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 11 grudnia 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat finansowania świadczeń zdrowotnych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 41)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W programie tego posiedzenia mamy jeden punkt: finansowanie świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przypomnę, że posiedzenie komisji odbywa się na wniosek senatorów Prawa i Sprawiedliwości. Nie ma jednak głównego wnioskodawcy. Czy ktoś...

Może najpierw zatwierdzimy porządek obrad. Tak więc obejmuje on informację Ministerstwa Zdrowia na temat finansowania świadczeń zdrowotnych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Czy są uwagi do tego porządku? Nie widzę zgłoszeń. Porządek został przyjęty.

Witam pana ministra Jakuba Szulca; witam wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pana doktora Dworskiego; witam pana... Nie pamiętam nazwiska. Czy jest lista?

(Głos z sali: Anatol Gołąb, zastępca dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia.)

Tak jest. Witam także pozostałych państwa.

Oddaję głos panu ministrowi, bardzo proszę.

**Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Przedmiotem dzisiejszego posiedzenia komisji jest finansowanie świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rok 2010. I stąd uznałem, że dobrze będzie posilkować się przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia. Myślę, że najwięcej do powiedzenia na ten temat będzie miał pan prezes Dworski. Przy okazji chciałbym powiedzieć, że to jest chyba pierwsze spotkanie pana prezesa z Wysoką Komisją, tak że będzie okazja do przedstawienia się.

Szanowni Państwo, może tak bardzo ogólnie i krótko przedstawię, z czym będziemy mieli do czynienia w roku 2010. I od razu na początku zaznaczę, że mówimy oczywiście o planie finansowym, który wynika z określonych wskaźników makroekonomicznych, publikowanych i dostarczonych do Narodowego Funduszu Zdrowia w połowie tego roku. Wtedy tak naprawdę rozpoczęły się prace nad przygotowaniem

planu finansowego na rok następny i prognoz na kolejne trzy lata. Tak więc trzeba mieć na uwadze to, że twarde realia makroekonomiczne nieco się od tego czasu zmieniły. I w związku z tym możemy oczekiwać, że zamknięcie planu w roku 2010, oczywiście przy założeniu, że nic dramatycznego nam się nie wydarzy, będzie lepsze niż to wynika z projekcji, która będzie, jak rozumiem, przedmiotem dzisiejszej dyskusji. I oczywiście trzeba powiedzieć, że planowanie nigdy nie jest doskonałe, o czym wiemy z doświadczenia. Po prostu ciężko jest od początku do końca zaplanować liczbę osób pracujących, czy to w formie umowy o pracę jako pracobiorców, czy też samozatrudnionych, oraz kwotę, wysokość przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. A głównie od tych dwóch czynników zależy wysokość składki, którą dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, później przeznaczanej na świadczenia medyczne.

Wysoka Komisjo, zgodnie z założeniami, które zostały przekazane prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia przez ministra finansów, oczekujemy, iż plan na rok 2010, jeśli chodzi o koszty świadczeń zdrowotnych, zamknie się w kwocie 53 miliardów 649 milionów zł. I jest to kwota wyższa od tej, która była w pierwotnym planie finansowym na rok 2009, wynoszącej 52 miliardy 641 milionów 593 tysiące zł, niższa natomiast od tej, którą faktycznie planujemy jako wykonanie planu finansowego w roku 2010... przepraszam, w roku 2009. Po tych zasadniczych zmianach bowiem – pomijam te pomniejsze – na kwotę ponadkilkuset milionów złotych, czyli: po pierwsze, przekazaniu pieniędzy z tytułu rozliczenia składki OC w kwocie około 800 milionów zł, po drugie, rozdysponowaniu wyniku finansowego za rok 2008 w kwocie 1 miliarda 158 milionów zł, po trzecie, dodatkowym zasileniu środkami z rozwiązania części funduszu zapasowego na kwotę 516 milionów zł, otrzymujemy koszty świadczeń na poziomie 55 miliardów 158 milionów 66 tysięcy zł. Krótko mówiąc, to, z czym mamy do czynienia, to jest spadek finansowania świadczeń medycznych. I oczywiście znowu pozwolę sobie stwierdzić, że planowany. Czyli obecnie mamy ubytek w kosztach świadczeń medycznych przewidzianych do realizacji w roku 2010 mniej więcej o 1 miliard 500 milionów zł. I teraz kwestią zasadniczą jest odpowiedzenie sobie na pytanie, czy to dużo, czy mało. W wartościach bezwzględnych jest to relacja stosunkowo niewielka, bo opiewająca na około 2,5%, natomiast kluczem do całości jest to, w jaki sposób ona się zmaterializuje, czyli, mówiąc krótko, jak zostanie podzielona pomiędzy poszczególne zakresy świadczeń.

Jak wynika z propozycji, którą przedstawił prezes Narodowego Funduszu Zdrowia – ona została skierowana do ministra zdrowia w dniu 4 grudnia, była rozpatrywana również na ostatnim posiedzeniu sejmowych komisji: Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych – w tym projekcie planu jest założony spadek nakładów na świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego. Myślę, że właśnie to jest przedmiotem największego zainteresowania Wysokiej Komisji. W stosunku do tego, z czym mamy do czynienia w roku 2009, w planie na rok 2009, jest to spadek o kwotę około 870 milionów zł, czyli, mówiąc krótko, konsumuje to ponad połowę ubytku przychodu ze składki.

Skoro mówiłem o przychodach, to warto wspomnieć o dwóch rzeczach: jedna sprawa to oczywiście spadek składki zusowskiej, czyli tej, która jest płacona przez pracodawcę i pracownika, drugą natomiast, istotnym ciosem w finanse funduszu, jest spadek ceny 1 q żyta. Jak państwo wiecie, przychody Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego rolników i emerytów rolników są uzależnione od ceny 1 q żyta. Jest ona określana w październiku każdego roku obwieszczeniem. To

znaczy, jest określona co miesiąc, natomiast nas obowiązuje preferencyjna stawka ogłaszana przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w październiku danego roku, i ona obowiązuje od listopada tego samego roku do października roku następnego. Otóż pomiędzy październikiem 2008 r. a październikiem 2009 r. odnotowaliśmy spadek ceny żyta w skupie z 55 zł 80 gr do 34 zł. To powoduje, że środki, które mogą być zaplanowane z tytułu składki za ubezpieczenie rolnicze, będą mniejsze około 1 miliarda 300 milionów zł. Tak więc, jak państwo widzicie, w finalnym planie, tym, który jest przedstawiony, one konsumują dość znaczną część ubytku dochodów.

Przy tej okazji trzeba też powiedzieć, że plan na rok 2010 zakłada już w tym momencie rozwiązanie funduszu zapasowego, którym dysponuje prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym momencie fundusz zapasowy to jest kwota około 2 miliardów zł i ona ma być w całości skonsumowana w roku 2010.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jest to już włączone do planu, a więc rozwiązanie funduszu zapasowego nie spowoduje przyrostu środków na świadczenia zdrowotne. Po prostu, mówiąc krótko, to źródło już jest skonsumowane w projekcie planu finansowego na rok 2010.

W związku z tym, że pojawiają się i pojawiały sygnały świadczące o tym, że możemy mieć problem z dostępnością do świadczeń medycznych właśnie w zakresie leczenia szpitalnego w roku 2010, minister zdrowia we współpracy z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia podjęli określone działania. Zmierzają one do tego, żeby spadek przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne w możliwie największym stopniu został zneutralizowany. I doszliśmy do następujących konkluzji. Przede wszystkim, lista leków refundowanych, która zostanie opublikowana i będzie obowiązywać od 16 grudnia, jeżeli nic nie stanie na przeszkodzie, a odpowiednie rozporządzenia są już podpisane, jest racjonalna, pozwala przy niezmnieszonej dostępności do leków refundowanych na zracjonalizowanie wydatków na te leki. To jest pierwsza sprawa.

Poza tym, w niedługim czasie, mam nadzieję – oczywiście to nie jest zależne wyłącznie od nas, lecz także od procedury legislacyjnej poza resortem zdrowia, a więc konsultacji zarówno zewnętrznych, jak i międzyresortowych – mamy zamiar skierować do parlamentu projekty ustaw, które w dość istotny sposób zmienią samą specyfikę i procedurę refundacji leków. Państwo senatorowie jesteście doskonale zorientowani, że jeśli chodzi o prawo farmaceutyczne i zasady dotyczące refundacji, bardzo pilną sprawą jest dostosowanie tak naprawdę naszych przepisów w zakresie obrotu lekami do tych, które obowiązują w innych cywilizowanych krajach. Jesteśmy jednym z ostatnich państw Unii Europejskiej, gdzie to się jeszcze nie udało. I w związku z tym będziemy kierować do parlamentu duży pakiet ustaw farmaceutycznych, który obejmie: po pierwsze, ustawę – Prawo farmaceutyczne, po drugie, ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, po trzecie i po czwarte, dwie całkowicie nowe regulacje, a więc prawo badań klinicznych, kompleksowo regulujące kwestie związane właśnie z prowadzeniem badań klinicznych, i nową ustawę refundacyjną, która w sposób kompleksowy obejmie zagadnienia związane z refundacją leków. I to przedsięwzięcie pozwoli na osiągnięcie dwóch celów, a więc, z jednej strony, na zwiększenie dostępności i zmniejszenie współpłacenia, z drugiej, doprowadzi do naprawdę efektywnego i racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi w zakresie refundacji leków. Mówię o tym, proszę Wysokiej Komisji, dlatego że w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, w projekcie pla-

nu finansowego została założona pozytywna dynamika refundacji w roku 2010 przy negatywnej, tak jak państwo wiecie, w niektórych innych zakresach, zwłaszcza w lecznictwie szpitalnym. Poza tym mamy zamiar skorzystać z jeszcze jednego rozwiązania. Polega ono na uruchomieniu środków z ustawowej, obowiązkowej rezerwy ogólnej Narodowego Funduszu Zdrowia, która opiewa na kwotę około 500 milionów zł.

W sumie spodziewamy się, że częściowo oszczędności, a częściowo nowo wygospodarowane środki pozwolą na pokrycie tej kwoty niedoboru, o której mówimy w lecznictwie szpitalnym, a więc 870 milionów zł. Tak więc co do zasady kontrakty szpitalne w roku 2010 nie powinny być niższe niż w roku 2009. I to jest cel, który pani minister Kopacz sobie wyznaczyła. Chcemy go osiągnąć właśnie dzięki tym czynnościom, o których przed momentem mówiłem. Oczywiście musimy mieć świadomość, że te kontrakty będą się różniły między sobą, bo jak wiadomo, w niektórych szpitalach jest większa liczba świadczeń i większa nadwykonań, a w innych czy w niektórych oddziałach mamy niedowyzkonania. I w związku z tym oczywiście ten kontrakt będzie bazował przede wszystkim na realizacji w roku 2009. Zresztą tak jest co roku przy ustalaniu kontraktów na świadczenia w lecznictwie szpitalnym. Niemniej staramy się, aby pieniędzy w lecznictwie szpitalnym nie było w roku 2010 mniej niż w bieżącym. To w zasadzie tyle tytułem wstępu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo panu ministrowi.

Czy w tym momencie pan prezes chciałby zabrać głos?

**Zastępca Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Dworski:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Pan minister przedstawił właściwie wszystko to, co obecnie się dzieje. Mogę jedynie potwierdzić, że działania, o których powiedział pan minister, zmierzają do tego, aby w roku przyszłym wartości kontraktów dla szpitali utrzymać na takim poziomie, jak w roku bieżącym. Oczywiście jeśli chodzi o szczegóły, konkretne cyfry, liczby, musimy poczekać, bo procedura wszelkich uzgodnień i realizacji planu finansowego jest w toku. Zakładamy, że pewne odchylenia od tych wskaźników, które są ogólnie przyjęte i przedstawiane państwu, nie będą zbyt duże.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A jeśli, to na plus.)

Miejmy taką nadzieję.

W uzupełnieniu do tych danych, o których mówił pan minister, chciałbym w formie przypomnienia odnieść te kwoty, o których mówimy, do bardzo niedawnej przeszłości. Również w ramach oceny tezy o zapaści, o katastrofie itd. Koszty świadczeń zdrowotnych zgodnie z wykonaniem w roku 2008 wyniosły 49 miliardów 194 miliony zł.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Wykonanie czy...)

Wykonanie, tak jest, 49 miliardów. Miejmy nadzieję, że bez względu na podejmowane działania i pierwotny plan, ten rzeczywisty, który będzie uwzględniał przesunięcia i zmiany, o których mówił pan minister, jest zdecydowanie większy w porównaniu z tym, co wykazała praktyka sprzed dwunastu miesięcy. Tak więc myślę, że możemy z pewnym optymizmem spoglądać na poziom zabezpieczenia świadczeń w roku przyszłym.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, otwieram dyskusję.

Czy są pytania? Zwłaszcza do wnioskodawców się zwracam.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Naszą intencją było to, żebyśmy mogli porozmawiać o problemach służby zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem najbardziej pilnej sytuacji, najbardziej palącego problemu, a mianowicie gwarancji finansowej świadczenia usług medycznych w przyszłym roku. Z informacji, które docierają do nas z różnych regionów, z różnych szpitali, wynika, że proponowane kontrakty nie są na takim poziomie, jaki zakładano na 2010 r. I stąd nasz niepokój dotyczący tego obszaru. Chcielibyśmy, żeby pani minister wskazała również te obszary, które mogą powodować zwiększenie wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ja bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi za przedstawienie w bardzo wyczerpujący, obszerny sposób tej sytuacji. Oczywiście mamy wiele pytań, wiele wątpliwości. Z naszej strony jest tylko taka uwaga. Szkoda, że akurat w takim terminie się spotykamy. Chociaż każdy termin jest dobry, więc nie narzekajmy, bo możemy rozmawiać, debatować i pytać. Ja miałem wiele pytań dotyczących nie tylko sposobu finansowania narodowego funduszu w przyszłym roku i propozycji rozwiązań ministerstwa. Informacja dotycząca nowelizacji w zakresie finansowania refundacji leków jest dosyć ważna, cenna, chociaż nie do końca satysfakcjonująca i pozytywna. Rozumiem, że ministerstwo i Narodowy Fundusz Zdrowia będą poszukiwać możliwości uzupełnienia deficytu wynikającego ze spadku składki i z tych elementów, o których pan minister już mówił, nie będę więc tego powtarzał.

Z tym że, Panie Ministrze, proszę mnie wyprowadzić z błędu, jeśli źle to rozumiem, ale czy należy to interpretować w ten sposób, że jednak per saldo planujecie państwo mniejszą dostępność do refundacji leków? I chciałbym, żeby pan minister...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Zobaczmy, co pan minister powie na ten temat. Jeżeli pan minister mówił, że mamy racjonalizować wydatki na leki refundowane, to chciałbym zapytać, czy ta racjonalizacja będzie powodowała wzrost finansowania, wzrost nakładów na leki refundowane, czy spadek. Jeśli spadek, to znaczy, że dostępność będzie mniejsza, przecież to oczywiste.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dla mnie tak. Jeśli będzie mniej pieniędzy, to znaczy, że będzie mniejsza dostępność. Bardzo często ludzie odchodzą z kwitkiem od okienka aptecznego, nie wykupują leków, wiem to z praktyki, spotykam się z tym problemem. I jeśli tutaj będziemy szukali oszczędności, w tym zakresie, to pacjenci będą częściej odchodzić od okienka aptecznego bez leków.

Panie Ministrze, mieliśmy rozmawiać nie tylko na tematy związane z planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, aczkolwiek to jest najbardziej palący problem. Korzystając z okazji, chciałbym zadać jeszcze kilka pytań z innego obszaru, dotyczących planu B. Tak więc, jak wygląda realizowanie programu B, jak dużo szpitali czy jak dużo samorządów przystępuje do tego programu i czy są zarezerwowane środki finansowe w budżecie na rok przyszły?

Pytań byłoby dużo więcej, mamy jednak delikatną presję czasu, bo jest to piątek, godzina 14.00 czy 15.00, wielu z nas już ma zarezerwowane bilety na powrót do domu. Korzystając jednak z okazji, przedstawiłem uwagi i pytania do pana ministra. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Przewodniczący, chciałbym zadać pytanie panu prezesowi.

Powiedzieliście państwo, i dla mnie jest to oczywiście logiczne, że plan nie został jeszcze zatwierdzony. A w jednostkach wojewódzkich już trwają negocjacje i większość dyrektorów, jak chociażby na Śląsku, nie wyraża zgody na propozycje odnośnie do szpitalnictwa. Stąd być może taka reakcja pana premiera i pani minister. I w związku z tym chciałbym zapytać, czy to jest zgodne z prawem, czy nie. Czy dyrektorzy przyjeżdżają po to, żeby ewentualnie dowiedzieć się, że będą mieli mniej środków – a wszyscy otrzymali taką propozycję – niż w 2009 r., a nie wiedzą o tym, o czym zdecydowano wczoraj, że można to zdjąć z leków, że tak powiem, z rezerwy itd.? To jest istotne, te 3–4%.

I jeszcze chciałbym skorzystać z tego, że jest pan prezes. Otóż pana poprzednik – już go nie ma, myślę o zastępcy do spraw medycznych – gwarantował nam, że wprowadzi pewne rzeczy. A w tej chwili zabrano nam brutalnie, przynajmniej tam, gdzie ja jestem, tę możliwość. To znaczy, myślę o OIOM, a konkretnie chodzi o to, że za pierwszy i ostatni dzień pobytu pacjenta na OIOM musimy oddawać pieniądze. I tak samo jest, jeżeli pacjent na OIOM zmarł, za ten dzień też zabieracie środki finansowe. Nie są to takie pieniądze, które rujnują budżet, ale miały być jednak inne zasady. I nie zostały wprowadzone. Chodzi oczywiście o JGP i finansowanie OIOM.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Pawłowicz.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze! Panie Prezesie!

Bezsporne jest i to, co powiedział pan minister, i to, co zawarł w swojej wypowiedzi pan prezes, że w roku 2009 było znacznie lepsze finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stosunku do roku 2008, to jest kwota ponad 5 miliardów zł. Gdy jednak chodzi o rok 2010, to niepokój budzą, szczególnie dużych ośrodków, szpitali klinicznych, centrum, działania ograniczające możliwości zapewnienia przez te ośrodki pełnego zakresu świadczeń. Pan minister wymienił kwotę 870 milionów z pierwszej wersji planu zmniejszenia finansowania szpitali. Trzeba powiedzieć, że w tym są pieniądze z procedur wysoko specjalistycznych, za które od 1 kwietnia 2009 r. płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, a nie ministerstwo. Już nie pamiętam dokładnie, ile to było, pan minister na pewno pamięta...

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc: 51 milionów.*)

51 milionów. I gdybyśmy to dodali, to razem byłoby już 900 milionów. Ale o tym za chwilę.

Następna sprawa, którą chciałbym poruszyć. Panie Ministrze i Panie Prezesie, bardzo bym prosił, żebyśmy posługiwali się w przyszłości – i my tu w komisji, i wszyscy w kontaktach ze świadczeniodawcami – tym samym językiem. Bo jeżeli pan mini-

ster i pan prezes mówią dzisiaj, że poziom finansowania w 2010 r. będzie taki sam, jak w roku 2009, to ja moim kolegom w terenie mogę powiedzieć: będziecie mieli tyle samo pieniędzy. Oni jednak nie będą mieli tyle samo pieniędzy. Państwo w Narodowym Funduszu Zdrowia stosujecie bowiem od lat pewne praktyki, polegające na tym, że umowa ze stycznia 2009 r., zawarta w styczniu, pod względem poziomu finansowania jest dla każdego szpitala inna niż ta zawarta w grudniu 2009 r. Ja mówię o umowie, nie o nadwykonaniach. Czyli o tym, co umawiające się strony podpisują.

W związku z tym trzeba by przyjąć jakiś model kontraktowania świadczeń, uzgodnić, na jakich danych będziemy się opierać. Bo niektóre szpitale z mojego terenu wyliczyły, że jeżeli opieramy na umowie grudniowej, tak jak państwo w Narodowym Funduszu Zdrowia proponujecie, to jest 32% różnicy. A jeżeli na umowie styczniowej, to ta różnica wynosi 8–10%. I cały czas chodzi o ten mechanizm, różne mamy wyliczenia ze świadczeniodawcami.

Druga sprawa, bardzo istotna. Co daje unormowanie mechanizmów naliczania kwoty? Likwiduje nadwykonania. Panie Ministrze, mogę panu powiedzieć z pełną odpowiedzialnością, bo czternaście lat zarządzam niemałą firmą, że wszystkie oferty, które my składamy w styczniu czy grudniu na następny rok, są zaniżane przez fundusz w kontraktach, a finalizowane w grudniu do tego samego poziomu. I wtedy wychodzi, że są nadwykonania. Racjonalna zasada kontraktowania polega na tym: jeżeli z lipca, proszę bardzo, przyjmiemy z lipca. Tak więc prosiłbym, szczególnie pana prezesa – jak widzimy pan prezes niedawno objął to stanowisko – o takie racjonalne działanie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Serdecznie o to apeluję.

I następna sprawa. Przepraszam, Panie Przewodniczący, bo ona nie dotyczy bezpośrednio finansowania świadczeń w 2010 r., lecz pewnych uwarunkowań prawnych, które świadczeniodawcy zgłaszają. Jest rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z maja 2008 r. I w tych warunkach udzielania świadczeń, w art. 6 ust. 4 pkt 4 czytamy: „osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy” itd.

Czym to skutkuje, Panie Ministrze? To skutkuje tym, że od dwóch lat każdy świadczeniodawca ma obowiązek przedstawienia harmonogramu, szczegółowego harmonogramu – pan minister na pewno bardzo dobrze to zna, mam taką nadzieję – z dokładnym godzinowym rozpisaniem: jakie świadczenie, w którym gabinecie, przez którego lekarza jest wykonywane, tak więc do konkretnej procedury. Wróciliśmy do sytuacji gorszej niż była w przeszłości. My reprezentujemy... przepraszam, ja reprezentuję ugrupowanie, które opowiada się za liberalną gospodarką. To nie jest kwestia braku zaufania i nadzoru nad pieniędzmi publicznymi. Chodzi o to, że dzisiaj wiele ośrodków w Polsce, szczególnie dużych, nie może rozliczyć jeszcze październikowych świadczeń. Bo system informatyczny odrzuca po tysiąc, po dwa tysiące świadczeń tylko z tego powodu, że są niezgodne z harmonogramem przedstawionym w ofercie rok temu. Oczywiście jest odpowiedni zapis i to jest zmieniane w ciągu miesiąca, świadczeniodawca ma powiadomić Narodowy Fundusz Zdrowia. Dochodzi jednak do kuriozalnych sytuacji, gdy ordynator nie może zastąpić w gabinecie lekarza wykonującego zabieg operacyjny, który się akurat przedłużył. On go oczywiście zastępuje, wykonuje to świadczenie, ale państwo za to płacicie po dwóch miesiącach wymiany informacji elektronicznych czy papierowych.

W związku z tym, reasumując, Panie Ministrze, bardzo bym prosił jako senator Platformy – pokładam nadzieję w panu ministrze – żebyście państwo pochylili się nad tym rozporządzeniem, nad tym zapisem. Można to bardzo prosto zapisać. Jest grupa świadczeń

i do ich wykonywania są przewidziani specjaliści, oczywiście w określonych godzinach te świadczenia są wykonywane, od 8.00 do 16.00 czy do 18.00, w zależności od tego, jak jest w ofercie, ale nie są rozpisane co pół godziny, bo to jest nie do przyjęcia.

Już na koniec mam krótkie pytanie do pana prezesa. Panie Prezesie, nie wiem, czy orientuje się pan, to zależy od tego, jak długo jest pan na tym stanowisku... Niech mi pan powie, uprzejmie proszę, czemu służył państwa akt prawny, który miał wprowadzić centralne warunki walidacji, szczególnie w punkcie mówiącym o braniu pod uwagę pierwszych dwóch cyfr z numeru księgi rejestrowej, odpowiadających siedzibie świadczeniodawcy. I co to spowodowało? Świadczeniodawcom, których 30% pacjentów jest spoza danego województwa, cofnięto wszystkie świadczenia tylko z powodu tej decyzji. Nie chcę być nieelegancki, ale powiem jednak, chociaż pan prezes na pewno o tym wie, że to jest sprzeczne z ustawą, która mówi jasno, że świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy. Jeżeli więc państwo wprowadzacie taki zapis, to chciałbym zapytać, czemu on miałby służyć. Bo na razie służy tylko emocjom po stronie świadczeniodawców. Dziękuję i przepraszam za przydługi wywód.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze i Panie Prezesie.

**Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Szulc:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Senatorze!

To ja może poproszę o nazwę rozporządzenia i my we właściwym trybie i zgodnie z kompetencjami ustawowymi, nadanymi ustawą o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, po prostu przeprowadzimy stosowną procedurę na tę okoliczność. I wtedy będziemy w stanie w pełni kompetentnie dyskutować na temat tego zarządzenia.

Panie Senatorze, jeśli jesteśmy przy kwestiach szczegółowych, to od razu odniosę się do rozporządzenia OWU, ogólnych warunkach umów, o którym pan senator wspomniał. Nie chcę twierdzić, że wszystko, co przygotowuje Ministerstwo Zdrowia, jest zawsze idealne i genialne. Państwo doskonale wiecie, że rzeczywistość lubi płać figle. Jest natomiast jedna sprawa, o której chciałbym powiedzieć. Oczywiście przyjrzymy się, jak to funkcjonuje, ale pierwszy raz zdarzyło się tak, że rozporządzenie o ogólnych warunkach umów zostało uzgodnione ze wszystkimi partnerami, odbyły się konsultacje zewnętrzne. To znaczy, nigdy dotychczas w historii rozporządzenia OWU, czyli od 2004 r., nie zdarzyło się, tak jak w tym wypadku, żeby nie było wątpliwości ze strony świadczeniodawców i organizacji świadczeniodawców. Tak więc po raz pierwszy to rozporządzenie jest akceptowane przez wszystkich partnerów społecznych. Oczywiście nie mówię o konsultacjach międzyresortowych, bo to jest rzecz oczywiście kompletnie osobna. Były reprezentowane wszystkie organizacje. Być może nie uwzględniliśmy istotnej jednostki, którą jest szpital w Bydgoszczy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, ja mówię o takiej sytuacji... Oczywiście my każdorazowo, kiedy nowelizujemy rozporządzenie OWU, mamy obowiązek je konsultować. I wiadomo, że ono zawsze budziło duże emocje. Tak więc, tak jak mówię, uznaliśmy za pewien nasz sukces to, że po raz pierwszy rozporządzenie dotyczące ogólnych warunków umów zostało uzgodnione z partnerami społecznymi w toku konsultacji zewnętrznych i społecznych. Nic nie stoi natomiast na przeszkodzie, żeby zająć się tą kwestią raz jeszcze. I jeżeli faktycznie stwarzamy niepotrzebne bariery, trzeba będzie je usunąć. Tak że nie widzę absolutnie żadnych przeciwwskazań.

Co zaś do tych pytań, które były skierowane do mnie, odpowiem tak. Oczywiście, że w tym momencie mamy do czynienia z pewnym niepokojem wśród świadczeniodawców, bo te propozycje, które zostały przedstawione, są takie, a nie inne. W dalszym ciągu natomiast my się posługujemy, tak jak pan senator zauważył, projektem planu finansowego, a nie finalnym planem finansowym.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To może o odpowiedź na to pytanie poproszę pana prezesa. Mamy do czynienia z taką sytuacją. Narodowy Fundusz Zdrowia, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia nie rozstrzygają konkursów, to znaczy wszystko, co się dzieje, odbywa się na zasadzie aneksowania umów już istniejących. Między innymi jest tak dlatego, że minister zdrowia, pani Ewa Kopacz zwróciła szczególną uwagę na poziom finansowania w poszczególnych zakresach i mamy do czynienia w tym momencie z propozycją korekty tego planu co najmniej o tę kwotę, o której mówiłem wcześniej, czyli 870 milionów zł. Czy w związku z tym będziemy mieli do czynienia z ograniczeniem dostępności do refundacji leków, o co pytał pan przewodniczący? Według nas, takiego ryzyka nie ma, ponieważ w planie na rok 2010 przewiduje się na refundację leków kwotę ponad 8 miliardów 100 milionów zł, a dokładnie 8 miliardów 145 milionów, podczas gdy na rok 2009 zaplanowano poniżej 8 miliardów zł. Tak więc jest pewna zakładka, przy czym, oczywiście, na drodze samej nowelizacji rozporządzeń, nie zmieniając w sposób bardzo istotny listy leków, które podlegają refundacji, cudów nie wymyślimy. I nie chcemy ich wymyślać na taką okoliczność, właśnie po to, żeby nie ograniczyć dostępności. Chcemy natomiast wprowadzić w projektach aktów prawnych, które mam nadzieję, że od połowy przyszłego roku będą obowiązywać, całą masę... przepraszam, może to nieprecyzyjne określenie ...dużo rozwiązań, które pozwolą na zracjonalizowanie gospodarki w zakresie refundacji leków. To znaczy, przede wszystkim chcielibyśmy, żeby w niebyt odeszły takie sytuacje, jak kupowanie leków na zapas tylko dlatego, że jest możliwość ogłoszenia i przeprowadzenia w niektórych aptekach tak zwanej promocji za grosik czy za złotówkę. Chcemy wreszcie umożliwić negocjowanie z firmami farmaceutycznymi umów na zasadzie *risk sharing*, dzielenia się ryzykiem. Czyli firma zakłada, ile leków chce sprzedać na rynku krajowym i taka ilość jest refundowana, natomiast wszystko, co jest powyżej, jest ryzykiem i kosztem firmy. Bo firma nie pobiera w tym momencie... Mówię o tym dlatego, że to jest jedna z tych kwestii, które już „krzyczą”. Naprawdę powinniśmy szlutować w kierunku rozwiązań, które są przyjęte w większości państw Unii Europejskiej i pozwalają na zwiększenie dostępności leków refundowanych, niekoniecznie zwiększając nakłady na te leki.

Jeżeli postawimy pytanie w ten sposób: czy w perspektywie pięciu, dziesięciu, piętnastu lat nakłady na refundację leków w Polsce będą rosły, odpowiedź oczywiście będzie brzmiała, że będą i to istotnie. Co więcej, naszą ambicją jest to, żeby w Polsce dopłaty do leków refundowanych były coraz mniejsze. Chodzi o opłaty wnoszone przez

pacjentów. Już udało się w dużym stopniu to zrobić na przestrzeni ostatnich dwóch lat, bo te dopłaty zmalały o dobrych sześć punktów procentowych. I tak jak powiedziałem, bez racjonalnego zarządzania pieniędzmi, do czego w tym momencie nie mamy po prostu podstaw prawnych, nie uda się tego zrobić. Nie wydaje mi się jednak, żebyśmy mieli w roku 2010 jakikolwiek kłopot, jeśli chodzi o dostępność do leków refundowanych.

Dlaczego na początku posiedzenia komisji odnosiłem się do kwestii planowania i do kwot, które proponujemy na świadczenia medyczne w roku 2010, ale w takim kontekście, że przecież realizacja może być inna niż założenie? Ten plan finansowy jest oparty na dość konserwatywnych założeniach makroekonomicznych. I spodziewamy się ruchu... czy też może ryzyko, że realizacja dochodów Narodowego Funduszu Zdrowia będzie niższa jest zdecydowanie mniejsze niż ryzyko w pozytywnym tego słowa znaczeniu, czyli to, że być może za pół roku będziemy mogli powiedzieć, że pieniędzy jest więcej. Nie chcemy jednak „przestrzelić”, co też jest chyba naturalnym podejściem.

Co do planu B, a dokładnej liczby jednostek, nie jestem w stanie teraz jej podać. Piętnaście jednostek zakończyło w tym momencie proces...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

W zdecydowanej większości. To znaczy, relacja tych, które są zainteresowane jest jak 2:1, to znaczy, że na trzy jednostki, które zgłaszają chęć przekształceń, są dwa szpitale i jeden zakład ambulatoryjny. Tak to pokrótce wygląda. Zainteresowanie zgłosiło... piętnaście procesów zostało zamkniętych. Jeszcze będzie uruchomiona do realizacji kolejna tranża, co prawda opiewająca już na niewielką kwotę, ale dla tych jednostek, które będą w stanie do końca roku sfinalizować wszystkie procedury, to będzie, jeżeli sobie dobrze przypominać, około 7 milionów zł. Zainteresowanie zgłosiło kolejnych osiemdziesiąt, dziewięćdziesiąt jednostek samorządu terytorialnego, nie pamiętam dokładnie tej liczby, osiemdziesiąt dwa albo osiemdziesiąt siedem podmiotów, które są organami założycielskimi dla stu pięćdziesięciu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. I ta relacja jest taka jak powiedziałem, czyli sto szpitali i pięćdziesiąt jednostek ambulatoryjnych.

Zabezpieczenie finansowe jest w uwzględnione projekcie budżetu na rok 2010. Zresztą Wysoki Senat będzie się zajmował planem budżetu. Te pieniądze są umieszczone w dwóch rezerwach: dedykowanej i celowanej na realizację programu wsparcia w kwocie – proszę mi wybaczyć, ale mogą być nieprecyzyjne – około 350 milionów zł; około 270 milionów zł jest na nowe zadania realizowane przez Ministerstwo Zdrowia. Przy czym z tych nowych zadań to główne wynika z programu wsparcia jednostek samorządu terytorialnego itd., czyli planu B. To chyba tyle.

Teraz bardzo proszę o udzielenie głosu panu prezesowi.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Zastępca Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Dworski:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Nie ma tu pana senatora, który zadał pytanie, ale zobowiązałem się do odpowiedzi. Chodzi o działania podejmowane aktualnie przez dyrektorów oddziałów wo-

jewódzkich w zakresie ustalania praktycznie czy kontraktowania, tak to można w skrócie nazwać, świadczeń na rok przyszły.

Tak więc z mocy ustawy dyrektor oddziału wojewódzkiego, który zawiera umowy na świadczenia zdrowotne, nie może tego zrobić, nie może podpisać takiej umowy kompletnej, obejmującej również wskaźniki finansowe, do czasu uzyskania ostatecznych wskaźników w postaci zatwierdzonego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Następnie prezes NFZ przeznacza odpowiednie kwoty, w bieżącym roku będą one wynikały z ustawy algorytmowej, mówiąc w skrócie. I dopiero wtedy dyrektor oddziału wojewódzkiego może ustalić ostateczną kwotę ze świadczeniodawcą i złożyć swój podpis. Zakładam... to znaczy, jestem przekonany, że wszyscy dyrektorzy oddziałów wojewódzkich mają świadomość, że niezrealizowanie tego zapisu ustawowego ma swoje konsekwencje. Nie chcę powiedzieć, że karne, ale istotne konsekwencje prawne, czyli de facto taka umowa nie byłaby w takim wypadku ważna, nie byłaby istotna. Zakładam, to znaczy, jest to moje osobiste zdanie, że będę miał możliwość weryfikacji pewnych założeń. Też mi się nie podoba sposób finansowania oddziałów intensywnej terapii, ale w aspekcie powiązań z grupami zabiegowymi, tymi jednorodnymi grupami.

Jeżeli chodzi o harmonogramy, chcę powiedzieć, że mam znacznie więcej negatywnych uwag na temat tego procesu, ponieważ nie tak dawno sam borykałem się z tymi problemami. Mam ogląd bardzo praktyczny, w ciągu ostatnich kilku lat zebrałem uwagi do całego szeregu procedur, działań podejmowanych czy obowiązujących w Narodowym Funduszu Zdrowia. I mówię to nie dlatego, żeby podliznąć się panu senatorowi czy Wysokiej Komisji, ale dlatego, że to jest fakt. I być może znalazłem się dzisiaj w tym miejscu dlatego, że brakuje pewnego wątku praktycznego. Ten wątek dotyczy całego szeregu spraw, czyli komplikacji związanych, moim zdaniem, z niedoskonałością funkcjonowania całego produktu pod tytułem „Portal świadczeniodawcy”. Gromadzę teraz informacje, a w pierwszych dniach stycznia chciałbym zebrać grono osób odpowiedzialnych, informatyków z centrali i oddziałów wojewódzkich, po to, żeby to, co można zrobić, już zacząć robić, żeby ten moduł informatyczny był przyjazny dla świadczeniodawców, spełniał swoje zadania i odpowiadał pewnej logice – logice medycznej. Ten system zachorował na chorobę, którą pan przewodniczący na pewno zna jako specjalista w tej dziedzinie, to jest rodzaj zespołu anankastycznego, czy zespołu natręctw. Nadbudowywano bowiem pewne rzeczy, komplikowano ten system po to, żeby się ustrzec przed nieprawidłowościami. Oczywiście te nieprawidłowości są, i tu nie ma co się oszukiwać, bo ten świat jest różnorodny, nie wszyscy jesteśmy dżentelmenami. Mówię więc tak: musi być tu logika i powinny również istnieć narzędzia identyfikujące tych, którzy omijają pewne zasady, najłagodniej mówiąc, ale nie powinno to być uciążliwe dla innych. Takie jest moje zdanie. I to mogę zadeklarować. Wielu rzeczy nie mogę zadeklarować, ale podejmę działania w tym kierunku, żeby to uprościć. Nie wiem, na ile mi się uda uwzględnić to w tym materiale, ale zakładam, że to będzie.

Chciałbym również wyrazić taką ogólną opinię, jeżeli mogę, korzystając z okazji. Często spotykamy się z czymś, co ja mogę nazwać demonizowaniem zadań szpitali, jeśli chodzi o rolę szpitali, oddziałów szpitalnych w systemie opieki zdrowotnej. Obecnie doskonalimy metodę badań tych wszystkich zjawisk w dwóch obszarach. Jednym z zasadniczych problemów, z którymi się borykamy, jest praktycznie brak wiarygodnych dla całego kraju obliczeń rzeczywistych, uzasadnionych kosztów leczenia. W tym zakresie podejmujemy ze swej strony działania w ramach projektu unijnego

Euro DRG, pojawiają się wątki współpracy z Ministerstwem Zdrowia w tym zakresie. Zakładamy, że ten obszar będzie uporządkowany.

Z drugiej strony, prowadzimy i będziemy wprowadzali moduły analityczne, coraz bardziej doskonałe, które nie będą obciążały świadczeniodawców, bo to zupełnie nie o to chodzi. Informacje, które uzyskujemy są coraz dokładniejsze i one pokazują bardzo różnorodną rzeczywistość medyczną i kliniczną. Tak więc oprócz szpitali, które mają i mogą mieć problemy, ponieważ realizują drogie, potrzebne i złożone procedury lecznicze, są również takie oddziały, takie szpitale, które należy ocenić zupełnie inaczej. Trzeba poza tym pamiętać, że identyfikujemy kilkadziesiąt tysięcy procedur, które według obecnych taryf kosztują kilkakrotnie więcej niż zrealizowane na takim samym poziomie, takiej samej jakości i często łatwiej dostępne ze względu na czas oczekiwania, w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w poradniach bądź w ośrodkach tak zwanego leczenia jednego dnia. Chcielibyśmy również ten kierunek uwzględnić, oczywiście nie z takimi konsekwencjami, żeby zabierać te pieniądze szpitalom, proszę tego tak nie odczytywać, ale po to, żeby kierować te środki tam, gdzie są naprawdę wysokie koszty. Proces na pewno jest trudny, bo nie wszyscy będą zadowoleni. Ja zakładam, że zadowoleni będą ci, którzy powinni być zadowoleni, w konsekwencji pacjenci, a ewentualnie my też, bo może wizerunek naszej firmy powoli będzie się poprawiał. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Panie Przewodniczący, jeszcze jedno słowo.

W tym momencie, Panie Przewodniczący, ja muszę szczególnie podziękować panu prezesowi, bo jego wypowiedź jest dla mnie jak miód. A ponieważ również pan przewodniczący preferuje miód w życiu...

(Wesołość na sali)

Panie Prezesie, jestem pod wrażeniem pańskiej wypowiedzi. Byłem przygotowany na to, żeby pisać do pani minister pismo, właściwie do pana ministra, w sprawie tego rozporządzenia i rozporządzenia prezesa z 3 listopada. I już nie będę tego czynił, bo pańskie słowa, ta wypowiedź już załatwia pozytywnie tę sprawę dla świadczeniodawców.

Jeśli pan pozwoli, jeszcze krótkie pytanie, które uważam za bardzo istotne, bo ta kwestia jest również po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Myślę, że pora skończyć z nadwykonaniami. Mówię to jako dosyć duży świadczeniodawca. 200 milionów może nie jest tak bardzo dużo, ale jest to trochę pieniędzy. Warunek jest jeden: trzeba usiąść i racjonalnie ustalić – mówiłem o tym, może trochę chaotycznie, w mojej wypowiedzi – od jakiego poziomu. I wtedy, proszę bardzo, świadczeniodawca podpisuje umowę cywilnoprawną, ma zagwarantować za tę cenę taką liczbę świadczeń. Jeżeli wykonuje ich więcej, jest opłata degresywna, opłata w dół. Oczywiście nie zaplanujemy, ilu pacjentów się zgłosi, ale nie może być tak – a bardzo dobrze wiemy, że tak się dzieje – że za pacjenta Narodowy Fundusz Zdrowia płaci w systemie dwa, trzy razy. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeśli chodzi o tę degresywność, to ona ma mocne uzasadnienie teoretyczne, ale trudniej się to wdraża praktycznie. Oczywiście...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Senator Zbigniew Pawłowicz: Ale to jest opłata, Panie Ministrze, to jest opłata, a nie dostępność.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie jest to sprzeczne, to jest regulacja przyjęta w wielu systemach.

**Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Szulc:**

Tylko, Panie Przewodniczący, kłopot polega na tym, że nie wszystkie systemy mają taką konstytucję, jaką my mamy. Byłbym skłonny twierdzić, że mało jest takich, które mają taką regulację z punktu widzenia racjonalnego zarządzania pieniędzmi publicznymi. Oczywiście jak zwykle w takich propozycjach diabeł tkwi w szczegółach. Warto też na przykład odpowiedzieć sobie na pytanie, jak można ten system doregulować z drugiej strony. To znaczy, przyjmując taką zasadę: „pacjencie, jeżeli nie wykonujesz określonej profilaktyki bądź też, na przykład, palisz papierosy, to płacisz wyższą składkę zdrowotną”, prawda?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie widzę więcej pytań, a więc chciałbym bardzo podziękować...

(Głos z sali: Jest pytanie.)

Jest? Proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.

Bardzo dziękuję panu ministrowi i panu prezesowi za odpowiedzi, za udział w dzisiejszej komisji.

Naszą intencją było to, żeby porozmawiać o tematach bieżących i tych, które są najważniejsze. Korzystając z okazji, miałbym chęć zapytać również o ustawę antynikotynową, bo to mnie interesuje. A także o ubezpieczenie OC, które kiedyś państwo nazywaliście podatkiem Religi. W wypowiedzi pana ministra już dostrzegam cieplejszy stosunek do tej ustawy. Czy państwo macie zamiar w jakimś realnym czasie powrócić do tego pomysłu, może zmienić trochę pobór środków z OC, ale jednak zasilić opiekę zdrowotną, w dalszym ciągu w Polsce niedofinansowaną?

Już kończę, nie chciałbym ponownie się zgłaszać. Bardzo dziękuję panu przewodniczącemu za zorganizowanie tego posiedzenia, może w nie najlepszym czasie, bo jednak w piątek, o godzinie 15.00, tak jak już powiedziałem, każdy z nas ma pewne inne obowiązki. Ja spieszę się na dyżur i już nie mogę dłużej zadawać pytań, czego żałuję. Tak więc dziękuję bardzo.

Celem naszego spotkania było to, żeby dowiedzieć się, jak wygląda plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia. Ja uważam, że to źle, że Senat nie zajmuje się planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą zajmuje się tym Sejm. My natomiast nic o tym nie wiemy, nie jesteśmy informowani, a taka informacja byłaby nam potrzebna, ona jest dla nas ważna. I dobrze, że zapoznaliśmy się szczegółowo, oczywiście w niektórych obszarach, z projektem planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Intencją naszą było również to, żeby złożyć ministerstwu życzenia noworoczne i świąteczne. Panie Ministrze, szkoda, że nie ma tu pani minister, omija ona bardzo skutecznie Senat, nie pokazuje się u nas, a szkoda. Pani minister ma ciągle zaproszenie do nas, przynajmniej ze strony senatorów Prawa i Sprawiedliwości. Nie lubię nazywać siebie senatorem Prawa i Sprawiedliwości, bo ja jestem senatorem Rzeczypospolitej Polskiej, i dlatego myślę, że to zaproszenie jest jednak ze strony wszystkich senatorów. Tak więc bardzo prosimy o przybycie i porozmawianie z nami.

Panie Ministrze, bardzo proszę przyjąć od nas życzenia dla pani minister i dla wszystkich osób pracujących w ministerstwie. Życzę tego, na czym nam wszystkim zależy, aby wazna praca wpłynęła na poprawę systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wszyscy podpisujemy się pod tym ogólnym sformułowaniem życzeń. Tak więc wszystkiego najlepszego i dziękujemy państwu za współpracę. Muszę powiedzieć, że jakoś mam wrażenie, że nie jest to najtrudniejszy front dla ministerstwa. Zależy nam jednak na tym, żeby było więcej rzeczowości w tej współpracy i czasami udaje się to zrobić.

Jak rozumiem, na tym kończymy to posiedzenie.

(Głos z sali: Jeszcze było pytanie.)

Jeszcze było pytanie o tę ustawę. I szczerzę mówiąc, zwłaszcza ta nikotynowa mnie martwi, dlatego że stajemy się pomalutku skansenem dymnym Europy. A to jest powód do wstydu. Nie taję, że liczę na to, że państwo trochę się przeciwstawicie swoim brzydkim nawykom.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, prośba jest o to, żeby zdopingować resort do przyspieszenia prac.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Panowie Przewodniczący, bardzo serdecznie dziękuję za życzenia również w imieniu pani minister Kopacz. Nie wiem, czy będziemy mieli okazję jeszcze się spotkać w tym roku, pewnie tak, bo w przyszłym tygodniu będą przecież posiedzenia i Sejmu, i Senatu, ale niezależnie od tego myślę, że jednym z takich życzeń świąteczno-noworocznych mogłoby być takie: żeby ta współpraca pomiędzy senacką Komisją Zdrowia a ministerstwem przebiegała na niezmiennym poziomie, a nawet, w miarę możliwości, sukcesywnie stawała się coraz lepsza. Aczkolwiek faktycznie, tak jak pan przewodniczący raczył zauważyć, nie jest to dla ministra zdrowia front najtrudniejszy. A jeśli chodzi o panią minister, siłą rzeczy w tym natłoku obowiązków na mnie została scedowana większość zadań związanych ze współpracą z obiema Izbami parlamentu. I dlatego, Wysoka Komisjo, Panowie Przewodniczący, zawsze jestem do państwa dyspozycji.

Co do pytań, to sytuacja wygląda w ten sposób. Projekt, który znajduje się w Sejmie, nie jest rządowy. Bo przecież jest projekt ustawy antynikotynowej. I jest do tego projektu stanowisko rządu, które na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów było przedmiotem naprawdę żywej dyskusji. Muszę powiedzieć, że z zaciśniętymi zębami, ale wykonałem zadanie nałożone na mnie z tytułu funkcji, którą mam zaszczyt pełnić. W związku z czym stanowisko rządu jest pozytywne, przychylne.

W tym momencie to chyba nie należy nawet do kompetencji Komisji Zdrowia, bo to jest projekt komisyjny, a ja nie wiem, Panie Senatorze, czy podkomisja już nad nim pracowała. Tak naprawdę on się tam „zakłajstrował”. Ja bezpośrednio w pracach nie uczestniczę, bo to leży w kompetencjach ministra Frączaka. Tak więc to się „zakłajstrowało” na poziomie podkomisji, gdzie paniom i panom posłom ciężko jest wypracować ostateczne stanowisko. I taki jest kłopot. My podaliśmy kilka propozycji mogących ulepszyć tę ustawę, ale nie takich, które by dopuszczały w jakikolwiek sposób zwiększenie obszarów zadymionych. W związku z czym wydaje się, że z naszej strony praca została wykonana solidnie. I teraz chodzi o to, żeby ta ustawa mogła ujrzeć światło dzienne. Szefuje temu projektowi pan poseł Sopliński, myślę, że to jest najlepszy adres, pod który należy kierować wszelkie uwagi.

Co do kwestii ubezpieczeń komunikacyjnych czy też szkód powstałych w wyniku wypadków komunikacyjnych i ich uwzględnienia w obowiązującym prawie, to ja mogę powiedzieć tylko tyle, że na tę chwilę nie planuje się rozpoczynania procesu legislacyjnego, niezależnie od rozwiązań, które mogłyby być przyjęte. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

(Senator Henryk Woźniak: Czy można?)

Tak, proszę bardzo.

Senator Henryk Woźniak:

Korzystając z okazji, chciałbym prosić pana ministra o bardzo krótką wypowiedź, jak wygląda stan przygotowań do wdrożenia programów medycznych centrów urazowych, na jakim etapie są prace w ministerstwie. Na stronach ministerstwa nie ma bowiem informacji na ten temat.

**Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Szulc:**

Wysoka Komisjo!

Wygląda to tak. W ciągu bodajże ostatniego miesiąca, czyli w listopadzie, zostały wysłane do wszystkich zakwalifikowanych podmiotów informacje o tym, że uczestniczą w programie i że centra urazowe będą budowane. Istnieją jednak naturalne ograniczenia, wynikające z samej specyfiki tego przedsięwzięcia. To znaczy, teraz muszą się przygotować świadczeniodawcy. I dopiero, kiedy będą przygotowani, złożą odpowiednie dokumenty, a my zrealizujemy te projekty w ramach środków unijnych, które mamy do dyspozycji. Krótko mówiąc, już zostało rozstrzygnięte, które podmioty mają brać w tym udział, przy czym nie jest powiedziane, że ta lista jest zamknięta. I do tych podmiotów, które zostały pozytywnie zweryfikowane, czyli spełniają wszystkie kryteria wymienione w ustawie o ratownictwie medycznym, została wysłana informacja, że mogą rozpocząć wstępne prace nad realizacją projektu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Więcej pytań nie widzę.

Dziękuję bardzo panu ministrowi, dziękuję panu prezesowi i dziękuję państwu towarzyszącym panu ministrowi.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 53)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851